

**SJUKSKÖTERSORS
ERFARENHETER VID VÅRD
AV VUXNA I LIVETS
SLUTSKEDE**

En litteraturbaserad studie

**NURSES' EXPERIENCES IN
CARING FOR ADULTS IN END
OF LIFE CARE**

A literature based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad

Grundnivå

15 Högskolepoäng

Höstterminen 2016

Författare: Johan Berggren
Mikael Palmqvist

SAMMANFATTNING

Titel: Sjuksköterskors erfarenheter vid vård av vuxna i livets slutskede.

Författare: Berggren, Johan; Palmqvist, Mikael.

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp

Handledare: Eriksson, Irene.

Examinator: Sahlsten, Monika.

Sidor: 25

Datum: 2016-01-10

Nyckelord: Erfarenhet, Kunskap, Livets slutskede, Palliativ vård, Sjuksköterska.

Bakgrund: Sjuksköterskan arbetar nära vuxna patienter i livets slutskede där försök till läkande behandling gått över till en palliativ behandling. Många av dessa patienter har en komplicerad symtombild som kräver kunskaper i symtomhantering och de har också ofta oro, ångest och funderingar kring existentiella frågor som sjuksköterskan kan behöva hantera.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda vuxna patienter i livets slutskede

Metod: Metoden som valdes var en litteraturbaserad studie grundat på kvalitativ forskning, baserat på tolv vetenskapliga artiklar.

Resultat: Ur analysen framträdde tre kategorier såsom Frustration, skicklig kommunikatör, få till ett nära samarbete med åtta underkategorier.

Slutsats: Sjuksköterskors erfarenheter vid vård i livets slutskede påvisar betydelsen av att relationer mellan patienten, anhöriga och vårdpersonal skapas.

ABSTRACT

Title: Nurses' experience in caring for adults in end of life care.

Author: Berggren, Johan; Palmqvist, Mikael.

Department: School of Health and Education, University of Skövde

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

Supervisor: Eriksson, Irene.

Examiner: Sahlsten, Monika.

Pages: 25

Date: 2016-01-10

Keywords: End-of-life care, experience, knowledge, nurse, palliative care

Background: Nurses work with patients in the palliative context where the hope for a cure is gone and palliative care is initiated. Many patients enrolled in palliative care has several problems and symptoms related to the dying process. Nurses are required to have a good grasp on symptom management and identification. Anxiety regarding existential questions is common among patients during the dying process.

Aim: The aim of this study was to describe nurses' experience of caring for adult patients in the end of life palliative context.

Method: The chosen method was a qualitative literature based study. Data material consisted of twelve qualitative research articles.

Findings: Three categories were identified; frustration, skilled communicator, get close cooperation with eight subcategories. **Conclusion:** Nurses' experience with patients within palliative care shows the need to establish relationship between patients, relatives and nurses.

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Palliativ vård i livets slutskede | 1 |
| Symtom vid palliativ vård vid livets slutskede | 2 |
| Symtombehandling och symtombedömning | 3 |
| Sjuksköterskans funktion och ansvar | 4 |
| Den vårdande relationen | 4 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE | 5 |
| METOD | 5 |
| Urval | 6 |
| Datainsamling | 6 |
| Analys | 9 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| Frustration | 11 |
| Skicklig kommunikatör | 12 |
| Få till nära samarbete | 13 |
| DISKUSSION | 15 |
| Metoddiskussion | 15 |
| Resultatdiskussion | 16 |
| Slutsats | 20 |
| Kliniska implikationer | 20 |
| REFERENSER | 21 |

BILAGOR

- Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitativa artiklar (Friberg, 2012)
- Bilaga 2. Översikt över analyserade vetenskapliga artiklar

INLEDNING

Socialstyrelsen uppger att cirka 80 % av de svenskar som avlider varje år är i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). Internationellt är siffran ungefär densamma och det innebär att många människor i världen behöver palliativ vård (Murtagh, Bausewein, Verne, Groeneveld, Kaloki & Higginson, 2014). Oberoende av om en sjuksköterska har specialistutbildning eller är nyutexaminerad så är vård i livets slutskede en del av arbetet. Det är därför viktigt att sjuksköterskor har goda kunskaper om palliativ vård i livets slutskede. Att vårda dessa patienter kan vara stressande och påfrestande och leda till att sjuksköterskan blir utbränd eller upplever bristande arbetstillfredsställelse (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005). Kunskaper behöver därför utvecklas för att kunna vårda patienter i palliativ vård vid livets slutskede och i denna studie fokuseras sjuksköterskors erfarenheter.

BAKGRUND

Palliativ vård i livets slutskede

Ordet palliativ har sitt ursprung från latinets pallium som betyder mantel. Mantel kan ses som en symbolik för de lindrade åtgärder som den palliativa vården har som mål att ge. Syftet med palliativ vård är således att lindra när det inte går att bota. Palliativ filosofi bygger på en aktiv helhetsvård där målet är att skapa förutsättningar för en god livskvalité för patienten samt dennes närstående (Beck-Friis & Strang, 2005). Palliativ vård innebär att hälso- och sjukvård som bedrivs syftar till att lindra lidande och förbättra livskvaliteten hos patienter när det inte längre finns några utsikter för tillfrisknande utan målet är en symtomfri död. Sjukvårds- och omvårdnadspersonal talar inte längre om att bekämpa sjukdom. Det handlar främst om att hjälpa personen att uppnå bästa möjliga livskvalitet, lindra symptom och att existentiellt stödja personen genom den palliativa processen. Vid palliativ vård erbjuds även särskilt stöd till närstående, såväl innan som efter dödsfall (Socialstyrelsen, 2013).

I en rapport (SOU 2001:6) anges fyra hörnstenar som grund för en välfungerande palliativ vård. Dessa är; kommunikation, samarbete, stöd samt symtomlindring. Kommunikation handlar om kommunikation mellan vårdare och patient samt anhöriga men också mellan olika vårdgivare och andra berörda parter. Patienten har rätt att få information om hälsotillstånd och diagnos och vilka åtgärder som planeras. Det framgår även att patienten inte har någon skyldighet att ta emot information. Genom patientens rätt till information angående sin sjukdom och rätt till att mottaga information så ges en möjlighet för patienten att välja vad och hur mycket denne vill veta och vilken kunskap som kan delas med närstående (SOU 2001:6).

Samarbete mellan olika arbetslag, läkare, sjuksköterskor eller undersköterskor är ett sätt att skapa en tvärprofessionell vård åt patienten (SOU 2001:6). Under de senaste åren har det skett en utveckling av palliativa rådgivnings- eller konsultteam i Sverige. Ofta är dessa team knutna till sjukhus, fristående palliativa enheter eller till landstingens primärvård. Det pågår även

samarbete mellan kommunernas och landstingens team. Palliativa arbetslag arbetar med att utforma behandling och lindring av svåra symtom som smärta, illamående, oro och ångest. Genom utbildning och samarbete stödjer de palliativa enheterna både patienter och vårdpersonal att utveckla kompetens kring symtombedömning och symtomlindring och detta sker i både öppenvård och slutenvård. Stöd till närstående under sjukdomens gång och efter att patienten avlidit är en del av palliativ behandling. Närstående bör erbjudas att delta i vården och själva få stöd under patientens sjukdomstid och även efter dödsfallet. Genom att erbjuda stödsystem och stödåtgärder kan det hjälpa patienten att leva ett så tillfredsställande liv som möjligt, och även hjälpa familjen och närstående att hantera den process som är palliativ vård. Stödsystemen kan idag utgöras av sjukhus- eller primärvårdsanknuten hemsjukvård, palliativa konsult- eller team (SOU 2001:6).

Palliativ vård kan vara i ett tidigt eller sent skede (Glimelius, 2012). I det tidiga skedet kan målet vara att förlänga livet, istället för att försöka bota sjukdomen läggs fokus istället på att förlänga livet och uppehålla livskvaliteten. I det senare skedet, livets slutskede, flyttas fokus till behandling och att den ska vara symtomlindrande. Målet är att patienten ska må så bra som möjligt och förbereda sig på den förestående döden (Glimelius, 2012).

Symtom vid palliativ vård vid livets slutskede

Symtom hos patienter i livets slutskede varierar beroende på sjukdomen men några symtom och problem förekommer i stor utsträckning bland dessa patienter. Ett vanligt problem är smärta. Minst 50 % av de vuxna patienterna som vårdas i ett palliativt skede upplever smärta av olika karaktär och intensitet (Socialstyrelsen, 2013; Hanlon, Perera, Sevic, Rodriguez & Jaffe, 2010; Hendriks, Smalbrugge, Hertogh & van der Steen, 2014). Kvinnor rapporterar högre smärtnivåer än män och yngre patienter (< 60 år) anger högre smärtnivåer än äldre personer. Dock finns det ingen signifikant skillnad mellan patienter med cancer och de som har en annan diagnos (Clark, Smith, Lovell & Currow, 2012). Ett vanligt problem vid smärta i livets slutskede är att den sällan kan lindras helt (Clark et al., 2012). Även om smärta är ett vanligt och komplicerat problem förekommer andra svårhanterbara och för patienten besvärande symtom. Oro, ångest, förvirring och depression är symtom som är vanliga vid livets slutskede (Dahlin, 2014). Detta till följd av den bakomliggande sjukdomen men också på grund av existentiella frågor och läkemedelsbehandling mot exempelvis smärta. Depression var länge ett naturligt skeende hos den döende patienten, depression anses vara en copingmekanism där patienten förbereder sig för döden (Dahlin, 2014). Under senare tid har konsensus skiftat till att depression ska behandlas precis som andra fysiska och psykiska symtom då det kan hindra patientens acceptans och förmåga att förhålla sig till den förestående döden (Dahlin, 2014). Förvirring är ett akut tillstånd som yttrar sig genom att patienten upplever att de är någon annanstans (Hosie, Davidson, Agar, Sanderson & Phillips, 2013). Patienter känner inte igen sina anhöriga eller att de glömmes lätt. Förvirring är ett symtom som är mycket vanligt. Enligt vissa studier förekommer förvirring hos över 50 % av patienterna. Förekomsten av förvirring hos patienter ökar ju närmare döden de är. Förvirring är ett svårbehandlat tillstånd som kan upplevas som mycket svårhanterbart av patienter och anhöriga (Hosie et al, 2013).

I en studie av Hanson et al. (2008) och Hendriks et al. (2014) kan nästan hälften av patienter som vårdas på ett palliativt boende ha symptom för dyspné. Orsaken till dyspné kan vara olika beroende på sjukdomen i sig, komplikationer eller på andra samtidiga sjukdomar (Internetmedicin, 2015). Exempel på sjukdomar och tillstånd som kan orsaka dyspné är cancer, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt eller pneumoni. Oavsett orsak är dyspné ett plågsamt tillstånd som ger upphov till dålig livskvalitet (Internetmedicin, 2015; Hendriks et al, 2014).

Symtombehandling och symtombedömning

Sjuksköterskans uppgifter inkluderar att identifiera, bedöma och behandla de symptom och problem som uppkommer vid livets slutskede. Ett av de primära symtomen vid vård i livets slutskede är smärta. Genom att få kontroll över smärtan med hjälp av farmakologisk och icke-farmakologisk smärtlindring kan patienter uppleva att de återfått en del av sitt forna liv. Patienter kan göra mycket av vad de tidigare gjort, som exempelvis att umgås med familj, släkt och vänner på ett sätt som inte begränsas av smärta (Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid, 2014). Smärtbehandling är en central del i den palliativa vården och består av både farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder riktade mot att lindra smärta hos patienten. De båda metoderna bör kombineras för att maximera smärtlindringen och minska obehaget hos patienten (Coyle, Layman-Goldstein & Hunter-Johnson, 2014; Hanlon et al., 2010; Hendriks et al., 2014). Symtomlindring innebär att svåra symptom som smärta, illamående, kräkningar, oro, ångest, obstipation, matleda lindras och behandlas, samtidigt som patientens integritet och autonomi beaktas (SOU 2001:6). Symtomlindringen innefattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov. För att uppnå adekvat symtomlindring ska patienter ha tillgång till individuellt anpassad och välfungerande symtomlindring genom hela vårdkedjan, oavsett vård- eller boendeform och geografisk förekomst (SOU 2001:6).

Dyspné är ett tillstånd som kan ge försämrad livskvalitet åt patienter i livets slutskede som drabbats av sjukdomen. Olika behandlingstyper för dyspné rekommenderas och återkommande är syrgas samt opioidbehandling. Kombination av fysisk träning och syrgas kan ge minskad dyspné. Användning av opioider mot dyspné kan ge viss lindrande smärtupplevelse och ansträngd andning. I kombination med läkemedel så har coping-tekniker med avslappning visat sig underlätta andning för patienter med dyspné i livets slutskede (Lorenz et al., 2008). Även psykiska symptom som oro, ångest och förvirring bör bedömas och behandlas (Dahlin, 2014). Här finns också farmakologiska och icke-farmakologiska möjligheter att lindra symtomen. En stor del är den icke-farmakologiska behandlingen där samtal, avslappning och reflektion används för att patienten bättre ska kunna hantera ångestattacker eller oro. Detta kan ske informellt som en del av den personliga vården men också formellt med tid avsatt för just detta och i vissa fall med andra yrkeskategorier som präster, kuratorer och psykologer (Dahlin, 2014).

Symtombedömning görs för att bedöma karaktären eller svårigheten av ett symptom. Bedömning av smärta kan göras genom att strukturerat fråga patienten om var denne har ont, karaktären på smärtan, när smärtan uppkommer och om något förvärrar eller förbättrar smärtan. Bäst resultat nås om en sådan bedömning görs flera gånger över tid för att kartlägga

hur smärtan förvärras eller förbättras. Genom detta kan bättre symtomlindring uppnås (Coyle et al., 2014). Förvirring är ett symptom som inte sällan kan vara svårt att upptäcka. För att underlätta detta och för att kunna behandla och lindra förvirringen är det viktigt att bedöma hur patienten påverkas. Det finns ett flertal enkla och tillförlitliga instrument för att bedöma hur påverkad en patient är av förvirring. Dessa instrument kan användas av sjuksköterskor i det dagliga vårdarbetet (Leonard et al., 2014)

Sjuksköterskans funktion och ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska hälso- och sjukvården leda till en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Människors lika värde och den enskilda individens värdighet ska respekteras, och de som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde (SFS 1982:763). Vården ska bygga på respekt för individens självbestämmande, integritet, tillgodose individens behov av kontinuitet och säkerhet samt vara av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska vara lättillgänglig samtidigt som den ska främja goda kontakter mellan vårdpersonal och patienter (SFS 1982:763). I sjuksköterskans ansvarsområde ingår att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa och lindra lidande samt att ge patienten ett värdigt slut på livet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt som innebär att genom samarbete ta till vara på arbetslagets kunskaper och erfarenheter för att arbeta mot en helhetssyn emot patienten. Sjuksköterskan ska ta vara på patientens integritet, autonomi och värdighet på ett respektfullt sätt och det ska genomsyra sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskan ska bemöta närstående och patienten med respekt och öppenhet, samtidigt föra deras vilja, och göra dem delaktiga i vården (Socialstyrelsen, 2005).

Den vårdande relationen

En vårdande relation är en samverkan mellan patient och sjuksköterska som syftar till att hjälpa patienten (Eriksson, 2004). En vårdande relation är kärnan i en vårdssituation och möjliggör patientens delaktighet i sin egen vård, där hälsa är en pågående process hos den enskilde patienten (Eriksson, 2004). Den vårdande relationen kan också beskrivas som ett möte mellan patient och sjuksköterska, båda medverkar i vården för att uppnå olika mål. Sjuksköterskan ska ha ambitionen att forma en vårdande relation. Patienten ska ha ambitionen att bevara sin värdighet och reducera sin sårbarhet i utsatta situationer i vården (Berg, 2006). Ett gemensamt och omsorgsfullt närmande skapar förutsättningar att realisera en helhetssyn i omvårdnaden som kan leda till en gemenskap och uppskattning. Vårdande relation kan ses som ett fenomen för helhetsförståelsen och tolkas som ett samspel mellan frustration, drivkraft och ett gemensamt omsorgsfullt närmande, detta kan ses som en balansgång mellan sårbarhet och värdighet. Situationer i vården med patienters och sjuksköterskors bidrag, skapar villkor för en vårdande relation att uppstå i daglig omvårdnad (Berg, 2006). Peplau (1991) beskriver att ett initialt möte mellan patienten och sjuksköterskan är väsentligt för att närma sig varandra. Mötets innebörd är att skapa en förförståelse för varandras inställning och tolkning för varandras tankar och den rådande situationen (Peplau, 1991).

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anges att goda kontakter mellan patient och vårdpersonal främjas, att tillgodose patientens behov av kontinuitet i vården samt att patientens integritet och självbestämmande respekteras. Patienter i livets slutskede ser det som viktigt att en relation som bygger på ömsesidig respekt och tillit etableras och uppehålls med vårdpersonalen. Den vårdande relationen kan innebära att patienter kan öppna sig och tala om sina problem med sjuksköterskan. Denna relation och de diskussioner som förs inom ramen för den kan vara en anledning till att fortsätta kämpa (Mok & Chiu, 2004).

PROBLEMFORMULERING

Palliativ vård av vuxna är en vanlig och komplex arbetsuppgift som sjuksköterskor ställs inför. För att kunna tillgodose patienters behov av palliativ vård förutsätts att en sjuksköterska fördjupar sina kunskaper där helhetsperspektiv av såväl patientens som anhörigas fysiska, psykiska, psykosociala och existentiella behov beaktas och integreras. Inom palliativ vård har sjuksköterskor stort ansvar när det gäller att använda adekvata omvårdnadsåtgärder. Tidigare studier visar dock att sjuksköterskor upplever etiska, moraliska, emotionella och kommunikativa svårigheter vid vård i livets slutskede. För att kunna tillgodose dessa patienters behov behövs adekvata kunskaper och här fokuseras sjuksköterskors erfarenheter.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda vuxna patienter i livets slutskede.

METOD

Metoden som valdes var en litteraturbaserad studie med kvalitativ ansats beskriven av Friberg (2012). En litteraturbaserad studie syftar till att sammanställa tidigare forskningsresultat som publicerats i vetenskaplig litteratur för att uppnå en sammantagen bild av forskningsläget på ett visst område. Detta görs genom att resultatet från flera vetenskapliga artiklar sammanställs och analyseras för att skapa en större kunskap kring ämnet. Den nya helheten kan vara vägledande för praktiskt vårdarbete (Friberg, 2012). Ansatsen är kvalitativ och genom detta kan erfarenheter, känslor och upplevelser beskrivas för att fördjupa förståelse för hur människor upplever och beskriver händelser, situationer och förväntningar (Friberg, 2012).

Urval

Urvalet bestod av vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Inklusionskriterier som användes var artiklar publicerade på engelska i vetenskapliga tidskrifter, under perioden 2005-2015. Artiklarna skulle vara granskade enligt peer-review. Exklusionskriterier var artiklar som enbart behandlade sjuksköterskor med specialistutbildning eller patienters erfarenheter då syftet var att belysa grundutbildade sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i livets slutskede.

Datansamling

Datansamlingen gjordes genom sökningar i databaser för vetenskapliga tidskrifter för hälso- och sjukvård samt omvårdnad. Databaser som använts var CINAHL, Cochrane och PUBMED. Primära sökord var palliativ*, nurs*, experienc* och perceptio* i olika kombinationer och med olika booleska sökoperatörer som OR och AND. Avgränsningar gjordes också med NOT "student" och NOT "specialist" för att få fram grundutbildade sjuksköterskors erfarenhet. Artiklarnas titlar lästes av författarna och utifrån detta valdes abstract som ansågs relevanta för syftet. Slutligen valdes artiklar ut för att läsas i fulltext. Artiklar som ansågs relevanta granskades enligt en granskningsmall beskriven av Friberg (2012) för bedömning och säkerställa kvaliteten av artiklarna med kvalitativ metod (bilaga 1). Artiklarna granskades utifrån olika frågeställningar för att besvara; Vilken metod och om den var tydligt beskriven, vad som framgick i resultatet samt vilka slutsatser som drogs av detta. Efter detta gjordes en kort summering av varje enskild artikel, därefter fördes en diskussion om artikeln skulle inkluderas eller ej. Totalt kom 12 kvalitativa artiklar att ingå i studien.

Tabell 1. Sökhistorik och översikt över använda sökord, antal träffar och utvalda artiklar.

| Datum | 150827 | | |
|------------------|---|------------------|-----------------|
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Nurse* AND palliative* AND (experience* OR perception*) AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016) NOT child* NOT adolescent) NOT student* NOT specialist* 2005-2015 | | |
| Träffar | 565 | 0 | 80 |
| Lästa abstract | 113 | 0 | 80 |
| Lästa artiklar | 10 | 0 | 4 |
| Utvalda artiklar | 5 | 0 | 0 |

| | | | |
|------------------|---|-------------------------|------------------------|
| | | | |
| Datum | 150828 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Nurse* AND palliative* AND pain* AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016) | | |
| Träffar | 242 | 109 | 75 |
| Lästa abstract | 48 | 109 | 75 |
| Lästa artiklar | 7 | 0 | 2 |
| Utvalda artiklar | 1 | 0 | 0 |
| Datum | 150901 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Nurse* AND palliative* AND pain* | | |
| Träffar | 379 | 254 | 527 |
| Lästa abstract | 26 | 195 | 100 |
| Lästa artiklar | 3 | 5 | 3 |
| Utvalda artiklar | 0 | 0 | 1 |

| | | | |
|----------------|--|-------------------------|------------------------|
| Datum | 150924 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Nurse* AND palliative* AND experience AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016) NOT child* NOT adolescent) NOT student* NOT specialist* 2005-2015 | | |
| Träffar | 425 | 0 | 57 |
| Lästa abstract | 85 | 0 | 57 |

| | | | |
|------------------|---|-------------------------|------------------------|
| Lästa artiklar | 2 | 0 | 1 |
| Utvalda artiklar | 1 | 0 | 0 |
| Datum | 150928 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Palliative care AND nurs* AND experience AND end of life AND knowledge | | |
| Träffar | 65 | 104 | 64 |
| Lästa abstract | 65 | 104 | 64 |
| Lästa artiklar | 3 | 3 | 3 |
| Utvalda artiklar | 1 | 0 | 0 |
| Datum | 150929 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | Nurse* AND palliative* AND experience AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016) NOT child* NOT adolescent) NOT student* NOT specialist* | | |
| Träffar | 377 | 0 | 47 |
| Lästa abstract | 75 | 0 | 47 |
| Lästa artiklar | 5 | 0 | 0 |
| Utvalda artiklar | 1 | 0 | 0 |
| Datum | 151001 | | |
| Databas | Cinahl | Cochrane Library | Medline (EBSCO) |
| Sökord | palliative care AND nurs* AND experience | | |
| Träffar | 807 | 58 | 916 |
| Lästa abstract | 200 | 2 | 150 |
| Lästa artiklar | 5 | 0 | 8 |

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| Utvalda artiklar | 3 | 0 | 0 |
|------------------|---|---|---|

Analys

Det insamlade materialet analyserades enligt en fem-stegsmodell beskriven av Friberg (2012). Analys av kvalitativ forskning innebär en rörelse från studiernas helhet till delar som sätts ihop till en ny helhet vilket utgjorde resultatet för denna litteraturstudie. Materialet lästes först igenom flera gånger för att få en känsla för helheten och innebörden i artiklarna samt för att bekanta sig med datamaterialet. Fokus lades på artiklarnas resultat för denna litteraturstudie utifrån syftet. Nyckelfynd identifierades och sammanställdes. En färgkodad schematisk översikt gjordes för att lätt få en överblick över varje studies resultat. Resultaten i artiklarna jämfördes och likheter och skillnader identifierades och fördes samman. Likheter sammanfördes och grupperades för att forma subkategorier och kategorier. Totalt identifierades tre kategorier och åtta underkategorier.

Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2011) är det grundläggande i forskningsarbetet att vara ärlig med sina resultat. Forskningsprocessen får inte felaktigt återges, data får inte förvrängas, plagieras eller framställas som eget. Inkluderade artiklar är etiskt granskade och samtycke eller etiskt godkännande har inhämtats för dessa. Detta säkerställer att resultatet är forskningsetiskt acceptabelt (Vetenskapsrådet, 2011). Författarnas förförståelse har observerats för att undvika att den färgar resultatet och resultatet har redovisats sanningsenligt. Referenser har återgetts på ett korrekt sätt både i referenslista och i texten för att tydliggöra informationens ursprung. Korrekt referenshantering och korrekt redovisning av metod visar på kunskap om etik i forskning vilket stärker trovärdigheten (Kjellström, 2012).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framkom tre huvudkategorier och åtta underkategorier (se tabell 2).

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier som har framkommit ur analysen av datamaterialet

| Kategori | Underkategori |
|------------------------|--|
| Frustration | Otillräcklig läkemedelsordination |
| | Brist på tillit till sjuksköterskans kunskaper |
| | Olika synsätt vid etiska dilemman |
| God kommunikatör | Behärska samtalets metoder |
| | Att föra en ständig dialog med anhöriga |
| | Att skapa en god kontakt |
| Få till nära samarbete | Främja anhörigas delaktighet i vården |
| | Koordinera och samordna patienters vård |

Frustration

Otillräcklig läkemedelsordination

Sjuksköterskor beskriver frustration i vården av patienter i livets slutskede när de inte kan hjälpa patienten med symtomlindring på grund av yttre omständigheter. En yttre omständighet som beskrivs är enligt sjuksköterskorna att inga läkemedelsordinationer finns eller att de som finns bedöms som otillräckliga. Detta leder till otillräcklig symtomlindring för patienterna. Detta beskrivs främst relaterat till smärtlindrande behandling (Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva & Berggren, 2010; Brorson, Plymoth, Örmon & Bolmsjö, 2014). Sjuksköterskor beskriver att även om det finns många olika sätt att lindra smärta så upplever de att det i vissa fall inte går att smärtlindra på ett adekvat sätt. Vissa patienter dör med smärta vilket kan ge en känsla av sorg hos sjuksköterskor (Soden, Ali, Alloway, Barclay, Perkins & Barker, 2009; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskor är skeptiska till introduktion av nya typer av smärtlindrande läkemedel. De anser att om det finns fungerande smärtlindring ska denna inte förändras i onödan i det palliativa skedet. Att ändra på ett fungerande koncept kan leda till ett lidande för patienten (Soden et al., 2009).

Brist på tillit till sjuksköterskans kunskaper

Sjuksköterskor beskriver att deras kunskap och erfarenhet om patienten inte alltid tas tillvara vilket leder till en känsla av frustration. Sjuksköterskorna anser sig kunna hjälpa patienten men tillåts inte göra det av ansvarig läkare. Sjuksköterskor anger även att anhöriga inte litar på att sjuksköterskan är kunnig och kompetent att hantera patientens behov av symtomlindring och stöd (Karlsson et al.; Törnquist Andersson & Edberg, 2013; Brorson et al., 2014). Sjuksköterskor anser sig dock vara tillräckligt erfarna och kunniga inom områden som exempelvis smärtlindring för att kunna ge adekvat information och synpunkter på symtombehandling för vuxna patienter i livets slutskede (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskor kan anse att de behöver förhandla med läkare för att driva patientens åsikter eller för att kunna få fram vad sjuksköterskan anser som korrekt behandling för patienter i palliativ vård i livets slutskede (Brorson et al., 2014; Pattison, Carr, Turnock & Dolan, 2013).

Olika synsätt vid etiska dilemman

Sjuksköterskor inom den palliativa vården av vuxna uppger att de ställs inför etiska dilemman. Som beskrivs är då läkare har fokuserat sin vård på att hålla patienten vid liv och där läkaren skriver ut infusioner, antibiotika och blodtransfusioner istället för att lindra smärta och ångest. Sådana situationer kan innebära konflikter mellan läkares och sjuksköterskans syn på vad palliativ vård innebär (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskor beskriver otillräckligt med tid och stress som riskfaktorer för dåligt bemötande och felbehandlingar och därmed svårighet att upprätthålla en patientsäker vård. När tiden inte räcker till kan prioriteringar innebära ett dilemma för sjuksköterskan som måste besluta om vad som är viktigast (Wallerstedt et al., 2007). Inom palliativ vård kan dilemman vara svåra att hantera. Sjuksköterskor menar att

palliativ vård i livets slutskede ska lindra smärta snarare än att förlänga livet. De uppger också att smärtlindring kan innebära komplexa etiska dilemman som att smärtlindring kan leda till för tidig död. Även höga doser av smärtlindring där patienten blir i det närmaste nedsövd anges som ett dilemma, smärtan kan lindras men patienten kan bli okontaktbar eller förvirrad (Brorson et al., 2014).

Skicklig kommunikatör

Behärska samtalets metoder

Sjuksköterskor beskriver att samtalet är en viktig och central del i vården av patienter i livets slutskede. Sjuksköterskor upplever dock samtal som tidvis svårt och obekvämt (Waldrop & Kirkendall, 2009; Wallerstedt et al., 2007). För att underlätta samtalet mellan patienter, anhöriga och inom arbetslaget tillämpar sjuksköterskor olika metoder för att minska risken för missuppfattningar. Dessa metoder är aktivt lyssnande, använda öppna frågor, återspegla och att använda humor när det är lämpligt och undvika laddade ord (Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-johansson, 2014). Sjuksköterskor uppger att det kan vara svårt att kommunicera med patienter med kognitiv svikt eftersom dessa ofta har kommunikationsproblem och det kräver att sjuksköterskor anpassar sin kommunikation för att möta patienten (Brorson et al., 2014). Genom att ge god tillgång till tid, tillräckligt med personal och ostörda platser kan sjuksköterskorna tillsammans reflektera och diskutera arbetsrelaterade frågor som kan uppstå (Strang et al., 2014)

Att föra en ständig dialog med anhöriga

Att tala med anhöriga upplevs av sjuksköterskor som en viktig del i vården av en patient i livets slutskede. Att finnas för och tala med anhöriga, trösta eller informera ses som betydelsefullt i sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskor uppger att det är en ära att få förtroende från anhöriga att diskutera och tala om känslor och frågor kring hur situationen upplevs. Det ger sjuksköterskor en meningsfullhet i arbetet (Arbour & Wiegand, 2014; Strang et al., 2014). För att underlätta för dialogen anhöriga emellan, och mellan anhöriga och patient samt vårdpersonal, kan sjuksköterskor se sig själva som en bro mellan alla dessa parter. Sjuksköterskan kan stimulera, stödja och uppmuntra familjer att tala med varandra och vara öppna mot varandra. Sjuksköterskan kan fungera som en medlare mellan anhöriga och patient och möjliggöra att alla inblandade kan få fram det de vill säga (Strang et al., 2014). Konflikter i samband med kommunikationen med anhöriga kan leda till oro för sjuksköterskan och olika åsikter i arbetslaget om hur anhöriga ska hanteras kan leda till konflikter inom arbetslaget (Karlsson et al., 2010).

Att skapa en god kontakt

För att uppnå en god kontakt mellan patient och sjuksköterska krävs enligt sjuksköterskor närvaro och ärlighet. Att vara sanningsenlig och ärlig mot patienten är i sjuksköterskors erfarenhet betydelsefullt för att kunna ge en god och säker vård för patienter i livets slutskede. Det ses som ett krav för att kunna skapa och upprätthålla en god vårdrelation (Strang et al., 2014; Simon, Ramsenthaler, Bausewein, Krischke & Geiss, 2009). För att kunna uppnå en god kontakt behövs ett gemensamt språk mellan patient och sjuksköterska och uttryck som att "bara vara där", "inte överge patienten" och "fokusera på patienten" beskrivs som viktiga. Denna relation kan leda till att sjuksköterskan identifierar sig med patienten, vilket beskrivs som positivt och negativt. Detta kan upplevas som särskilt utmanande då sjuksköterskor kan hamna i tankar om att "det kunde varit jag" i situationen som patienten befinner sig i. För nyexaminerade sjuksköterskor kan detta upplevas som svårt att hantera. De kan uppleva att det är jobbigt att lyssna på patienter som vill diskutera eller har existentiella frågor då de inte upplever sig rustade för att möta patienten i detta (Strang et al., 2014; Waldrop & Kirkendall, 2009). Att vara autentisk i sitt bemötande anges som en viktig del i mötet med patienten. Att vara autentisk innebär för sjuksköterskor att vara öppna för patientens önskemål och att vara ärlig i sitt bemötande (Simon et al., 2009). Sjuksköterskor beskriver att de känner sig undermåligt utbildade inom kommunikation med patienter som har existentiella frågor (Strang et al., 2014).

Få till nära samarbete

Främja anhörigas delaktighet i vården

Genom att utnyttja utbildning och stöd från kollegor så kan sjuksköterskan tillhandahålla nödvändig information till anhöriga, föra deras talan och göra dem mer delaktiga i patientens vård (Arbour & Wiegand, 2014; Strang et al., 2014; Silva & Lima, 2014). Genom att försöka underlätta anhörigas delaktighet i vården av en patient i livets slutskede, exempelvis genom att informera, stödja eller utbilda anhöriga, kan sjuksköterskan bidra till att positiva minnen och upplevelser kan äga rum för anhöriga (Arbour & Wiegand, 2013). Sjuksköterskor kan också se anhöriga som en del av vårdteamet snarare än som utomstående betraktare. I detta fall kan anhöriga bidra i omvårdnadssituationer både praktiskt och med information och kunskap om patienten och dennes livshistoria. Detta anses av sjuksköterskorna som positivt för patienten, vårdpersonal och anhöriga (Silva & Lima, 2014). För att uppmuntra anhöriga till delaktighet och närvaro hos patienten anser sjuksköterskor att det är viktigt att minska på medicinteknisk utrustning som är synlig vid anhörigas besök, hålla patienten ren och se till att patienten har det så behagligt som möjligt. Syftet med detta är att ge anhöriga en bild av patienten och vårdssituationen som inte skrämmer eller väcker obehag (Arbour & Wiegand 2013).

Koordinera och samordna patienters vård

Rollen som koordinator för patientens vård beskrivs av sjuksköterskor i kommunal verksamhet som att samordna och koordinera insatser med andra instanser och yrkesgrupper för att uppnå bästa möjliga resultat för patienten. Dessa sjuksköterskor anser sig ha stor

erfarenhet av att samordna och koordinera insatser tillsammans med läkare i primärvård och sjukhusets avdelningar (Törnquist et al., 2013; Waldrop, & Kirkendall, 2009). Detta beskrivs ibland som problematiskt, särskilt när personal från sjukhusets avdelningar upplevs fokusera på behandling som syftar till läkning snarare än palliativ vård i livets slutskede (Törnquist et al., 2013). Sjuksköterskor beskriver hur de har erfarenhet av att ta på sig eller få rollen som företrädare för patienten och dennes vilja i förhållande till sjukvården, andra myndigheter och anhöriga till patienten. Detta i syfte att föra fram patientens önskningar, frågor och synpunkter i en situation där patienten är utsatt (Arbour och Wiegand, 2014). Johnson, Singer, Masso, Sellars och Silvester (2015) menar att när patientens önskningar finns dokumenterade upplever sjuksköterskor att det finns en starkare grund för att föra fram patientens vilja och önskningar. Detta leder även till att anhöriga har lättare att känna sig bekväma med situationen då patienten var delaktig i besluten om den fortsatta omvårdnaden. Detta ger även en trygghet för sjuksköterskor och annan vårdpersonal då det är klart vilken riktning patienten önskar (Johnson et al., 2015)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenhet av att vårda vuxna patienter i livets slutskede. För att uppnå detta valdes en kvalitativ metod, detta ansågs relevant då denna typ av översikt lämpar sig väl för att beskriva och studera erfarenheter (Friberg, 2012). Ett annat alternativ hade kunnat vara att göra en intervjustudie. Nackdelar med intervjuer som datainsamlingsmetod var att datainsamlingen kunde påverkas av oerfarenhet som fanns hos intervjuaren. Fördelen med en intervjubaserad studie är att frågor kan konstrueras för att studera ett smalare område och att kunna få direktkontakt och levande dialog med informanterna. Informanterna kan ge en direkt respons och få berätta, beskriva och komplettera sina svar öppet. Denna möjlighet saknas vid litteraturbaserad studie och detta innebär att artikelförfattarnas frågeställningar och eventuella följdfrågor är de enda som kan analyseras. Trots intervjumetodens fördelar valdes istället en litteraturbaserad studie eftersom den anses bättre lämpad för arbetets tidsaspekt. Sökningen av artiklar gjordes i databaserna CINAHL, Cochrane och MEDLINE. Genom att använda flera olika databaser stärks studiens trovärdighet (Henricson, 2012). Innan arbetet med sökningarna påbörjades togs kontakt med^[E1] en bibliotekarie med god vana av att söka artiklar på omvårdnadsområdet. Bibliotekarien hjälpte till med förslag på ämnesordlistor att använda och förslag på olika sökord att använda till sökningarna samt med att utforma placering av operatörer. Sökningar gjordes med många olika kombinationer av sökord, exempelvis *nurs** med trunkering då detta gör att sökordet kan ses som mer omfattande än om enbart exempelvis "nurses" använts. Andra sökord var *palliative**, *NOT student**, *NOT specialist** och *(experience* OR perception*)*. Analys av kvalitativ forskning kan enligt Friberg (2012) ses som att gå mellan helhet hos enskilda artiklar till att skapa en ny helhet vilket blir resultatet. För att öka trovärdigheten hos analysen gjordes denna med noggrannhet och både enskilt och tillsammans. Denna dialog ökar trovärdigheten och giltigheten i det slutgiltiga resultatet (Wallengren & Henricson, 2012).

Sökorden anses relevanta för studiens syfte och genererar överkomligt antal kvalitativa artiklar. Kriterierna för kvalitetsgranskningen (bilaga 1) baseras utifrån Fribergs (2012) granskningsmall av kvalitativa artiklar. Vald litteratur publicerades mellan perioden 2005 – 2015. Studien fokuserar på aktuell forskning och artiklar valdes utan hänsyn till landet det gjorts i för att få en internationell bredd och därmed öka överförbarheten mellan olika länder och kultursfärer. En viss förförståelse för hur sjuksköterskor erfar palliativ vård i livets slutskede fanns. Att beskriva och vara medveten om denna förförståelse ökar trovärdigheten och pålitligheten av resultatet (Wallengren & Henricson, 2012). Författarna till litteraturbaserade studien har personliga erfarenheter av vuxna patienter i livets slutskede, både som anhöriga och inom vårddyrket. Förförståelse, som erfarenheter och förväntningar skrevs ner innan arbetet påbörjades. Henricson (2012) menar att förförståelse för ämnet kan påverka resultatet. För att minska förförståelsens påverkan diskuterades den fortlöpande under analysens gång. Att beskriva och vara medveten om denna förförståelse ökar trovärdigheten och pålitligheten av resultatet (Wallengren & Henricson, 2012). Överförbarhet innebär att

resultatet kan överföras till en annan situationer och kontext, exempelvis geografiskt (Wallengren & Henricson, 2012). Studien kan vara överförbar till vårdssituationer där det förekommer vård i livets slutskede, exempelvis primärvården, landstingsvård eller särskilda boenden. Resultatet kan även vara överförbart till olika länder. Detta är upp till läsaren att bedöma.

Utvalda artiklar diskuterades gällande innehåll och möjliga alternativa betydelser till ord och meningar i artiklarna söktes för att stärka att uppfattningen var korrekt. Trots detta finns det risk att missförstånd eller missuppfattningar uppkommer vid studie av artiklar på annat språk än modersmålet. Artiklar skrivna på andra språk än engelska exkluderades då dessa inte kunde läsas i sin ursprungsform och en maskinell översättning ansågs vara alltför otillförlitlig på grund av risken för missförstånd och olika betydelser av samma ord. Mängden artiklar som var skrivna på annat språk än engelska var med sökorden som valts försumbar. Att hela arbetet utfördes av två författare som diskuterat och reflekterat över varje steg kan öka trovärdigheten (Henricsson, 2012). Kvalitetsgranskningen gjordes enskilt och tillsammans med hjälp av Fribergs (2012) modell av granskningsfrågor och artiklarna som valdes ut höll enligt denna mall tillräckligt god kvalitet (Bilaga 1). Denna granskningsmall ansågs lämplig för området då den uppfattades som tydlig, lättanvänd och vanligt förekommande. Därför valdes denna granskningsmall framför andra granskningsmallar med liknande inriktning.

Resultatdiskussion

Resultatet som framgick i studien visar tre kategorier; Frustration, god kommunikatör och få till nära samarbete, med åtta underkategorier.

Av resultaten framkommer frustration som upplevs av sjuksköterskor i samband med vård i livets slutskede. Att läkemedelsordinationer är otillräckliga innebär att patienten inte kan symtomlindras och detta anses som merarbete för sjuksköterskan för att erhålla dessa ordinationer, tid som tas från patientkontakt och kontakt med anhöriga. Frustrationen kan i värsta fall innebära att bemötandet av patienter och anhöriga som redan befinner sig i en utsatt situation blir lidande vilket kan medföra problem med tilliten till både sjuksköterskan och vårdorganisationen. Då palliativ vård i livets slutskede har som huvudfokus att lindra symtom (Beck-Friis & Strang, 2005) var resultaten överraskande då otillräckliga läkemedelsordinationer kan få till följd att patienter tvingas stå ut med svåra symtom under längre tid än nödvändigt på grund av vad som enbart kan sägas vara administrativa och kommunikativa svårigheter hos vårdpersonalen. En möjlig förklaring är stress och bristande kommunikation mellan ordinerande läkare och sjuksköterska. van Niekerk och Martin (2003) menar att ett stort hinder för korrekt behandling är att läkare och sjuksköterskor samarbetar dåligt kring behandlingen, läkaren är i många fall ovillig att lyssna till sjuksköterskans förslag och åsikter.

Resultaten tydliggör att brist på tillit till sjuksköterskans kunskaper finns hos både läkare, patienter och anhöriga. Kunskap och erfarenhet finns hos sjuksköterskor men den tas inte alltid tillvara eller accepteras av anhöriga, patient eller läkare. Det är anmärkningsvärt att

sjuksköterskor anger att de får förhandla med eller föra patientens talan inför läkare och anhöriga angående patientens vilja. Särskilt problematiskt kan det bli när läkare och sjuksköterskor inte kommer överens. Sjuksköterskor vill ha en arbetsmiljö genomsyrad av respekt från läkare. Läkaren ska erkänna betydelsen av sjuksköterskans roll i vårdssituationen/vårdlaget. Det är viktigt att skilja på när läkaren tar ett beslut som går emot sjuksköterskans åsikter av medicinska skäl och när det handlar om att det brister i kommunikationen mellan dem och det inte alltid handlar om att vara mindre tillmötesgående (Rosenstein, 2002). Att vårdpersonal går emot patientens vilja eller försöker tvinga på en viss behandling står i kontrast med Patientlagen (SFS 2014:821) som anger att vård ska genomföras med respekt för patientens självbestämmande. Sjuksköterskan kan få göra sig till språkrör för patienten i livets slutskede som kanske inte orkar eller kan driva sin egen sak. Detta kan leda till problem i situationer där sjuksköterskan inte kan göra detta eller inte uppmärksammar problemet. Risk finns då att patienten är utlämnad till vad andra anser är rätt för denne. En anledning till att dessa situationer uppstår kan vara att patienten eller anhöriga har bristande kunskap i vilka lagar och förordningar som gäller samt vilka rättigheter patienten har. Att sjuksköterskan upplever att läkare inte tar tillvara på sjuksköterskan kunskap eller erfarenhet kan bero på att läkaren ser sin kunskap som mer viktig eller betydelsefull.

Frustration kan också uppstå när olika synsätt vid etiska dilemman finns. Att inte ha tillräckligt med tid kan innebära en riskfaktor för ett dåligt bemötande och felbehandling eller att sjuksköterskan upplever rädsla för att smärtlindrande behandling kan leda till för tidig död av patienten. Brist på tid kan försvåra uppbyggandet av en vårdande relation, när tiden är begränsad behöver sjuksköterskan under korta möten med patienten försöka skapa en välfungerande vårdande relation vilket kan vara svårt och upplevas som stressfyllt (Berg & Danielson, 2007). Att sjuksköterskeutbildningen inte överensstämmer med verkligheten (Berg & Danielson, 2007) kan medföra att nyexaminerade sjuksköterskor har en dålig grund för att forma vårdande relationer med patienter. Detta i kombination med den brist på tid skulle kunna innebära att sådana relationer inte får chansen att äga rum.

Sjuksköterskor har ett ansvar att säkerställa patientsäkerheten och olika prioriteringar kan äventyra denna. Av resultaten framkommer vissa specifika exempel på vad som är ett etiskt dilemma. Att olika synsätt förekommer kan ha konsekvenser för patienten och anhöriga. Ett exempel på detta är om läkare sätter in läkemedel som syftar till att hålla patienten vid liv kan detta ge hopp om tillfrisknande, ett hopp som inte är realistiskt. Upplevelsen av etiska dilemman bland sjuksköterskor kan upplevas olika då varje patient som behandlas ska ses som en egen individ och vårdssituationerna är olika varandra. Sjuksköterskor kan använda olika former av verktyg för att välja vilken väg som ska användas vid etiska dilemman (Tarzian & Kennedy Schwartz, 2014). Det kan handla om etiska skolor som konsekvensetik där konsekvenserna av en handling avgör hur sjuksköterskan bör handla. Beslut kan också utgå från autonomiprincipen där patientens självbestämmande går först. Detta kan underlätta för sjuksköterskan att välja vid etiska dilemman (Tarzian & Kennedy Schwartz, 2014).

Ett öppet diskussionsklimat och möjlighet till stöd anses vara betydelsefullt för att undvika frustration och slutligen utbrändhet i vården av patienter i livets slutskede (Witt Sherman, Matzo & Metheny, 2014). Frustration för sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård av

vuxna ses oftast som något negativt, men det kan också leda till positiv utveckling och stärka sjuksköterskan i sin roll och därigenom även stärka vårdlaget. Att försöka hitta kompromisser för att lösa situationer där olika personer, exempelvis andra i vårdlaget eller patientens anhöriga, är oense kring hur vården ska fortskrida, kan minska frustrationen och otillräckligheten som upplevs av vårdpersonal (Witt Sherman et al., 2014). Att sjuksköterskor ges möjlighet att hantera frustration och känslor av otillräcklighet anses som avgörande för att sjuksköterskor ska kunna ge en god vård och för att förhindra utbrändhet.

Av resultaten framgår att vara skicklig kommunikator förutsätts för sjuksköterskor vid vård av patienter i livets slutskede. Sjuksköterskor använder ett flertal olika metoder för att kommunicera med patienter i livets slutskede. Sjuksköterskor kan uppleva samtal med dessa patienter som svårt och obekvämt. För att hantera dessa svåra situationer så använder sjuksköterskorna kroppsspråk, ansiktsuttryck och annan icke-verbal kommunikation. Genom att använda dessa olika tekniker och metoder så kan sjuksköterskan hantera komplexa vårdssituationer (Berglund, Holst & Sparrman, 2003; Malloy, Virani, Kelly & Munévar, 2010). Genom att använda dessa metoder kan sjuksköterskan få ett stöd i sin kommunikation med patienter i livets slutskede och forma en vårdande relation tillsammans med patienten. Detta kan ge en ökad arbetstillfredsställelse. Eide och Eide (2009) samt Jones och Cutcliffe (2009) framhåller betydelsen av aktivt lyssnande, vilket kan skapa ett behov av reflektion hos sjuksköterskor. Aktivt lyssnande kan öka möjligheten att ge en god omvårdnad (Eide & Eide, 2009). Det kan även innebära en risk att missbruka situationen, genom att patienten uppmuntras att lämna ut mer än vad som önskas. Detta kan göra att patienten känner sig kränkt eller sårad. En medvetenhet om denna destruktiva potential i kommunikationsfärdigheten, kan bidra till att minska risken för övertramp. Behovet av etisk reflektion ökar med ökade kommunikativa färdigheter (Eide & Eide, 2009).

Varje sjuksköterska kan anses ha ett eget ansvar för att reflektera över sitt sätt att vara och handla och sin lämplighet för yrket. Utöver det personliga ansvaret är det sannolikt att reflektion och handledning i grupp både kan utveckla kommunikativa färdigheter och vara en hjälp för att bearbeta svåra situationer. Det torde kunna vara av stort värde att få ta del av och bära med sig hur andra hanterat svåra samtal eller omvårdnadssituationer. Likväl som det kan vara värdefullt att få återkoppling på sitt eget sätt att handla.

Att föra en dialog med anhöriga är en förutsättning för att kunna vårda dessa patienter. Sjuksköterskor använder sig själva för att underlätta kommunikationen mellan anhöriga och medla mellan patient och anhöriga. Genom att försöka medla kan det finnas en risk att sjuksköterskan hamnar i kläm mellan patient och anhöriga eller mellan olika anhöriga vilket kan leda till en svårhanterbar situation för sjuksköterskan där denne kan tvingas ta ställning. Att använda sig själv som verktyg i en situation där familjemedlemmar har problematiska relationer kan leda till att sjuksköterskan försämrar relationen mellan anhöriga (Söderström, Benzein & Saveman, 2003).

Att skapa en god kontakt är en förutsättning för att få till en vårdande relation med patienter. Att tala sanning och vara ärlig underlättar relationen till patienten och anses skapa en säkrare och bättre vård vilket även konstateras av Erichsen, Danielsson och Friedrichsen (2010). I

patientlagen anges att patienten har rätt till information om sitt sjukdomstillstånd och de behandlingar som finns att tillgå samt rätt att vara delaktig i sin vård (SFS 2014:821). Om sjuksköterskan inte är ärlig mot patienten och anhöriga kan denna informationsrättighet och krav på delaktighet inte uppnås på ett sätt som uppfyller de lagkrav som åligger hälso- och sjukvårdspersonal. Att oärlighet kan avslöjas och därmed skada förtroendet både för den enskilda sjuksköterskan som vården i stort är ett annat problem då möjligheten att vårda patienter som inte litar på vården eller enskilda vårdare är betydligt mer komplicerat och ett skadat anseende kan vara mycket svårt att reparera (Erichsen et al., 2010). Sjuksköterskestudenter värderar idag ärlighet högre än för ett par decennier sedan och patienten anses ha rätt till ärlig och korrekt information om sitt hälsotillstånd och eventuella behandlingar (Johnson, Haigh & Yates- Bolton, 2007). Detta är en utveckling som kan sägas vara parallell med patientens ökade rätt till information och delaktighet som anges i lagstiftning, förordningar och riktlinjer under 2000-talets början. I den vårdande relationen mellan sjuksköterska och patient så kan viss hierarki framträda. Sjuksköterskans kunskaper sätter denne i en maktposition över patienten (Oudshoorn, Ward-Griffin & McWilliam 2007). Detta behöver nödvändigtvis inte vara negativt för relationen. Om sjuksköterskan är villig att reflektera över sin påverkan i den vårdande relationen kan sjuksköterskan främja hälsa i vården av vuxna vid livets slutskede. Sjuksköterskans makt kan därigenom användas för att göra patienten delaktig i vården och den vårdande relationen kan bli ett verktyg för att vården ska bli så bra som möjligt (Oudshoorn, Ward-Griffin & McWilliam 2007). Även om sjuksköterskan kanske inte kan påverka det hierarkiska förhållandet är det upp till denne att använda makten för att förstärka patientens position.

Av resultaten framkommer att få till nära samarbete är betydelsefullt för patientens anhöriga i vården kring patienten. Sjuksköterskor anser att det överlag är positivt att ha med anhöriga i vården. Det kan finnas risker då anhöriga kan känna sig tvingade att delta och att patienten inte vill att anhöriga ska vara med i vården men som inte vill eller kan uttrycka detta. Enligt Socialstyrelsen (2007) önskar anhöriga vanligen att vara delaktiga i vården och ser sig som en i vårdteamet där de hjälper till med patientens vård vilket kan främja delaktigheten (Socialstyrelsen, 2007). I nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftning saknas anhörigas delaktighet i vården helt. Sedan några år tillbaka finns en bestämmelse i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som ålägger kommunen att erbjuda stöd till anhöriga som vårdar en patient i hemmet. Att stärka anhörigas rätt att delta i patientens vård, givetvis med patientens tillåtelse, skulle kunna innebära att fler anhöriga tar del i patientens vård i livets slutskede och på så sätt komma närmare patienten. Detta måste förstås vara byggt på frivillighet från både patient och anhöriga.

Sjuksköterskan beskrivs ofta informellt som "spindeln i nätet" där uppgiften att samordna patientens vård och dessutom skaffa sig en överblick av patientens vård (Meinow, 2009). Det är också en del av sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005). Koordinering och samordning av patienters vård finns i otillräcklig utsträckning i grundutbildningen och är något som behöver utökas.

Slutsats

Denna studie kan bidra med kunskaper om sjuksköterskors erfarenheter vid vård av vuxna i livets slutskede. Resultaten visar att sjuksköterskor upplever frustration i samband med otillräckliga läkemedelsordinationer där patienten blir lidande då denne inte kan symtomlindras. När sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper inte tas till vara upplever de frustration eftersom de anser att de inte kan göra sitt arbete fullt ut. Det kan innebära att läkare inte tillåter sjuksköterskan utföra arbetsuppgifter eller lyssnar på dennes förslag om behandlingar eller att anhöriga inte litar på sjuksköterskans kunskap vid symtomlindring. När tilliten till sjuksköterskan brister kan patienten bli lidande, sjuksköterskan kan behöva förhandla med läkare för att få fram patientens önskningar. Olika synsätt etiska kan medföra konflikter inom arbetslaget. Sjuksköterskor behöver vara skickliga kommunikatörer och använda olika samtalsmetoder för att underlätta dialogen med patienten och dennes anhöriga. En god kontakt till anhöriga och patienten leder till en bättre och säkrare vård. Få till ett nära samarbete innebär att främja anhörigas delaktighet i vården och att koordinera och samordna patientens vård.

Kliniska implikationer

Resultaten i denna litteraturstudie kan leda till ökad medvetenhet om hur sjuksköterskor uppfattar hur det är att vårda patienter i livet slutskede. Förhoppningen är att den kan ge uppslag för vidare forskning och att den kan påverka utbildningen för sjuksköterskor. Även för arbetsgivare kan den förhoppningsvis vara en indikation på vilka behov sjuksköterskor som vårdar patienter i livets slutskede har och vad de upplever som positivt respektive negativt i denna vårdsituation. Den kan också vara av betydelse för den enskilda sjuksköterskan som vårdar patienter i livets slutskede i vårdlag då det kan leda till en förståelse för hur andra sjuksköterskor upplever liknande situationer.

Förslag till vidare forskning är att utarbeta och studera metoder för att hantera frustration hos sjuksköterskor i syfte att minska eller hantera de negativa konsekvenserna sjuksköterskor upplever.

Referenser

- * Arbour, R. B. & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 211-218.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. Institute of Health and Care Sciences.
- Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 500-506.
- Berglund, A-L., Holst, M. & Sparrman, S. (2003). Det dialogiska förhållandet – möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Vård i Norden*, 68,(23), 46-49.
- * 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.
- Clark, K, Smith, J., Lovell, M. & Currow, D. (2012). Longitudinal Pain Reports in a Palliative Care Population. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1335-1341.
doi:10.1089/jpm.2012.0299.
- Coyle, N., Layman-Goldstein, M. & Hunter-Johnson, L. (2014). Pain assessment and pharmacological/nonpharmacological interventions. *Palliative Care Nursing*, 3, 357-410.
- Dahlin, C. (2014). Anxiety, Depression, and Delirium. I M Matzo & D Witt Sherman. (Ed.), *Palliative Care Nursing*, (509-547). New York: Springer.
- Dunne, K., Sullivan, K. & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of advanced nursing*, 50(4), 372-380.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (A. Glad, Övers. 2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Erichsen, E., Danielsson, E. H. & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17(1), 39-50.
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. 4. Uppl. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & M-Reid, C. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. DOI: 10.1177/0269216313486310

Glimelius, B. (2012). Bota, lindra, trösta: Kuration eller palliation?. I P Strang & B Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 15-23). Stockholm: Liber AB.

Hanlon, J. T., Perera, S., Sevick, M. A., Rodriguez, K. L. & Jaffe, E. J. (2010). Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(8), 579-583.

Hanson, L. C., Eckert, J. K., Dobbs, D., Williams, C. S., Caprio, A. J., Sloane, P. D. & Zimmerman, S. (2008). Symptom Experience of Dying Long-Term Care Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 91-98.

Hendriks, S. A., Smalbrugge, M., Hertogh, C. M. & van der Steen, J. T. (2014). Dying with dementia: symptoms, treatment, and quality of life in the last week of life. *Journal of pain and symptom management*, 47(4), 710-720.

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

Hosie, A., Davidson, P. M., Agar, M., Sanderson, C. R. & Phillips, J. (2013). Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliative medicine*, 27(6), 486-498.

Internetmedicin. (2015). Palliativ vård – andnöd. Hämtad: 2015-11-28, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3379>

* Johnson, C. E., Singer, R., Masso, M., Sellars, M. & Silvester, W. (2015). Palliative care health professionals' experiences of caring for patients with advance care directives. *Australian Health Review*, 39(2), 154-159.

Johnson, M., Haigh, C. & Yates-Bolton, N. (2007). Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two-decade replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 366-374.

Jones, A. C. & Cutcliffe, J. R. (2009). Listening as a method of addressing psychological distress. *Journal of nursing management*, 17(3), 352-358.

* Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A. & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International journal of palliative nursing*, 16(5), 224-231.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (69- 92). Lund: Studentlitteratur.

Leonard, M. M., Nekolaichuk, C., Meagher, D. J., Barnes, C., Gaudreau, J. D., Watanabe, S. ... & Lawlor, P. G. (2014). Practical assessment of delirium in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 48(2), 176-190.

Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A. ... & Shekelle, P. G. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 148(2), 147-159.

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. & Munévar, C. (2010). Beyond bad news: communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(3), 166-174.

Meinow, B. (2009). *Spindel i nätet – en kartläggning av demenssjuksköterskor i Stockholms län* (ISSN 1401-5129). Stockholm: Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:3

Mok, E. & Chiu, P. C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of advanced Nursing*, 48(5), 475-483.

Murtagh, F., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E I., Kaloki E, Y. & Higginson J, I. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49-58. DOI: 10.1177/0269216313489367

Oudshoorn, A., Ward-Griffin, C. & McWilliam, C. (2007). Client–nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1435-1443.

Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal Relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.

* 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(9-10), 1442-1454.

Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *AJN The American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

* Silva, M. M. D. & Lima, L. D. S. (2014). Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(4), 14-19.

* Simon, S. T., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Krischke, N. & Geiss, G. (2009). Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study. *International journal of palliative nursing*, 15(8), 405.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:S Etiska Kod För Sjuksköterskor*. Stockholm: SSF. Hämtad 2015-04-22, från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: SOS. Hämtad 2015-04-22, från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2007). *Forsknings som speglar vården i livets slutskede – Sammanställning av aktuell forskning*. Hämtad: 2016-01-10, från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9185/2007-123-13_200712313.pdf

Socialstyrelsen (2013.) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* Hämtad 2015-04-22, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

* Soden, K. A., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. (2009). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliative medicine*.

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - Värdig vård i livets slut*. Stockholm

* Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.

Söderström, I. M., Benzein, E. & Saveman, B. I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192.

Tarzian, A. & Kennedy Schwartz, J. (2014). Ethical Aspects of Palliative Care. I M Matzo & D Witt Sherman. (Ed.), *Palliative Care Nursing* (33-61). New York: Springer.

* Törnquist, A., Andersson, M. & Edberg, A. K. (2013). In search of legitimacy—registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658.

Van Niekerk, L. M. & Martin, F. (2003). The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing*, 4(1), 3-10.

Vetenskapsrådet. (2011). God forskningssed. Hämtad 13 november, 2015, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

* Waldrop, D. P. & Kirkendall, A. M. (2009). Comfort measures: a qualitative study of nursing home-based end-of-life care. *Journal of palliative medicine*, 12(8), 719-724.

* 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(1), 32-40.

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

Witt Sherman, D., Matzo, M. & Metheny, T., (2014). The Interprofessional Practice of Palliative Care Nursing. I M Matzo & D Witt Sherman. (Ed.). *Palliative Care Nursing*. (3-21). New York: Springer.

* = Artiklar som använts för resultatdelen.

Bilagor

Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitativa artiklar (Friberg, 2012)

Kvalitativa studier.

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta formulerat och avgränsat?
- Finns teoretisk utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven? Är den väl beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat resultatet?
- Finns det etiskt resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker det en återkoppling till teoretiska antaganden?

Bilaga 2. Översikt över analyserade vetenskapliga artiklar

| | Metod | Resultat |
|--|--|--|
| <p>Titel: Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study.</p> <p>Författare: Arbour, R. B., & Wiegand, D. L.</p> <p>Tidsskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Land: USA</p> <p>Årtal: 2014</p> | <p>Fenomenologisk studie. Beskrivande intervjuer gjordes med 19 sjuksköterskor från intensivvårdsavdelning med erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede. Intervjuerna ljudregistrerades. Colaizzi's metod av dataanalys användes för att induktivt bestämma teman, kluster och kategorier.</p> | <p>Kategorier som framträdde var <i>utbilda familj, förespråka för patienten, uppmuntra och stödja familjenärvaro, hantera symtom, skydda familjer, skapa positiva minnen och familjestöd</i>. Deltagarna identifierade vikten av undervisning och handledning för nyutbildade sjuksköterskor.</p> |
| <p>Titel: Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia.</p> <p>Författare: Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö</p> <p>Tidsskrift: Pain Management Nursing</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2014</p> | <p>Kvalitativ utforskande metod. Sju semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Burnard's innehållsanalys inspirerade dataanalysen.</p> <p>Alla intervjuer ljudregistrerades. Två huvudkategorier hittades.</p> | <p>Två huvudkategorier och nio underkategorier. Huvudkategorierna tar upp (1) <i>Sjuksköterskors erfarenheter av svårigheter gällande smärtlindring</i> och (2) <i>sjuksköterskors erfarenheter gällande resurser vid smärtlindring</i>. Studiens resultat påvisar svårigheten av smärtlindring av patienter med demens vid vård i livets slutskede.</p> |
| <p>Titel: Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study.</p> <p>Författare: Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I.</p> <p>Tidsskrift: International journal of palliative nursing.</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2010</p> | <p>Kvalitativ innehållsanalys. Intervjuer gjordes med sju sjuksköterskor och kodades enskilt av författarna. Materialet samlades in och lästes och delades in i meningsenheter som blev teman och subteman.</p> | <p>Tre huvudteman och sju subteman identifierades. Resultatet visar att sjuksköterskor känner sig <i>maktlösa, frustrerade</i> och <i>känner oro</i> inför etiska dilemman i vård i livets slutskede.</p> |

| | Metod | Resultat |
|---|---|--|
| <p>Titel: "Viewing in slow motion": patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care.</p> <p>Författare: Pattison, N., Carr, S. M., Turnock, C., & Dolan, S.</p> <p>Tidsskrift: Journal of clinical nursing</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2013</p> | <p>Fenomenologisk studie med hjälp av Heideggerian fenomenologi. 27 deltagande medverkade. Djupgående intervjuer som ljud-registrerades och analyserades med Van Manen's fenomenologiska analysram.</p> | <p>Resultatet visar en fenomenologisk tolkning av att dö i cancer, och inverkan på möjligheter i livets slutskede. Tre huvudteman presenteras: <i>dubbel prognostikation, innebörden av beslutsfattandet och koreografera en god död</i>. Dessa fynd diskuteras i samband med vård i livets slutskede, cancer och kritisk sjukdom.</p> |
| <p>Titel: Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study.</p> <p>Författare: Simon, S. T., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Krischke, N., & Geiss, G.</p> <p>Tidsskrift: International journal of palliative nursing.</p> <p>Land: Tyskland</p> <p>Årtal: 2009</p> | <p>Kvalitativ studie med tio djupgående ansikte mot ansikte intervjuer med experter inom palliativ vård (sjuksköterskor, läkare, socialarbetare, psykologer och präst) från Tyskland.</p> | <p>Tre domäner framträdde i studien: (1) <i>personliga karaktärsdrag</i>, (2) <i>erfarenhet av vård</i>; och (3) <i>kompetens inom vård</i>. Studien visar att äkthet är det viktigaste karaktärsdraget inom de olika professionerna, och även ärlighet och mindfulness är viktigt inom palliativ vård.</p> |
| <p>Titel: How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study.</p> <p>Författare: Soden, K. A., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S.</p> <p>Tidsskrift: Palliativ medicine.</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2009</p> | <p>Tematisk analys av semi-strukturerade intervjuer av 15 sjuksköterskor. Transkripten analyserades tematiskt och diskuterades och analyserades av två utredare. Utredarnas fynd diskuterades sedan av hela forskningsteamet för att identifiera teman.</p> | <p>Tre teman framträdde och var <i>definiera genombrottssmärta, skatta genombrottssmärta, hantera genombrottssmärta och attityder/teamsamarbete</i>. Denna studien påvisar övningsbehov och att teoretisk forskning och arbeten behöver vara en del av det vardagliga arbetet inom vården.</p> |

| | Metod | Resultat |
|---|--|---|
| <p>Titel: Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning</p> <p>Författare: Strang, S., Henoeh, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C.</p> <p>Tidskrift: Psycho-Oncology</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2014</p> | <p>Sjuksköterskor från sjukhus, hospice och hemsjukvårdsteam rekryterades och fick delta i reflektionsgrupp om 5 deltagare i varje grupp. Reflektionsgruppens diskussion ljudregistrerades och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.</p> | <p>Tre domäner och nio teman framträdde. Första domänen innebar <i>existentiella samtalet, levande, döende och relationer</i>. Andra domänen handlade om <i>processen, samtalsteknik, vara närvarande och bekräftande</i>. Tredje domänen var <i>betydelsen av existentiella samtal för sjuksköterskor</i>. Gruppens reflektioner visade tydlig medvetenhet om värdet av känslighet och stödjande samtal.</p> |
| <p>Titel: In search of legitimacy-registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context.</p> <p>Författare: Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A. K.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian journal of caring sciences</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2013</p> | <p>Beskrivande kvalitativ metod baserad på intervjuer från fokusgrupper. Data insamlades från 20 sjuksköterskor.</p> | <p>Resultatet visar att sjuksköterskor ser sig som att lindra effekten av oklart ansvar mellan olika vårdorganisationer. Resultatet visar även att sjuksköterskor känner sig begränsade i sitt yrkesutförande jämfört med andra yrkeskategorier inom vården.</p> |
| <p>Titel: Comfort measures; a qualitative study of nursing home-based end-of-life care.</p> <p>Författare: Waldrop, D. P., & Kirkendall, A. M.</p> <p>Tidskrift: Journal of palliative medicine</p> <p>Land: USA</p> <p>Årtal: 2009</p> | <p>Grounded Theory. Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor som; <i>Hur ändras vården när en patient är döende?</i> Utbildning och professionell erfarenhet var frågor som studien bestod av. Intervjuerna ljudregistrerades, transkriberades och analyserades med en grounded theory teknik.</p> | <p>Studien identifierar fysiska, beteendemässiga och sociala indikatorer för en kommande död hos patienter. Personcentrerad vård är holistiskt och sambandet mellan fysisk, psykosociala och andliga frågor.</p> |
| <p>Titel: Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective.</p> <p>Författare: Wallerstedt, B., & Andershed, B.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian journal of caring sciences</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2007</p> | <p>Fenomenologisk metod användes i studien. Nio sjuksköterskor som representerade hemsjukvården, kommunal sjukvård och sjukhusvård deltog i studien. Kvalitativa intervjuer användes och sjuksköterskorna skulle ha minst 3 års arbetslivserfarenhet inom vården och erfarenhet av minst 5 döende patienter.</p> | <p>Tre strukturer framträdde i studien, <i>ambition och engagemang, vardagliga möten och tillfredsställelse/missnöje</i>. Resultatet påvisar att sjuksköterskor behöver resurser som tid, förbättrade kommunikationsmetoder och kollegialt stöd för att kunna ge patienter palliativ vård av hög kvalitet.</p> |

| | Metod | Resultat |
|---|---|--|
| <p>Titel: Palliative care health professionals' experiences of caring for patients with advanced care directives.</p> <p>Författare: Johnson, C. E., Singer, R., Masso, M., Sellars, M., & Silvester, W.</p> <p>Tidskrift: Australian Health Review</p> <p>Land: Australien</p> <p>Årtal: 2015</p> | <p>Rikstäckande undersökning av 105 palliativa vårdavdelningar. Kvalitativ analys av öppna svar om avancerad vårdplanering.</p> | <p>Fyra huvudteman framgick i studien. <i>Avancerad vårdplanering, processen med utveckling, processen av att använda avancerad vårdplanering och processen av konsekvenser av avancerad vårdplanering.</i> Användning av vårdplanering ger fördelar till patienter, deras familj och vårdpersonal. För att maximera dessa fördelar så behöver vårdplaneringen vara tydlig, omfattande och medicinskt relevanta.</p> |
| <p>Titel: Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses</p> <p>Författare: Silva, M. M. D., & Lima, L. D. S.</p> <p>Tidskrift: Revista Gaúcha de Enfermagem</p> <p>Land: Brasilien</p> <p>Årtal: 2013</p> | <p>Beskrivande studie med kvalitativ metod. Studien genomförde på en sjukhusavdelning för palliativ vård. 17 sjuksköterskor deltog i studien, semi-strukturerade intervjuer med frågor som: <i>hur känns det för dig när patientens familj är närvarande och Försöker du engagera familjen i att delta i vården av patienten?</i></p> | <p>Två kategorier framträdde i studien: <i>Sjuksköterskors perspektiv på närvaron och värderingar av familjemedlemmar under sjukhusvistelse och utnämning av strategier för att uppmuntra familjemedlemmar att delta i vården och understödja vid patientens behov.</i></p> |