

ATT VÅRDA PALLIATIVT

Sjuksköterskans upplevelse

PALLIATIVE NURSING

The nurse's experience

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2017

Författare: Emmelie Gustavsson
Sara Persson

SAMMANFATTNING

Titel:	Att vårda palliativt- sjuksköterskans upplevelse
Författare:	Gustavsson, Emmelie; Persson, Sara
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Bergman, Karin
Examinator:	Andersson, Susanne
Sidor:	19
Nyckelord:	livets slutskede, omvårdnad, palliativ vård, sjuksköterska, upplevelse

Bakgrund: Vårdandet handlar om att främja patientens hälsa trots sjukdom och inte minst blir det centralt i det palliativa vårdandet. Den palliativa vården innebär för sjuksköterskan att förebygga och lindra lidande samt att förbättra livskvaliteten. Detta kan leda till ett ökat välbefinnande och en upplevelse av hälsa trots att patienten befinner sig i livets slutskede. I det palliativa vårdandet kan sjuksköterskan använda sig av vårdmodellen ”de 6 S:n”. Syftet med vårdmodellen är att främja patientens delaktighet i livets slutskede med patientens perspektiv i fokus. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda palliativt i livets slutskede. **Metod:** Den valda metoden var en litteraturoversikt med en innehållsanalys av nio kvalitativa vetenskapliga artiklar. **Resultat:** I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever ett behov av att vara närvarande och finnas där för patienten. För sjuksköterskan skapas det känslor och tankar i det palliativa vårdandet som kan upplevas både som positiva och negativa. För att utföra en så god palliativ vård som möjligt upplever sjuksköterskan inte ha tillräckligt med kunskap och klinisk erfarenhet. **Konklusion:** Sjuksköterskan upplevde sig ha bristande kunskap och lite klinisk erfarenhet av den palliativa vården som gjorde att sjuksköterskan kände sig otillräcklig och fick svårt att hantera sina känslor

ABSTRACT

Title: Palliative nursing- the nurse's experience

Author: Gustavsson, Emmelie; Persson, Sara

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Bergman, Karin

Examiner: Andersson, Susanne

Pages: 19

Keywords: end of life, experience, nurse, nursing, palliative care

Background: Nursing is about upholding patient health despite illness and not least when it comes to palliative care. For the nurse, palliative care intend to improve quality of life and prevent and relieve suffering, which in turn can lead to increased well-being and a feeling of health even though the patient is in the end of life. The nurse can use “the 6S” care model, which aims to make the patient involved in the palliative care, focusing on the patient’s perspective. **Aim:** The purpose of this study is to describe the nurse’s experience of palliative care in the end of life. **Method:** The selected method is a literature review with a content analysis of nine qualitative scientific articles. **Results:** The results show that the nurse feels a need to be present and to be there for the patient. For the nurse, palliative care generates emotions and thoughts, which can be both positive and negative. The nurse experiences a lack in knowledge and clinical experience, which is an obstacle in achieving good palliative care. **Conclusion:** The nurse felt that insufficient knowledge combined with few clinical experiences of palliative care made the nurse feel insufficient and unable to cope with arisen emotions.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsa och vårdande i livets slutskede	1
Palliativ vård	1
Sjuksköterskans profession	2
En vårdmodell att använda vid livets slutskede	3
Självbild och självbestämmande	3
Sociala relationer och symtomlindring	3
Sammanhang och strategier	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	8
Att vara närvarande och finnas där för patienten	8
Att ständigt pendla mellan olika känslor	9
Ett behov av kunskap och klinisk erfarenhet	11
Resultatsammanfattning	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Självbild och självbestämmande	15
Sociala relationer och symtomlindring	16
Sammanhang och strategier	17
Konklusion	19
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	19
REFERENSER	20

BILAGOR

1. Sökningshistorik
2. Granskningsmall
3. Översikt analyserade artiklar

INLEDNING

I livets slutskede innebär det palliativa vårdandet för sjuksköterskan att skapa förutsättning för en meningsfull död. Som sjuksköterska kan det upplevas emotionellt påfrestande att vårda i livets slutskede. Vårdmodellen ”de 6 S:n” kan i det palliativa vårdandet vara ett hjälpmedel för sjuksköterskan. Ternestedt, Österlind, Henoch och Andershed (2012) beskriver att ”de 6 S:n” är en vårdmodell som utgår från patientens självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang samt strategier som ger sjuksköterskan en förutsättning för att ge en god personcentrerad palliativ vård.

BAKGRUND

Hälsa och vårdande i livets slutskede

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att vårdandet handlar om att främja patientens hälsa trots sjukdom för att ge möjlighet till att patienten ska kunna känna välbefinnande. Hälsan avspeglar den aktuella och totala livssituation människan befinner sig i, hälsan är en integrerad del i livet. World Health Organization (WHO, 1948) definierar hälsa som ett tillstånd av fullt fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte enbart en avsaknad av sjukdom eller funktionshinder.

Leung et al. (2010) visar att en holistisk människosyn hos sjuksköterskan ligger till grund för en upplevd hälsa hos patienter i livets slutskede. Den holistiska människosynen beskrivs som en helhetssyn av patienten där varje person och situation är unik. Det framkommer även att det psykiska välbefinnandet och det sociala stödet är en viktig del i den holistiska människosynen för att uppnå hälsa trots sjukdom i livets slutskede. Cipoletta och Oprandi (2014) menar att sjuksköterskan ibland har svårigheter att se till hela människan vid vård i livets slutskede. Det beskrivs att sjuksköterskan utför vårdandet tekniskt korrekt men att patienten som en helhet förbises och blir istället objektifierad. Coulourides Kogan, Penido och Enguidanos (2015) menar att patienter på sjukhuset får information om palliativ vård av ett palliativt team. Personal från det palliativa teamet har som fokus att förklara att patientens hälsa är mångdimensionell och innebär en helhetssyn inom vårdandet. Patienterna berättar att de utifrån informationen kring den palliativa vården ser den som mångsidig med fokus att uppleva hälsa trots att de befinner sig i livets slutskede.

Palliativ vård

WHO (u.å.) samt Socialstyrelsen (2013) definierar palliativ vård som ett vårdande som avser att stödja och förbättra livskvaliteten för patienten och anhöriga vid obotlig sjukdom.

Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom att som sjuksköterska skapa sig ett helhetsintryck kring patienten utifrån hans upplevda problem. Den palliativa vården ska varken påskynda eller hindra det normala förloppet till döden. Genom att sträva efter en god livskvalitet hos patienten kan det ge ett ökat välbefinnande och en upplevelse av hälsa trots sjukdom och att patienten befinner sig i livets slutskede.

Socialstyrelsen (2013) samt Klang-Söderkvist och Thorell-Ekstrand (2014) beskriver båda att den palliativa vården genomgår två faser, en tidig och en sen fas i vårdandet. Den tidiga palliativa fasen syftar till att förlänga livet och startar när patienten diagnostiseras med en progressiv obotlig sjukdom eller skada. Den sena palliativa fasen innebär att vårda i livets slutskede med mål att lindra lidande hos patienten och anhöriga. I föreliggande studie syftar den palliativa vården till den sena fasen av vårdandet. Vidare beskriver Socialstyrelsen (2013) samt Klang-Söderkvist och Thorell-Ekstrand (2014) att i övergången till den sena palliativa fasen genomgår ett antal brytpunkter och beslut om brytpunkter genomförs via ett brytpunktssamtal. Brytpunktssamtalet tas på initiativ av ansvarig läkare i samråd med patienten, anhörig och ansvarig sjuksköterska. Enligt Svenska palliativregistret (u.å.) innebär ett brytpunktssamtal att informera patienten och anhöriga om att patienten befinner sig i livets slutskede och livsförlängande behandlingar kommer att avslutas. Vården kommer istället att fokusera på livskvalitet och symtomlindring. Vid brytpunktssamtalet är det även av värde att ta reda på vad patienten har för tankar och önskemål gällande vårdplats och vilka hjälpinsatser hen vill ha. Anhörig definieras enligt Socialstyrelsen (u.å.) som en person inom familjen eller närmsta släkten. Patient definieras enligt Socialstyrelsen (u.å.) som en person som tar emot hälso- och sjukvård. Vid vidare benämning av begreppen patient och anhörig är det ovan nämnda definitioner som avses.

Sjuksköterskans profession

International Council of Nurses (ICN, 2014) beskriver sjuksköterskans grundläggande professionella ansvar som att ha fokus på människor i behov av vård. Det är även av vikt att sjuksköterskan har ett professionellt förhållningssätt med respektfullhet, lyhördhet, trovärdighet samt integritet mot patienten. Ciemins, Brant, Kersten, Mulette och Dickerson (2015) beskriver att de personcentrerade och utmärkande egenskaperna är närvaro, trygghet och valmöjlighet, har sjuksköterskan det ökar möjligheten för patienten att få en positiv upplevelse av den palliativa vården. För att sjuksköterskan ska kunna inge närvaro, trygghet och valmöjlighet krävs en god kompetens som består av respektfullhet, empati, medlidande och lyhördhet.

ICN (2014) beskriver att ett grundläggande ansvar hos sjuksköterskan är att tillgodose patienten med relevant information. Detta för att skapa en förutsättning för patienten att kunna vara delaktig i sin omvårdnad och behandling, samt rätten att kunna välja eller avstå behandling. Dahlberg och Segesten (2010) anser att en god kontakt mellan patient och sjuksköterska kan stärka patientens hälsoprocesser och lindra lidande. För att skapa en god vårdrelation krävs ett vårdande möte där ansvaret ligger hos sjuksköterskan att skapa ett samspel som ska vara inbjudande, samt ska stödja och stärka patientens hälsoprocess. Svensk sjuksköterskeförening (2016) förklarar begreppet personcentrerad vård, det innebär att sjuksköterskan i vårdandet ska sätta patienten som den person hen är i centrum framför

sjukdomen. Patienten och sjuksköterskan ska ha ett jämställt partnerskap där patientens delaktighet främjas. Sjuksköterskan ska skapa förutsättning för patienten att leva det liv hen vill utifrån de önskningar och intressen patienten uttrycker trots sjukdom och ohälsa.

En vårdmodell att använda vid livets slutskede

Centralt inom den palliativa vården menar Ternestedt et al. (2012) är att arbeta utifrån vårdmodellen ”de 6 S:n”. Syftet med modellen är att främja patientens delaktighet i livets slutskede med en personcentrerad vård i fokus. Ett personcentrerat arbetssätt innebär att sjuksköterskans fokus ska ligga på att få fram patienten som den person hen beskriver sig vara i sin livssituation. För att säkerställa patientens perspektiv är utgångspunkten för ”de 6 S:n” patientens självbild som utgör det första i ”de 6 S:n” och följs av självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang samt strategier.

Självbild och självbestämmande

Ternestedt et al. (2012) menar att genom att ha patientens självbild som fokus i vårdandet ökar möjligheten för upplevd hälsa och välbefinnande samt att sjuksköterskan kan få kännedom om patientens syn på döden. Genom att bekräfta patientens självbild får sjuksköterskan större vetskap kring hur patienten ser på och tänker om sig själv. Att födas och att dö är livshändelser alla går igenom och de sker i de flesta fall ihop med vårdpersonal.

Under livets gång är självbestämmandet en central del som kan komma att prövas när olika skeden i livet gör patienten beroende av någon annan. Därför är det av betydelse att sjuksköterskan arbetar för att patienten ska få behålla sitt självbestämmande under livets slutskede. En del av självbestämmandet i det palliativa skedet kan innebära att få bestämma hur den sista tiden av livet ska tillbringas, vilken miljö man vill dö i samt vilka personer som ska närvara (Ternestedt et al. 2012).

Sociala relationer och symtomlindring

Patientens sociala relationer är betydelsefulla att främja som sjuksköterska. Utifrån patientens självbestämmande ska betydande relationer bevaras för att ge patienten möjlighet att umgås med närstående och vänner. De relationer som är av betydelse för patienten ger en möjlighet till en spegling och bibehållen självbild genom hela livets slutskede. Det är av betydelse att som sjuksköterska även stödja anhöriga för att de ska ha kraft till att finnas där för den döende den sista tiden i livet (Ternestedt et al., 2012). Bergdahl, Benzein, Ternestedt, Elmberger och Andershed (2013), anser att sjuksköterskor som vårdar palliativa patienter i hemmet nästan alltid har en kommunikation med patienten samt med anhöriga när de är närvarande. Sjuksköterskan involverar patienten och anhöriga i konversationen samtidigt som omvårdnadsarbetet utförs. Patienten, anhöriga samt sjuksköterskan planerar tillsammans den fortsatta vården och tar hänsyn till patientens och anhörigas livsvärld och vardagliga liv.

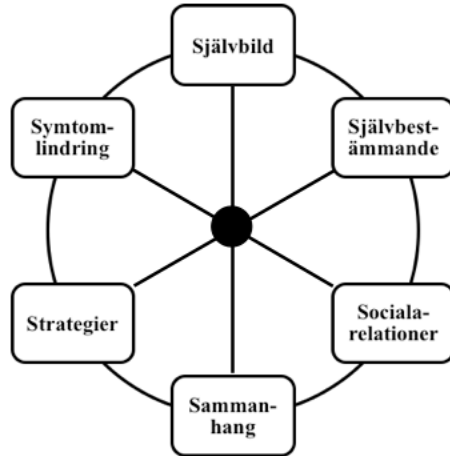
Ternstedt et al. (2012) beskriver att symtomlindring utgår från att som sjuksköterska minska lidandet i patientens dagliga liv samt hur sjuksköterskan identifierar och tolkar patientens upplevelse och beskrivning av symtomen. I det palliativa skedet kan smärtan delas in i olika kategorier, fysisk smärta, psykisk smärta, social smärta, existentiell smärta samt andlig smärta. Den sociala smärtan kan innebära att patienten upplever det smärtsamt att lämna anhöriga kvar. Den existentiella smärtan kan uppstå när patienten känner sig maktlös och övergiven när tillvaron är hotad. Funderingar och tankar inför döden och vad som händer efter döden är den andliga smärtan som kan uppstå hos patienterna. Utifrån ”de 6 S:n” avser symtomlindringen att ta hänsyn till hur symtomet upplevs i ett sammanhang.

Sammanhang och strategier

Begreppet sammanhang är tänkt som ett stöd för att identifiera och möta existentiella önskningsområden hos patienten. Att finna ett sammanhang i livets slutskede kan handla om att se tillbaka på livet och berätta om det (Ternstedt et al, 2012). Jeppsson och Thomé (2014) beskriver patientens självbild och självkännet som ett hjälpmedel för sjuksköterskan att hjälpa patienten att bearbeta det levda livet och ge ett perspektiv på tidigare val genom livet. Vidare beskriver Ternstedt et al. (2012) att det kan vara smärtsamt att påminnas om svåra stunder i livet. Strang, Henoch, Danielson, Browall och Melin-Johansson (2013) beskriver hur sjuksköterskan berättar kring patienternas tankar kring deras levda liv, hur de kan känna skuld och ånger kring speciella händelser tidigare i livet. I dessa situationer ska sjuksköterskan vara närvarande och bekräfta patientens tankar och känslor. I allmänhet beskrivs sjuksköterskan vara utbildad för att utföra medicinska tekniska uppgifter och problemlösning, men att bara lyssna till patienten och finnas där har blivit åsidosatt. I det palliativa vårdandet är förmågan att lyssna till patienten en betydelsefull faktor för att kunna möta existentiella tankar, känslor och frågor som patienten kan ha. Ternstedt et al. (2012) beskriver att det som sjuksköterska är av betydelse att finnas där och lyssna samt bekräfta patientens tankar och känslor.

Det sista av ”de 6 S:n” är strategier som även de avser existentiella tankar kring döden. Strategier berör patientens möte med döden och hur hen vill att den sista tiden i livet ska bli utifrån önskemål och livssyn. Även här är det av betydelse att sjuksköterskan lyssnar och bekräftar patienten (Ternstedt et al., 2012). Strategier nämns i Goldsteen et al. (2006) där de beskriver patienters upplevelse av att vara döende. Flertalet upplever känslan av att ta tag i deras sista ansvarsområden, det kan vara att lämna önskemål om begravningen med val av musik, blomsterarrangemang samt dödsannonser. Det kan även uppkomma tankar och önskemål kring hur anhöriga ska kunna fortsätta leva ett så normalt liv som möjligt efter hans död.

Figur 1. Begrepp i ”de 6: Sn”



PROBLEMFÖRMULERING

Ett av ansvarsområdena inom sjuksköterskans profession är att rädda och förlänga liv, men inom den palliativa vården innebär det att i livets slutskede vårda utan att påskynda döden eller förlänga livet. Palliativ vård kan förekomma inom samtliga vårdenheter och för sjuksköterskan kan det palliativa vårdandet innebära en emotionell påverkan. Det är därför av vikt att beskriva sjuksköterskans upplevelse för att skapa en ökad kunskap och förståelse för det palliativa vårdandet hos sjuksköterskan.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda palliativt i livets slutskede

METOD

Den valda metoden är en litteraturöversikt med en innehållsanalys enligt Dahlberg (2014) av kvalitativa vetenskapliga artiklar. Friberg (2012b) beskriver en litteraturöversikt som ett sätt att skapa en översikt över ett specifikt område som berör omvårdnadsområdet eller sjuksköterskan kompetensområde. Basen i en litteraturöversikt utgörs av texter i form av exempelvis forskningsartiklar som väljs utifrån det valda forskningsområdet. De valda artiklarna ska sedan kvalitetsgranskas och analyseras. Vidare beskriver Dahlberg (2014) innehållsanalysen som en lämplig metod i uppsatsarbete på kandidatnivå då den är lätt att lära sig och lätt att tillämpa. Med en innehållsanalys kan det upptäckas vad det finns för innehåll i texten, och förstå vad den ger uttryck för. Den går däremot inte in på en djupare nivå av innebörden.

Urval

Inklusionskriterier i urvalet av data var att artiklarna skulle vara engelskspråkiga, vetenskapligt granskade (Peer-Review), vara kvalitativa, ha ett sjuksköterskeperspektiv samt att studien skulle vara gjord i Europa. Exklusionskriterier var sekundärkällor samt artiklar skrivna innan år 2000. Varje sökning har gett ett visst antal träffar där samtliga titlar har lästs. Hela artiklar har lästs och valts ut om titel och abstrakt har varit av intresse. Artiklarna har granskats enligt Friberg (2012a) granskningsmall (Bilaga 2) för att säkerställa att de är av god kvalitet. Detta har inneburit att frågor har ställts gentemot artiklarnas innehåll. För översikt och kvalitetsgranskning över valda artiklar se bilaga 3.

Datainsamling

Sökningen av vetenskapliga artiklar har gjorts i databasen CINAHL, då den omfattar forskning inom omvårdnad. Sökord som har använts är *palliative*, *nurse*, *experience* och *perception*. Vissa sökord har valts att trunkeras med asterisk(*) som används för att få mångsidiga ändelser och en bredare sökning. För att koppla ihop sökorden med varandra har Boolesk söklogik tillämpats. Boolesk söklogik innebär att begreppet AND läggs in mellan de ord som ska kopplas ihop. Databasen ger då träffar på artiklar som involverar båda orden (Östlundh, 2012). För en detaljerad översikt av sökningarna, se bilaga 1.

Analys

Insamlade data i form av vetenskapliga artiklar har analyserats genom en innehållsanalys av Dahlberg (2014). Genomförandet av en innehållsanalys innebär att insamlade data i form av färdig text bearbetas och läses flertalet gånger för att bekanta sig med den. Vidare delas det bearbetade materialet in i mindre delar utifrån det berörda undersökningssyftet eller frågeställningar. Innehållskategorier skapas sedan i resultatet som består av de delar som plockats ut utifrån det berörda syftet eller frågeställningarna. Ett annat sätt inom

innehållsanalysen kan vara att utgå från en vårdvetenskaplig modell eller teori. Data delas då in i mindre delar utifrån begrepp som används i modellen eller teorin (Dahlberg, 2014).

Den insamlade data har bearbetats och bekantats med genom att den lästs flertalet gånger. Allt som berörde syftet färgmarkerades sedan. Utifrån det berörda syftet har sedan data delats in i mindre delar och namngivits utifrån innehållet. Utifrån varje enskild artikel har en tankekarta skapats utifrån de namngivna delarna. De mindre delarna som namngivits har i varje tankekarta och artikel numrerats med en siffra. Detta för att få en tydlig struktur samt finna likheter och skillnader i artiklarna. Återkommande och likvärdiga namngivna delar har sedan lagts ihop för att skapa kategorier. Detta gjordes för att skapa en struktur med strikt indelning. Kategorierna har sedan skrivits ner på lappar och sorterats in under innehållskategorier som har sammanställts och redovisats som en ny helhet i resultatet.

Etiska överväganden

Data som insamlats och analyserats har tolkats utan att förvrida, kränka eller plagiera innehållet. Kjellström (2012) menar att förfälskning kan förekomma när en person medvetet förvrider och manipulerar ett vetenskapligt arbete. En diskussion kring förförståelsen fördes, det framkom att det saknades en professionell erfarenhet kring den palliativa vården. Däremot framkom det att det fanns en personlig livserfarenhet kring att ha haft någon i sin närhet som befunnit sig i livets slutskede. Förförståelsen har lagts åt sidan för att ha ett så neutralt och öppet förhållningssätt som möjligt samt för att ha ett så bra forskningsetiskt förhållningssätt som möjligt. Det har strävats mot att all insamlad data har ett etiskt övervägande presenterat. Kjellström (2012) beskriver forskningsetik som de etiska överväganden som ska utföras och ständigt reflekteras över, innan och under forskningsprocessen. Det finns internationella riktlinjer och etiska koder att förhålla sig till som i artiklarna ska finnas presenterat. ICN (2014) har en etikkod som ser till den deltagandes självbestämmande, anonymitet och konfidentialitet, och den kan tillämpas vid forskning. Kjellström (2012) och Dahlberg (2014) belyser båda vikten av att de deltagande ska informeras om forskningen, fått information om valfrihet till medverkan och att dem när som helst får avbryta deltagandet utan vidare förklaring. För att det ska vara forskningsetiskt krävs det även att deltagarna är anonyma samt att den insamlade data förblir konfidentiell. Det som nämns ovan är aspekter som har eftersträvats att finnas presenterat i den insamlade data, detta för att påvisa en etisk medvetenhet.

RESULTAT

Resultatet utgörs av tre kategorier som beskriver sjuksköterskans upplevelse av att vårda palliativt i livets slutskede.

- Att vara närvarande och finnas där för patienten
- Att ständigt pendlande mellan olika känslor
- Ett behov av kunskap och klinisk erfarenhet

Att vara närvarande och finnas där för patienten

I resultatet framkommer det att inom den palliativa vården strävar sjuksköterskan efter en personcentrerad vård där varje person och situation är unik (Johansson & Lindahl, 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskan upplever ett behov av att finnas där för patienten och tillbringa tid ihop för att kunna ge ett emotionellt stöd och en personcentrerad vård (Andersson, Salickiene & Rosengren, 2016; Georges, Grypdonck & Dierckx De Casterle, 2002; Hopkinson, Hallett & Luker, 2005; Johansson & Lindahl, 2010; Johnston & Smith, 2006). Genom att vara närvarande ökar möjligheten för sjuksköterskan att förstå patientens behov och eventuella svårigheter som exempelvis smärta, oro och ångest (Georges et al., 2002; Johansson & Lindahl, 2010). Resultatet visar att den personcentrerade vården upplevs vara en förutsättning för att sjuksköterskan och patienten ska få en god relation vilket kan leda till en vård där patientens tankar, känslor och önskemål blir tydliga. Genom en god relation ökar möjligheten för sjuksköterskan att ta del av patientens livserfarenhet som kan vara till hjälp för att kunna tolka och förstå patientens sätt att uttrycka sig (Andersson et al., 2016; Casey et al., 2016; Georges et al., 2002).

Att lyssna utan att forcera fram information från patienten upplevs vara av betydelse för en god vårdrelation (Georges et al., 2002; Johansson & Lindahl, 2010). Att lyssna genom att tolka och inte enbart höra orden utan även förstå den känsla patienten förmedlar, anser sjuksköterskan vara av betydelse i det palliativa vårdandet. För att kunna tolka det patienten säger upplevs det icke verbala språket vara en betydande faktor. De uppmuntrar till en öppen och ärlig kommunikation där inget ska undanhållas från patienten (Georges et al., 2002; Johnston & Smith, 2006). I resultatet framkommer det att genom en ärlig och öppen kommunikation kan sjuksköterskan förbereda patienten inför döden (Casey et al., 2011). Kommunikationen anses vara viktig även i situationer då patienten är sederad eller befinner sig i koma, eftersom patienten tros kunna höra (Efstathiou & Walker, 2014). För att förbereda patient och anhöriga på att patientens liv är på väg mot sitt slut upplever sjuksköterskan att den personcentrerade vården skapar förutsättning för en meningsfull död med patient och anhörigas önskningar i fokus (Georges et al., 2002; Hopkinson et al., 2005).

Resultatet visar att den holistiska människosynen lyfts av sjuksköterskan som en utgångspunkt i det palliativa vårdandet, med fokus på att symtomlindra samt att skapa komfort och kvalitet i det palliativa skedet (Casey et al., 2011; Efstathiou & Walker, 2014;

Georges et al., 2002; Hopkinson et al., 2005). Inom den palliativa vården har sjuksköterskan fokus på omvårdnadsåtgärder. Utifrån den enskilda patientens behov arbetar sjuksköterskan för att göra det så behagligt som möjligt för patienten, vilket kan innebära att erbjuda en bekväm kudde, en skön säng eller att bara finnas där för patienten (Casey et al., 2011; Efstathiou & Walker, 2014; Johnston & Smith, 2006; Wallerstedt & Andershed, 2007). Tid med patienten vid fler tillfällen än vid endast symtomlindring upplevs av sjuksköterskan vara av betydelse för att patienten inte ska uppleva ensamhet i det palliativa skedet (Andersson et al., 2016; Efstathiou & Walker, 2014). I resultatet framkommer det hur sjuksköterskan upplever att vårdsystemet mestadels fokuserar på den vård som förlänger livet. De upplever att den palliativa vården inte får tillräckligt med tid och resurser som önskas för att kunna bedriva en god vård, vilket beskrivs bli en utmaning för sjuksköterskan (Johansson & Lindahl, 2010). Den palliativa vården upplevs kräva mer tid med patienten i lugn och ro och det upplever sjuksköterskan inte finns. Detta tydliggörs när sjuksköterskan har ansvaret för flera palliativa patienter samtidigt och en känsla av otillräcklighet uppstår. Detta upplevs av sjuksköterskan vara ett hinder för en att ge en god vård, vilket skapar en inre stress som ökar risken för en bristande vård och en negativ påverkan på organisationen (Casey et al., 2011; Wallerstedt & Andershed, 2007).

En annan betydande faktor som sjuksköterskan lyfter är miljön för patienten. I resultatet framkommer det att det finns en strävan mot att patienten ska ha ett enkelrum som är lugnt och harmoniskt. Sjuksköterskan upplever att enkelrum skapar förutsättning för att patient och anhöriga ska få en värdefull sista tid tillsammans (Casey et al., 2011; Efstathiou & Walker, 2014; Johansson & Lindahl, 2010). Däremot har sjuksköterskan erfarenhet av att enkelrummen i första hand ges till patienter med exempelvis infektioner. Somliga sjuksköterskor ansåg att flytta palliativa patienter till enkelrum kunde vara ett problem, då patienten var van vid att dela rum och upplevdes trivas med det (Casey et al., 2011).

Resultatet visar att sjuksköterskan ser arbetet inom den palliativa vården som meningsfullt med fokus och ambition på att uppnå patientens och anhörigas önsknings (Efstathiou & Walker, 2014; Hopkinson et al., 2004; Pattison, Carr, Turnuck & Dolan, 2013; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskan upplever anhöriga som betydelsefulla då de ger information om patienten, visar tacksamhet till sjuksköterskan samt ger feedback på vården. Detta upplevs som givande och guidande för sjuksköterskan i sitt vårdande, framförallt i situationer där patienten har svårt att föra sin egen talan (Hopkinson et al., 2005). Sjuksköterskan upplever att det kan bli svårt att vårda när patientens och anhörigas önsknings på vården skiljer sig åt (Efstathiou & Walker, 2014).

Att ständigt pendla mellan olika känslor

Att vårda patienter palliativt upplever sjuksköterskan skapar tankar kring sin egen framtid och existentiella tankar kring sin egen död och kan upplevas svårt att hantera (Andersson et al., 2016; Johansson & Lindahl, 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). Att arbeta på en avdelning där det finns både palliativa och icke palliativa patienter upplevs av sjuksköterskan vara jobbigt då det blir en emotionell omställning mellan de olika patienterna (Andersson et al., 2016; Johansson & Lindahl, 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). I resultatet framkommer det positiva och negativa känslor, en positiv känsla upplevs när det uppstår en balans i vårdandet mellan de båda patientgrupperna. Sjuksköterskan lyfter även att erfarenhet av den palliativa vården bidrar till en ökad förståelse av att döden

är en naturlig del av livet, vilket upplevs positivt. De negativa känslorna skapas av att sjuksköterskan kan känna sig splittrade i det konstanta bytet mellan de båda patientgrupperna. Omställningen mellan att vårda för att bota och vårda för att uppnå en meningsfull död upplevs av sjuksköterskan påfrestande att hantera. Några av sjuksköterskorna upplever det däremot som en paus ifrån den palliativa vården när de får vårda för att bota, då den palliativa vården kan upplevas mer emotionellt påfrestande (Johansson & Lindahl, 2010).

I resultatet beskriver sjuksköterskan en känsla av misslyckande och hjälplöshet gentemot patienten när smärtlindringen inte är tillräcklig (Andersson et al., 2016; Georges et al., 2002; Johnston & Smith, 2006). Sjuksköterskan försöker i dessa situationer vara realistisk och acceptera de känslor som uppkommer. Det upplevs finnas en strävan mot att vara äkta i mötet med patienten trots en emotionell påverkan hos sjuksköterskan. För att undvika att bli överväldigad av sina känslor förklarar sjuksköterskan att hen försöker distansera sig från sina känslor genom att bli mer uppgiftsorienterad. Sjuksköterskan tar även hjälp av sina kollegor för att prata om det som upplevs emotionellt påfrestande. De upplever ständigt en strävan efter att inte låta sina känslor påverka arbetet. (Georges et al., 2002; Hopkinson et al., 2005). De beskriver hur en balans mellan att distansera sig från sina känslor och att låta vissa känslor vara en del i arbetet skapar en balans som bidrar till ett bättre välmående hos sjuksköterskan (Efstathiou & Walker, 2014; Hopkinson et al., 2005).

Känslor som sorg, frustration och förlust som kan uppstå i samband med att en patient dör förklarar sjuksköterskan som förbjudna (Hopkinson et al., 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007). När döden inträffade tidigare än planerat eller när flertalet dödsfall påträffades under en kortare tid upplevde sjuksköterskan det som extra emotionellt påfrestande. Detta på grund av att den vård och det stöd som önskades ges inte kunde genomföras (Hopkinson et al., 2005; Pattison et al., 2013; Wallerstedt & Andershed, 2007). När patienter som sjuksköterskan vårdat under en längre tid och hunnit skapa en relation med dör, upplevs det vara emotionellt svårare att hantera då patienterna betytt mycket (Casey et al., 2011; Wallerstedt & Andershed, 2007). De beskriver även att det är djupt berörande att följa patientens kroppsliga förändringar mot döden, vilket upplevs skapa en känsla av obekvämlighet hos sjuksköterskan (Johansson & Lindahl, 2010). Det finns en hängivenhet hos sjuksköterskan att göra allt de kan för varje patient. Detta kan skapa en negativ fysisk och psykisk påverkan och en inre stress som sjuksköterskan anser vara relaterat till sina värderingar och sitt bemötande gentemot patienterna. Dessa faktorer upplevs av sjuksköterskan vara bidragande till att endast vilja arbeta med palliativa patienter en kortare tid, då sjuksköterskan upplever en ökad risk att drabbas av utmattningssyndrom (Georges et al., 2002).

I resultatet framkommer det att arbetet med palliativa patienter innebär för sjuksköterskan att ge mycket av sig själv både på ett professionellt och personligt plan (Andersson et al., 2016; Johansson & Lindahl, 2010). Det upplevs energikrävande men stimulerar samtidigt arbetet då sjuksköterskan beskriver sig få mycket tillbaka av patienten och anhöriga. Detta skapar styrka och motivation till att fortsätta arbetet inom den palliativa vården. Sjuksköterskan upplever sig emotionellt tillfredsställd när hen vid varje unik vårdsituation gjort sitt yttersta för patienten (Johansson & Lindahl, 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). Känslor som tacksamhet och meningsfullhet upplevs av sjuksköterskan när det skapats förutsättningar för en bra sista tid i livet för patienten. När patient och anhöriga

uppger sig nöjda med vården känner sjuksköterskan sig privilegierad och ärad av att få följa patientens sista tid (Andersson et al., 2016; Johansson & Lindahl, 2010; Pattison et al., 2013).

När sjuksköterskan reflekterar över sina existentiella tankar och hittar sig själv på ett personligt plan så upplevs möjligheten att möta patient och anhöriga inom den palliativa vården öka (Johansson & Lindahl, 2010). De beskriver hur de utifrån erfarenhet lärt sig att ha ett professionellt arbetssätt genom att undvika att skapa en djupare relation till patienten, vilket upplevs minska den emotionella påverkan. Har sjuksköterskan ett professionellt förhållningssätt som tillgodoser patientens behov upplevs en känsla av tillfredsställelse hos sjuksköterskan (Georges et al., 2002; Hopkinson et al., 2005).

Ett behov av kunskap och klinisk erfarenhet

Att ha ett professionellt förhållningssätt uppger sjuksköterskan vara viktigt inom den palliativa vården. Genom att mentalt distansera sig och inte bli för personligt involverad i relationen med patient och anhörig kan det professionella förhållningssättet upprätthållas (Johansson & Lindahl, 2010). Sjuksköterskan anser att ens egna värderingar inte ska påverka det professionella förhållningssättet (Georges et al., 2002).

Resultatet visar att för att utföra en god palliativ vård uttrycker sjuksköterskan att den personliga livserfarenheten kan vara till hjälp för att möta patienter i ett palliativ skede. Att som sjuksköterska haft någon i sin närhet som dött kan vara till fördel för professionen, då förståelsen och empatin för patienten och anhöriga kan öka (Hopkins et al., 2005; Johansson & Lindahl, 2010; Johnston & Smith, 2006). Sjuksköterskan upplever att erfarenhet av den palliativa vården bidrar till att utveckla en god självkänedom, samt en personlig och professionell mognad (Andersson et al., 2016; Georges et al., 2002; Hopkinson et al., 2005; Johnston & Smith, 2006; Wallerstedt & Andershed, 2007). För att bli en bra sjuksköterska inom den palliativa vården belyser sjuksköterskan vikten av att ständigt sträva efter mer kunskap inom området och att aldrig anse sig vara fullärd (Johansson & Lindahl, 2010; Johnston & Smith, 2006).

I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever att hen saknar kunskap och klinisk erfarenhet kring den palliativa vården, detta skapar en osäkerhet hos sjuksköterskan i sitt arbete (Andersson et al., 2016; Casey et al., 2011; Efstathiou & Walker, 2014; Hopkinson et al. 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007). De sjuksköterskor som upplever sig ha mindre kunskap och erfarenhet önskar stöd från de mer erfarna sjuksköterskorna. Den okunskap sjuksköterskan kan ha skapar svårigheter gällande att ta ansvar och att ge stöd vilket gör att hen känner sig otillräcklig och överväldigad (Andersson, et al., 2016; Casey et al., 2011; Efstathiou & Walker, 2014). Det upplevs svårt och påfrestande att förhålla sig professionellt gällande existentiella frågor och i diskussion om döden (Andersson, et al., 2016; Casey et al., 2011). Även när patienterna har olika etniska ursprung upplevs en osäkerhet kring den palliativa vården då olika kulturer har olika syn på döden (Casey et al. 2011). Får de mer stöd och kunskap av sina kollegor anser sjuksköterskan att det ökar möjligheten till ett professionellt förhållningssätt (Andersson, et al., 2016; Casey et al., 2011). Teamarbete upplevs vara en förutsättning för att ge stöd hos sjuksköterskan och för att öka patientens välbefinnande i det palliativa skedet (Johnston & Smith, 2006).

Resultatsammanfattning

I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever ett ständigt pendlande mellan olika känslor i vårdandet med palliativa patienter. För att kunna ge en god palliativ vård upplevs den personcentrerade vården vara av betydelse. Att som sjuksköterska kunna lyssna till patienten, tolka det hen säger och uttrycker, finnas där samt ha en holistisk människosyn är delar som upplevs vara betydelsefulla i det palliativa vårdandet. En god vårdande relation är en viktig del i den palliativa vården men kan leda till en emotionell påfrestning som kan vara svår att hantera. För att inte låta känslorna påverka vårdandet lyfter sjuksköterskan det professionella förhållningssättet som en viktig del. Sjuksköterskan upplever även att den palliativa vården generellt inom hälso- och sjukvården inte prioriteras på samma sätt som den vård som förlänger livet. Detta resulterar i att den palliativa vården får mindre tid och den tidsbrist som upplevs förklarar sjuksköterskan är ett hinder för att ge önskad vård.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ innehållsanalys enligt Dahlberg (2014) valdes då det är en lämplig metod i uppsatsarbete på kandidatnivå. Metoden var lätt att lära sig och lätt att tillämpa, framförallt när det var ett begränsat utrymme för tid. Det fanns en tidsbegränsning som var en betydande faktor i valet av metod. Innehållsanalysen tillämpades för att se vad det fanns för innehåll i texten och vad den gav uttryck för. Dahlberg (2014) beskriver att innehållsanalysen inte går in på en djupare nivå av innebörden i texten. En annan metod som kunde valts var innebördsanalys, som beskrivs gå på en djupare nivå för att tolka innebörden i texten. Denna metod valdes inte då insamlad data utgörs av engelskspråkiga vetenskapliga artiklar. Att tolka innebörden när texten är på engelska och av vetenskaplig formalia upplevdes öka risken för att skapa feltolkningar, vilket skulle kunna påverka trovärdigheten negativt.

Resultatet utgörs av nio vetenskapliga artiklar som är utförda i Europa. Databasen CINAHL har använts för att söka artiklarna eftersom databasen omfattar forskning inom området omvårdnad. Att endast ha valt en databas kan vara negativt för trovärdigheten och pålitligheten då det kan minska möjligheten att hitta ett större utbud av artiklar (Henricson, 2012). Sökningarna har endast gjorts i en databas då den gett ett stort utbud med tillräckligt många träffar som varit relevanta för syftet. De valda artiklarna ansågs vara tillräckliga för resultatet då en mättnad uppstått. Sökningarna i CINAHL avgränsades till artiklar från Europa och var inte äldre än från år 2000. Avgränsningen inom Europa gjordes då den palliativa vården och synen på döden kan skilja sig runt om i världen. Årsbegränsningen gjordes för att resultatet skulle utgöras av aktuell forskning inom området. Initialt gjordes en bredare sökning för att kunna arbeta fram de sökord som gav ett rimligt antal träffar som var relevanta för syftet.

Artiklarna som utgör resultatet har valts att kvalitetsgranskas enligt Friberg (2012a) granskningsmall. Båda författarna till den föreliggande studien har granskat samtliga artiklar vilket enligt Henricson (2012) anses höja trovärdigheten. De artiklar som ansågs vara av hög kvalitet hade tydliga svar på alla 14 frågor i granskningsmallen. De artiklar som bedömdes vara av medel kvalitet saknade svar på enstaka frågor. Det bedömdes att sex av artiklarna vara av hög kvalitet och resterande tre artiklar bedömdes vara av medel kvalitet. De artiklar av medel kvalitet saknade utförlig information om studiens deltagare men valdes att inkluderas då resultatet i artiklarna ansågs vara av intresse. Granskningsmallen av Friberg (2012a) ger utrymme för en subjektiv bedömning vilket kan påverka kvalitetsbedömningen och göra denna mindre trovärdig. För att säkra en högre kvalitet på artiklarna hade en granskningsmall med exempelvis poängsystem kunnat användas.

De valda artiklarna var ur ett sjuksköterskeperspektiv, men några hade fler professioners perspektiv. I de fallen när det var flera professioners perspektiv beskrivet valdes endast sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården ut. I en artikel var flera professioners upplevelse av den palliativa vården sammanställda till en helhet. Det var svårt att urskilja vem som hade sagt vad, men då artikeln var av stort intresse för resultatet valdes den att inkluderas. Wallengren och Henricson (2012) beskriver att bekräftelsebarhet kan uppnås

när deltagarna till en studie är välbeskrivna samt när analysprocessen finns beskriven. En välbeskriven analysprocess och urval av deltagarna kan även kopplas till artikelns trovärdighet och pålitlighet. Den valda artikeln som hade flera professioners perspektiv redovisat som en helhet kan då anses ha en lägre trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet. Detta kan i sin tur påverka resultatets trovärdighet negativt, men då sjuksköterskorna var överrepresenterade i artikeln var det ett motiv till varför den valdes att inkluderas ändå.

De valda artiklarna lästes först individuellt av de båda författarna till den föreliggande studien. Sedan lästes artiklarna tillsammans och det diskuterades kring innehållet och vad som ansågs vara relevant för studiens syfte. Wallengren och Henricson (2012) menar att genom att vara fler personer som läser och analyserar artiklarna så ökar trovärdigheten, detta eftersom fyra ögon ser mer än två. De lyfter även att pålitligheten ökar om fler personer granskar analysen. Analysen har granskats via grupphandledning av kurskamrater och handledare, vilket har hjälpt för att få analysen tydlig och pålitlig. Dahlberg (2014) beskriver att innehållsanalysen ska resultera i strikt indelade innehållskategorier. Återkommande och likvärdiga kategorier har lagts ihop för att i resultatet få strikta innehållskategorier.

Det fanns ingen professionell koppling till den palliativa vården som skulle kunnat påverka valet av undersökningsområde eller resultatet. Däremot fanns en personlig livserfarenhet kring att ha haft någon i sin närhet som befunnit sig i livets slutskede. Förförståelsen har innan och under arbetets gång diskuterats och lagts åt sidan. Wallengren och Henricson (2012) menar att bekräftelsebarheten stärks om författarna låtit beskriva sin förförståelse. Dahlberg (2014) beskriver den etiska medvetenheten i form av förförståelse som en utgångspunkt i den vetenskapliga hållningen. Vidare beskrivs att svårigheter i uppsatsarbete kan uppstå om förförståelsen styr valet av undersökningsområde. Valet av undersökningsområde motiveras till att få en ökad kunskap inom området inför den kommande professionen som sjuksköterska.

Artiklarna som utgör resultatet kommer från Storbritannien, Irland, Nederländerna och Sverige. Beroende på kultur och religion kan synen på döden och den palliativa vården skilja sig, vilket var av betydelse när artiklarna skulle analyseras. Därför valdes europeiska artiklar för en så lik syn på döden och den palliativa vården som möjligt. Henricson (2012) lyfter överförbarheten genom att författarna ska kunna diskutera huruvida resultatet går att överföra till liknande grupper och sammanhang. De nämner att det är viktigt att jämföra och diskutera vad olika nationaliteter eventuellt kan ha för skillnader som kan påverka överförbarheten negativt. I resultatet framkommer sjuksköterskans upplevelse av att vårda palliativt i livets slutskede, där det finns många likheter i sjuksköterskans upplevelse mellan de olika länderna som artiklarna i resultatet kommer från. Detta stärker överförbarheten eftersom resultatet upplevs ha uppnått en mättnad då sjuksköterskans upplevelser blev återkommande.

Dahlberg (2014) beskriver att innehållsanalysen har ett lågt vetenskapligt värde. Då analysnivån är låg uppnås inte det djup på data som behövs för att trovärdighet och överförbarheten ska kunna säkerställas i analysen. Priebe och Landström (2012) menar att för att resultatet ska kunna var generaliserbart ska det gå att överföra på alla andra grupper och sammanhang än det som studerats. Studiens resultat anses därför inte vara

generaliserbart men skulle kunna gå att överföra på liknande grupper och sammanhang. Bedömningen av överförbarheten anses ändå vara upp till läsaren. Rolfe (2006) menar att det är upp till läsaren att bedöma studiens kvalitet. Detta utesluter inte att forskarna kan bedöma kvaliteten i sin egen studie, men de har däremot inte auktoritet utan läsarens bedömning betyder lika mycket.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever ett behov av att vara närvarande, lyssna och finnas där för patienten. Detta skapar möjlighet till en relation mellan sjuksköterskan och patienten. Uppnås en god relation upplever sjuksköterskan en ökad möjlighet till att få ta del av patientens livserfarenhet. Detta kan kopplas till Ciemins et al. (2015), som menar att sjuksköterskan ska visa närvaro, inge trygghet och skapa valmöjlighet för patienten, vilket skapar förutsättning för en god personcentrerad palliativ vård. För att som sjuksköterska kunna ge en god personcentrerad vård i livets slutskede kan vårdmodellen ”de 6 S:n” tillämpas. ”De 6 S:n” är en vårdmodell av Ternestedt et al. (2012), denna modell kan vara användbar av sjuksköterskan för att skapa en personcentrerad vård och främja patientens delaktighet vid vård i livets slutskede. Nedan följer en diskussion kring resultatet gentemot ”de 6 S:n”, en modell för personcentrerad palliativ vård.

Självbild och självbestämmande

Ternestedt et al. (2012) beskriver hur sjuksköterskan genom patientens självbild kan säkra en personcentrerad vård och få ökad vetskap om hur patienten ser och tänker om sig själv. Patientens känsla av hälsa och välbefinnande kan öka om sjuksköterskan vårdar med patientens självbild i fokus. Carlander, Ternestedt, Sahlberg-Blom, Hellström och Strandberg (2011) menar att patientens självbild innan hen blev sjuk har ett inflytande på hur hen hanterar situationen av att befinna sig i livets slutskede. Den kroppsliga förändringen som kan uppstå upplevs kunna bli en kontrast till hur patienten tidigare sett sig själv, exempelvis som stark och hälsosam. Att samtidigt hantera känslor och reaktioner på symtom som trötthet och smärta påverkar det vardagliga livet vilket verkar ha en inverkan på patientens självbild. Ternestedt et al. (2012) menar att för att patienten ska kunna bevara sin självbild och identitet så bra som möjligt är det som sjuksköterska av betydelse att lyssna till patientens berättelse och se det ur ett patientperspektiv. Brorson, Plymoth, Örmon och Bolmsjö (2014) beskriver hur sjuksköterskan i det palliativa vårdandet av patienter med en demenssjukdom upplever det svårt att skapa en kontakt och lära känna patienten genom en verbal kommunikation. Detta anses kunna vara ett hinder för att få fram patientens självbild.

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskan finner det av värde att lyssna till patienten utan att forcera fram information och förstå den känsla som förmedlas. Även Jeppsson och Thomé (2013) hävdar att det är av betydelse att som sjuksköterska vara lyhörd till det patienten uttrycker är av betydelse i livet, detta skapar möjlighet till att bevara patientens självbild i livets slutskede. I resultatet framkommer det dock att sjuksköterskan upplever att det inte finns tillräckligt med tid och resurser för att kunna spendera den tid som behövs

med patienten. Detta anses kunna ha en negativ påverka på sjuksköterskans möjlighet att ta del av patientens självbild.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever det av betydelse att vara närvarande och finnas där för patienten. Detta skapar möjlighet till en relation som enligt sjuksköterskan upplevs kunna framhäva patientens önskemål, tankar och känslor. Även möjligheten att få ta del av patientens livserfarenhet upplevs öka genom en god relation och en personcentrerad vård. Ternestedt et al. (2012) menar att patientens självbestämmande är en central del i vårdandet och när olika skeden i livet gör en beroende av någon annan kan självbestämmandet öka eller minska. Att låta patienten ha självbestämmande kan i livets slutskede innebära att hen får bestämma hur den sista tiden i livet ska tillbringas, vilka personer som ska vara närvarande samt vilken miljö hen vill dö i. I resultatet framkommer det att sjuksköterskan upplever det av betydelse av att kunna ge patienten en meningsfull död där patientens och anhörigas önskemål är i fokus och uppfylls. Detta kan jämföras med Rui-Shuang, Qiao-Hong, Feng- Qi och Owens (2015) som beskriver att sjuksköterskan inom den kinesiska kulturen vänder sig till de anhöriga för att ta reda på patientens önskemål. Detta anses kunna påverka patientens självbestämmande negativt, då det finns en risk att det är anhörigas önskemål som framkommer istället för patientens.

Sahlberg-Blom, Ternestedt och Johansson (2000) beskriver att möjligheten till att vara självbestämmande är situationsberoende och påverkas av många faktorer. Faktorer som påverkar är patientens personlighet, hens sociala nätverk, hur tillgången till olika vårdformer ser ut samt kulturella värderingar. En annan faktor är även i vilken utsträckning sjuksköterskan och övrig vårdpersonal kan och vill stödja patientens och anhörigas önskemål i den beslutsfattande processen. Detta kan kopplas till det som framkommer i resultatet, att den hängivenhet sjuksköterskan beskriver sig ha gentemot patienten upplevs skapa en emotionell påverkan av både positiva och negativ känslor. Hängivenheten som sjuksköterskan har upplevs ibland kunna skapa en inre stress som kan leda till en negativ fysisk och psykisk påverkan. När sjuksköterskan gjort allt i sin makt för att vårda efter patientens önskemål så beskrivs känslor som tacksamhet och meningsfullhet uppkomma. Dessa känslor uppkommer eftersom sjuksköterskan har varit en bidragande del till att ha skapat möjlighet för att patient och anhöriga ska få en god sista tid tillsammans. Likheter framkommer i James, Andershed, Gustavsson och Ternestedt (2010) som menar att sjuksköterskan konstant ger av sig själv, visar sin känsliga sida och visar medkänsla samt det faktum att de gillade sitt arbete resulterade i engagemang och hängivenhet. Vilket resulterade i att det hos sjuksköterskan skapades motivation i det dagliga arbetet. Likheter framkommer även i resultatet, att sjuksköterskan i det palliativa vårdandet ger mycket av sig själv på ett professionellt och personligt plan. Det upplevs stimulera arbetet men är även energikrävande, då sjuksköterskan hela tiden gör sitt yttersta och ger så mycket av sig själv.

Sociala relationer och symtomlindring

Ternestedt et al. (2012) menar att patientens sociala relationer är en viktig del inom den palliativa vården. Det är av betydelse att sjuksköterskan finns där och stödjer även anhöriga för att de i sin tur ska ha kraft till att finnas där för patienten. Utefter patientens önskemål ska relationer bevaras, då det ökar patientens möjlighet att behålla sin egen

självbild i livets slutskede. Att bevara de sociala relationerna kan även främja patientens upplevelse av hälsa och känsla välbefinnande. Att som sjuksköterska bevara patientens sociala relationer beskriver även Rui-Shuang et al. (2015) vara betydelsefullt för patientens sista tid i livet. Likheter finns även i resultatet då det framkommer hur sjuksköterskan vårdar för att möjliggöra att patient och anhöriga ska få en harmonisk och betydelsefull sista tid tillsammans. Sjuksköterskan anser att anhöriga är en viktig del i den palliativa vården. De beskriver hur anhöriga kan ge information om patienten, något som blir av betydelse när patienten inte längre kan uttrycka sig själv eller föra sin egen talan. Sjuksköterskan beskriver även hur hen får feedback på vården av de anhöriga vilket ökar möjligheten till att vara följsam och finnas där för patienten när hen inte kan föra sin egen talan.

Leung et al. (2010) beskriver det sociala stödet som en viktig del i den holistiska människosynen för att patienten ska ha möjlighet att uppnå hälsa i livets slutskede. Den holistiska människosynen beskrivs i resultatet av sjuksköterskan som en utgångspunkt i vårdandet med fokus på att symtomlindra samt skapa komfort och kvalitet i livets slutskede. Relaterat till Ternestedt et al. (2012) som menar att symtomlindring utgår från att vårdpersonalen ska minska patientens lidande, samt kunna identifiera och tolka patientens upplevelse och beskrivning av symtomen. Detta överensstämmer med det resultatet visar, att sjuksköterskan utifrån den enskilda patientens behov arbetar för att skapa kvalitet och komfort i form av olika omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsåtgärderna kan innebära att erbjuda en bekväm kudde, en skön säng eller bara finnas där för patienten. Rui-Shuang et al. (2015) menar även att dessa omvårdnadsåtgärder är av betydelse för att patienten ska känna hälsa och välbefinnande i livets slutskede.

Cipoletta och Oprandi (2014) beskriver hur sjuksköterskan kan ha svårigheter att se till hela människan vid vård i livets slutskede. De tekniska vårdmomenten utförs korrekt men patienten riskerar då att förbises och bli objektifierad. Detta kan kopplas till det som framkommer i resultatet, för att undvika att bli överväldigad av sina egna känslor distanserar sig sjuksköterskan genom att bli uppgiftsorienterad. James et al. (2010) beskriver också hur sjuksköterskan använder sin profession och blir uppgiftsorienterad för att skydda sig själv från de känslor som kan uppkomma inom den palliativa vården. De menar att det finns en risk att sjuksköterskan utesluter sig själv som person vilket i sin tur kan komma att påverka deras kunskap och kreativitet negativt. Istället blir sjuksköterskan uppgiftsorienterad och följer manualer samt riktlinjer striktare. Resultatet visar dock att sjuksköterskan har en holistisk människosyn och vårdar utifrån varje patients unika situation och behov. När sjuksköterskan gjort allt hen kan för att symtomlindra men det inte räcker till kan känslor som misslyckande och hjälplöshet uppkomma. Däremot lyfter Arbour och Wiegand (2013) att när sjuksköterskan gjort allt hen kan för patienten gällande symtomlindring och patienten uppger sig få en effekt som lindrar lidandet känner sjuksköterskan en tillfredsställelse av att lyckats med sin insats. Det som framkommer i resultatet är att sjuksköterskan får en känsla av tillfredsställelse när hen gjort sitt yttersta vid varje unik vårdssituation.

Sammanhang och strategier

Ternestedt et al. (2012) beskriver att sammanhang och strategier är ett stöd för att identifiera och möta existentiella behov hos patienten. Sammanhang fokuserar på att blicka

tillbaka på livet och strategier blickar framåt på den sista tiden i livet. När en patient befinner sig i livets slutskede kan det upplevas som en omställning, en övergång till något okänt. Det är i dessa situationer av vikt att som sjuksköterska att lyssna till patientens upplevelser, tankar och känslor, samt att bekräfta den personen patienten är. Som sjuksköterska kan detta ge en ökad förståelse för patientens situation. I resultatet framkommer det att sjuksköterskan anser att en god relation med patienten innebär att ta del av hans livserfarenhet. Detta menar även Trueman och Parker (2006) att sjuksköterskan genom en strukturerad metod ska erbjuda patienten att blicka tillbaka på livet, vilket kan ge ett ökat fokus på de känslomässiga behoven hos patienten. Genom att ta del av patientens livsberättelser upplever sjuksköterskan att hen blir känslomässigt påverkad vilket i sin tur kan påverka det egna välbefinnandet. Detta kan kopplas till det som framkommer i resultatet som visar att sjuksköterskan upplever det emotionellt påfrestande att vårda patienter i ett palliativt skede. Det kan hos sjuksköterskan uppstå tankar kring sin egen framtid och död som beskrivs vara svåra att hantera.

Rui-Shuang et al. (2015) beskriver att det inom den kinesiska kulturen anses vara tabubelagt att samtala om döden. Det framkommer att när patienten befinner sig i livets slutskede så pratar sjuksköterskan sällan om döden med patient eller anhöriga. Det framkommer däremot i resultatet att sjuksköterskan upplever att en öppen och ärlig kommunikation skapar möjligt för att förbereda patienten inför döden, där fokus ska vara på patientens och anhörigas önsknings. Detta för att patienten ska ges förutsättning till att uppleva hälsa i livets slutskede, vilket kan kopplas till begreppet strategier.

Ternestedt et al. (2012) beskriver strategier och menar att det som sjuksköterska är av betydelse att vara öppen och mottaglig för patientens önskemål, vilja, tankar och känslor inför den sista tiden i livet. Strang et al. (2013) beskriver att sjuksköterskan bör vara närvarande och bekräfta patienten i mötet med de existentiella frågorna. Det beskrivs även hur sjuksköterskan i allmänhet är utbildad för att utföra medicintekniska uppgifter och arbeta för att lösa problem i vården, att bara lyssna har inte alltid upplevts vara det faktiska arbetet. Inom den palliativa vården beskrivs lyssnandet vara en betydelsefull faktor för att kunna möta existentiella frågor och tankar hos patienten. Detta påvisas även i resultatet där det framkommer att sjuksköterskan upplever sig ha en okunskap kring den palliativa vården och i mötet med de existentiella frågorna. Sjuksköterskan känner sig i dessa situationer otillräcklig och överväldigad samt att det känns svårt och påfrestande att förhålla sig professionellt när hen saknar kunskap och klinisk erfarenhet. Detta menar även Arbour och Wiegand (2013); Strang et al. (2013) och Rui-Shuang et al. (2015) som beskriver att sjuksköterskan upplever sig behöva mer kunskap genom utbildning för att kunna möta patientens behov. Arbour och Wiegand (2013) tar också upp att sjuksköterskan upplever en okunskap i det palliativa vårdandet. Detta beskriver de kan bero på brister i sjuksköterskeutbildning samt att sjuksköterskan upplever sig ha lite arbetserfarenhet inom den palliativa vården.

I resultatet framkommer det även att sjuksköterskan upplever att den palliativa inte får den tid och resurser som behövs för att bedriva en god palliativ vård utifrån patienten och anhörigas önsknings i en lugn och fridfull miljö. Pavlish och Ceronky (2007) lyfter också den begränsade tiden som ett hinder för att sjuksköterskan ska kunna ge en betydelsefull palliativ vård. Detta beskriver även Carlander et al. (2011) att den palliativa vården kräver organisering av tid och resurser så att patienten och anhöriga är centrum i vårdandet.

Konklusion

Det framkommer att sjuksköterskan har många upplevelser av att vårda palliativt. De upplever ett behov av att finnas där och vara närvarande för patienten och arbeta med fokus på att patientens och anhörigas önskemål uppfylls. Det palliativa vårdandet innebär även för sjuksköterskan en emotionell påverkan som kan innefattas av både positiva och negativa känslor. Detta kan bero på att sjuksköterskan upplever sig ha bristande kunskap och bristande klinisk erfarenhet av den palliativa vården som gör att sjuksköterskan känner sig otillräcklig gentemot patienten och får svårt att hantera sina känslor. De upplever även att det inte ges tillräckligt med tid och resurser för att kunna bedriva en god palliativ vård.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Att som sjuksköterska känna sig trygg i sin profession och kunna möta existentiella frågor och funderingar är en betydelsefull faktor inom den palliativa vården. Det behövs mer kunskap och klinisk erfarenhet hos sjuksköterskan för att kunna vårda palliativt i livets slutskede samt kunna möta patientens existentiella tankar. ”De 6 S:n” som vårdmodell skulle kunna vara en vägledande hjälp för sjuksköterskan i det palliativa vårdandet av patienter som befinner sig i livets slutskede. ”De 6 S:n” gynnar patientens möjlighet till att känna hälsa trots sjukdom i livets slutskede, detta då patientens självbild och självbestämmande besvaras.

Studiens resultat är av betydelse för att den palliativa vården ska kunna utvecklas till det bättre. Genom denna studie framkommer sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården och det visar att det saknas tillräckligt med kunskap för att kunna bedriva den vård som önskas. Vidare forskning inom området behövs för att tydliggöra vilken kunskap sjuksköterskan är i behov av för att kunna utföra en god palliativ vård utan specialisering inom området. Idag upplevs det saknas kunskap kring den palliativa vården redan i grundutbildningen. Därför skulle vidare forskning inom området kunna göras för att se hur kunskap kring den palliativa vården skulle kunna ingå i sjuksköterskans grundutbildning.

REFERENSER

* Avser artiklar som utgör resultatet

*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. doi:10.1016/j.nedt.2015.11.026

Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2013). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), 211-218. doi:10.1016/j.iccn.2013.12.002

Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B-M., Elmberger, E. & Andershed, B. (2013). Co-creating possibilities for patients in palliative care to reach vital goal- a multiple case study of home-care nursing encounters. *Nursing Inquiry*, 20, 341-351. doi: 10.1111/nin.12022

Brorson, H., Plymoth, H., örmon, K. & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315-323. doi:10.1016/j.pmn.2012.10.005

Carlander, I., Ternestedt, B-M., Sahlberg-Blom,E., Hellström, I. & Sandberg, J. (2011). Four aspects of self-image close to death at home. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 6, 1-14. doi: 10.3402/qhw.v6i2.5931

*Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K. A. & O'Shea, E. (2011). Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal Of Clinical Nursing*, 20, 1824-1833. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03628.

Ciemins, E., Brant, J., Kersten, D., Mullette, E. & Dickerson, D. (2015). A Qualitative Analysis of Patient and Family Perspectives of Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 282-285. doi: 10.1089/jpm.2014.0155

Cipoletta, S. & Oprandi, N. (2014). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studies*, 38, 20-27. doi: 10.1080/07481187.2012.707166

Coulourides kogan, A., Penido, M. & Enguidanos, S. (2015). Does Disclosure of Terminal Prognosis Mean Losing Hope? Insights from Exploring Patient Perspectives on Their Experience of Palliative Care Consultaions. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 1019-1025. doi: 10.1089/jpm.2015.0038

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Efstathiou, N. & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3188-3196. doi: 10.1111/jocn.12565

Friberg, F. (2012a). Att Bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 121-132) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-144) Lund: Studentlitteratur.

*Georges, J., Grypdonck, M. & Dierckx De Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal Of Clinical Nursing*, 11, 785-793. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00654.x

Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot I., Abu-Saad, H, Spreeuwenberg, C. & Widdershoven, G. (2006). What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient Education and Counseling*, 64, 378-386. doi: 10.1016/j.pec.2006.04.008

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

*Hopkinson, J., Hallett, C. & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?. *International Journal Of Nursing Studies*, 42, 125-133.

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköteskor*. Hämtad 14 november, 2016, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

James, I., Andershed, B., Gustavsson, B. & Ternestedt, B-M. (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5, 1-15. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5367

Jeppsson, M. & Thomé, B. (2014). How do nurses in palliative care perceive the concept of self-image? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 454-461

*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*, 21, 2034-2043. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x

*Johnston, B. & Smith, L. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal Of Advanced Nursing*, 54, 700-709. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.68-92). Lund: Studentlitteratur

Klang-Söderkvist, B. & Thorell-Ekstrand, I. (Red.). (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande- en praktisk och teoretisk grundbok*. Harlow: Pearson

Leung, K-K., Tsai, J-S., Cheng, S-Y., Liu, W-J., Chiu, T-T., Wu, C-H. & Chen, C-Y. (2010). Can a Good Death and Quality of Life Be Achieved for Patients with Terminal Cancer in a Palliative Care Unit?. *Journal of Palliative Medicine*, 13, 1433-1438. doi: 10.1089/jpm.2010.0240

*Pattison, N., Carr, S. M., Turnock, C. & Dolan, S. (2013). 'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. *Journal Of Clinical Nursing*, 22, 1442-1454. doi:10.1111/jocn.12095

Pavlish, C. & Ceronsky, L. (2007). Journal club. Oncology nurses' perceptions about palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 34, 793-800. doi:10.1188/07.ONF.793-800

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.31-50). Lund: Studentlitteratur

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal Of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x

Rui-Shuang, Z., Qiao-Hong, G., Feng-Qi, D. & 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. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B-M. & Johansson, J-E. (2000). Patient participation in decision making at the end of life as seen by a close relative. *Nursing Ethics*, 7, 296-313.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Termbanken*. Hämtad 16 februari, 2017, från <http://termbank.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede- Vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och ledning.*(Artikelnr 2013-6-4). Hämtad 14 november, 2016, från, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23, 562-568. doi: 10.1002/pon.3456

Svenska palliativregistret. (u.å.). *Vad bör ett brytpunktssamtal innehålla och när ska det genomföras?* Hämtad 14 november, 2016, från <http://media.palliativ.se/2015/08/Brytpunkt20111.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård.* Hämtad 28 mars, 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I. & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n- En modell för personcentrerad palliativ vård.* Lund: Studentlitteratur.

Trueman, I. & Parker, J. (2006). Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(2), 197-207. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01244.x

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-496). Lund: Studentlitteratur.

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

World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care.* Hämtad 14 november, 2016, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (1948). *WHO Definition of health.* Hämtad 24 november, 2016, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökningshistorik

Databas Datum	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa hela artiklar	Valda artiklar
CINAHL 2017-01-19	Pallia* AND nurse* AND adoles*	År 2000-nu	117	117	5	1	0
CINAHL 2017-01-19	nurse* AND percep* AND pallia*	År 2000-nu Europa	115	115	9	3	2
CINAHL 2017-01-19	nurse* AND pallia* AND experience	År 2000-nu Europa	387	387	24	5	5
CINAHL 2017-01-19	palliative care nurse AND nurses perceptions	År 2000-nu	55	55	20	5	0
CINAHL 2017-01-19	Death AND terminal care AND cope	År 2000-nu Europa	18	18	2	1	1
CINAHL 2017-01-25	Nurse* AND experience AND palliative care AND emotion	År 2000-nu	39	39	5	0	0
CINAHL 2017-01-25	End of life* AND care* AND nurse* AND experience	År 2000-nu Europa	206	206	15	2	1

Bilaga 2. Granskningsmall enligt Friberg (2012a)

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden? Till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Bilaga 3. Översikt analyserade artiklar

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Kvalitets- granskning
Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. <i>Nurse Education Today</i>	<p><i>Syfte:</i> Att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda döende patienter på en kirurgisk avdelning</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska</p>	<p>En beskrivande kvalitativ metod</p> <p>Sex sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p>Sjuksköterskor blev professionellt påverkade och kände sig oförberedda när de skulle möta en döende patient på grund av dålig kunskap kring palliativ vård.</p>	Hög
Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K. A., & O'Shea, E. (2011). Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	<p><i>Syfte:</i> Att utforska sjuksköterskans, undersköterskans och sjukgymnastens perspektiv på vård vid livets slutskede hos äldre patienter vid akuta tillstånd och längre sjukdomstillstånd på Irland.</p> <p><i>Perspektiv:</i> sjuksköterska, undersköterska och sjukgymnast</p>	<p>Grounded Theory</p> <p>33 personer intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p>Det framkommer faktorer som påverkar vård vid livets slutskede. Huvudkategorin som framkommer är "dying well", den influerades av tre faktorer. Kultur och organisation, att känna personen och dess miljö och tillgångar samt livssyner.</p>	Medel

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Kvalitets- granskning
Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	<p><i>Syfte:</i> Att undersöka intensivvårds-sjuksköterskans erfarenhet av att vårda i livets slut skede.</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterskan</p>	Fenomenologi 13 intensivvårds-sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	Resultatet visar att sjuksköterskor ser komfort och värdighet som viktiga delar. Att stödja patient och anhöriga samt att hantera sin känslor är delar som framkommer i resultatet.	Hög
Georges, J., Grypdonck, M., & Dierckx De Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	<p><i>Syfte:</i> Att beskriva sjuksköterskans uppfattning av att vårda palliativt på sjukhus.</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska</p>	Grounded Theory 10 sjuksköterskor observerades och intervjuades. Data analyserades genom memos och kodning.	Två uppfattningar av palliativ vård framkommer, stävan att utveckla ett välorganiserat och meningsfullt bemötande och en strävan att öka patientens välbefinnande.	Medel

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Kvalitets- granskning
Hopkinson, J., Hallett, C., & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?. <i>International Journal of Nursing Studies</i> .	<i>Syfte:</i> Att se hur nyutexaminerade sjuksköterskor upplever det att vårda döende patienter på sjukhus. <i>Perspektiv:</i> sjuksköterska	Fenomenologi 28 sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	Resultatet presenteras i kategorier som utifrån sjuksköterskans upplevelser hjälper dem att vårda den döende patienten	Hög
Johansson, K., & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	<i>Syfte:</i> Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienter palliativt på sjukhus. <i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska	Fenomenologi och hermeneutik Åtta sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna spelades och transkriberades.	I resultatet framkommer sju teman, som visar på sjuksköterskans upplevelse som en fysisk och psykisk del som påverkar vårdandet.	Hög

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Kvalitets- granskning
Johnston, B., & Smith, L. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. <i>Journal of Advanced Nursing.</i>	<p><i>Syfte:</i> Att beskriva sjuksköterskans och patientens uppfattningar av palliativ vård.</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska och patient</p>	<p>Fenomenologi</p> <p>Intervjuer med 22 patienter och 22 sjuksköterskor. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p>Sjuksköterskan upplever kommunikation, relation och fokus på symtom som viktiga aspekter i vårdandet. Det viktigast som lyfts är ett bra och genuint bemötande.</p>	Medel
Pattison, N., Carr, S. M., Turnock, C., & Dolan, S. (2013). 'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	<p><i>Syfte:</i> Att utforska innebörden av vård i livets slutskede för kritiskt sjuka cancer patienter.</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska, patient, anhöriga, läkare</p>	<p>Fenomenologi</p> <p>37 personer intervjuades, dessa var en blandning av sjuksköterskor, läkare, patienter och anhöriga.</p> <p>Intervjuerna analyserades genom en sex-steps process av van Manen's (1990).</p>	<p>Generellt framkommer det att för alla deltagare innebar ett bra vårdande i livets slut, komfort, enskildhet samt värdighet.</p>	Hög

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Kvalitets- granskning
<p>Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i></p>	<p><i>Syfte:</i> Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda svårt sjuk och döende patienter utan speciell utbildning inom palliativ vård.</p> <p><i>Perspektiv:</i> Sjuksköterska</p>	<p>Fenomenologi</p> <p>Nio sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p>Sjuksköterskorna är i behov av mer resurser i form av tid, utvecklad kommunikations och samarbetsförmåga samt att få stöd i vårdandet för en ökad kvalitet.</p>	<p>Hög</p>