



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Systematisk litteraturstudie om sjuksköterskors erfarenheter

MARIELLE AHLM

ANNA SWÄRD

*Akademien för hälsa, vård och välfärd
Vårdvetenskap med inriktning omvårdnad
Grundnivå
15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
VAE027*

*Handledare: Karin Jonasson & Camilla
Lindbäck
Examinator: Margareta Asp
Seminariedatum: 2018-05-31
Betygsdatum: 2018-06-26*

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vård i livets slutskede sker på vårdavdelningar, i hemmet, inom primärvården, på hospice eller via hemtjänsten. I sitt dagliga arbete kommer allmänsjuksköterskor möta patienter som vårdas i livets slutskede. Den palliativa vårdfilosofin syftar till att lindra patienters lidande. Sjuksköterskor har den ledande rollen i omvårdnadsansvar för patienter. **Syfte:** Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede. **Metod:** Kvalitativ ansats. Systematisk litteraturstudie med beskrivande syntes enligt Evans (2002). **Resultat:** Efter analysen framkom två teman och fem subteman. Tema 1) Otillräcklighet som inkluderar: Svårt att tillfredsställa behov och svårt att hålla personlig distans. Tema 2) Tillfredsställelse som inkluderar: Meningsfullhet, stöd från teamet och förståelse. **Slutsats:** Sjuksköterskor erfar både positiva och negativa erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede. De positiva erfarenheterna framkommer när sjuksköterskor erfar sitt dagliga arbete som meningsfullt. De negativa erfarenheterna framkommer när sjuksköterskor erfar otillräcklighet. Relationen till patienter och dess anhöriga beskrivs som viktig för att höja vårdkvalitén. Relationen kan visa sig att medföra problem på sjuksköterskors personliga plan om de identifierar sig med vårdtagarna. **Nyckelord:** anhöriga, omvårdnad, patienter, sjuksköterskor.

ABSTRACT

Background: End-of-life care is carried out at healthcare, home, primary care, hospice or home care services. In their daily work, general nurses will meet patients who are cared for in the final stages of life. The palliative care philosophy aims to alleviate patient suffering. Nurses have the leading role in nursing responsibility for patients. **Aim:** To describe the nurse's experiences of caring for patients in the end of life. **Method:** Qualitative approach, systematic literature study with descriptive synthesis according to Evans (2002). **Results:** After the analysis two themes and five subthemes emerged. Theme 1) Inadequacy that included; dare to respond and become concerned. Theme 2) Satisfaction that included; support from team and understanding. **Conclusion:** Nurses experience both positive and negative experiences of caring for patients in the final stages of life. The positive experiences emerge when nurses experience their daily work as meaningful. The negative experiences are when nurses experience inadequacy. The relationship with patients and their relatives is described as important for raising healthcare quality. However, the relationship can also cause problems on the nurse's personal level, if they identify with the care recipient. **Keywords:** nurses, nursing, patients, relatives.

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Definiering av begrepp	1
2.1.1	<i>Anhörig</i>	2
2.2	Palliativ vård	2
2.2.1	<i>Vård i livets slutskede</i>	2
2.2.2	<i>Palliativa vårdens fyra hörnstenar</i>	3
2.2.3	<i>De 6 S:n</i>	3
2.3	Sjuksköterskors omvårdnadsansvar	4
2.4	Tidigare forskning	4
2.4.1	<i>Patientperspektiv</i>	5
2.4.2	<i>Anhörigperspektiv</i>	5
2.5	Vårdteoretiskt perspektiv	6
2.5.1	<i>Katie Erikssons vårdteori</i>	6
2.5.2	<i>Ansa, leka och lära</i>	7
2.5.3	<i>Naturlig vård, grundvård och specialvård</i>	7
2.6	Problemformulering	8
3	SYFTE	8
4	METOD	8
4.1	Urval och datainsamling	9
4.2	Dataanalys och genomförande	10
4.3	Etiska överväganden	11
5	RESULTAT	12
5.1	Otillräcklighet	12
5.1.1	<i>Svårt att tillfredsställa behov</i>	12
5.1.2	<i>Svårt att hålla personlig distans</i>	14
5.2	Tillfredställelse	15

5.2.1	<i>Meningsfullhet</i>	15
5.2.2	<i>Stöd från teamet</i>	16
5.2.3	<i>Förståelse</i>	17
6	DISKUSSION	18
6.1	Resultatdiskussion	18
6.2	Metoddiskussion	20
6.3	Etikdiskussion	22
7	SLUTSATS	23
7.1	Förslag på vidare forskning	23
	REFERENSLISTA;	24
	BILAGA A; SÖKMATRIS	
	BILAGA B; KVALITETSGRANSKNING	
	BILAGA C; ARTIKELMATRIS	

*”Att hjälpa en annan människa att vara en människa är ett uttryck för det sant mänskliga”
(Eriksson, 2014, s. 81).*

1 INLEDNING

Vård i livets slutskede kan utföras på sjukhus, i hemmet, inom primärvården, via hemtjänst eller på hospice. Det innebär att allmänsjuksköterskor kommer att möta patienter som vårdas i livets slutskede i sitt dagliga arbete. Av patienter och anhöriga kan uttryck för sorg, ilska eller rädsla komma att visa sig. Dessa uttryck kan se olika ut och det är viktigt att sjuksköterskor kan möta dessa olika situationer. I vårdandet ligger fokus på att lindra lidande och göra patienters sista tid så värdig som möjligt. Sjuksköterskor kommer att ha en betydande roll för patienter och anhöriga under denna tid. För sjuksköterskestudenter i den verksamhetsförlagda utbildningen har möten med döende patienter skett och både positiva och negativa erfarenheter har uppmärksammats. Det var tydligt framträdande att kunskap om vårdandet av dessa patienter behövde utökas på vårdavdelningar. Sjuksköterskor uttryckte att de hade bristfällig kunskap om att vårda patienter och deras anhöriga i livets slutskede. Inom sjuksköterskeprogrammet beaktas denna vård endast överskådligt vilket gav ett intresse av att utöka kunskapen om hur sjuksköterskor erfar vård av patienter vid livets slut. En ökad kunskap om sjuksköterskors erfarenheter kan leda till en högre kvalitet i vårdandet. Ambitionen med föreliggande examensarbete är att medföra ökad kunskap om vård i livets slutskede utifrån allmänsjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter. Förhoppningen är även att verksamma sjuksköterskor oavsett arbetserfarenhet eller arbetsplats skall kunna läsa examensarbetet och få en ökad förståelse och kunskap om ämnet. Ämnet valdes från intresseområdet compassion energy – att hitta kraft i att vårda, som efterfrågades av forskargruppen Mälardalens Högskola, Hälsa för vård och välfärd: Care Recovery & Health.

2 BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en definition av begreppet anhörig. Därefter beskrivs palliativ vård. Senare beskrivs det valda vårdteoretiska perspektivet utifrån Katie Erikssons vårdteori. Fortsättningsvis beskrivs sjuksköterskors ansvarsområde samt tidigare forskning utifrån ett patientperspektiv och ett anhörigperspektiv. Bakgrunden avslutas med problemformulering.

2.1 Definition av begrepp

Anhörig är ett begrepp som förekommer kontinuerligt genom hela examensarbetet. För att läsaren ska få en förståelse och för att undvika misstolkning av begreppet har det valts att definieras.

2.1.1 Anhörig

Anhörig benämns som en person inom familjen eller den närmsta släkten (Socialstyrelsen, 2018). I examensarbetet används benämningen anhörig på personer som har en familjerelation till patienter.

2.2 Palliativ vård

När en sjukdom inte längre går att bota så tar målsättningen med vården en ny vändning. Målet är inte längre att patienterna ska bli friska utan istället är målet att den sista tiden i livet ska hålla så hög kvalitet som möjligt. Behandlingen som ges är endast till för att lindra lidande och är därmed inte kurativ. Vårdformen som benämns palliativ vård innebär att patienter har en eller flera sjukdomar som inte går att bota (Widell, 2003). Den palliativa vården utgår från två olika faser, den tidiga och den sena fasen. Den tidiga fasen inom palliativ vård kan pågå under flera år och syftar till att ge god livskvalité och med olika åtgärder förlänga livet så länge det är möjligt. Den sena fasen sträcker sig ofta mellan några veckor till några dagar och under denna fas är fokus på att ge patienter så god symtomlindring och livskvalité som möjligt. Denna fas brukar benämnas livets slutskede (Benkel, Molander & Wijk, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2013) ska palliativ vård se till människans helhet och uppmärksamma behov av olika karaktär så som existentiella, psykiska, sociala och fysiska. Det är även viktigt att anhörigas behov tas om hand. Enligt Benkel et al. (2016) ska palliativ vård utövas på alla de platser som patienter med dessa behov vårdas på. Den allmänna palliativa vården ska kunna ges av grundutbildad personal inom hälso- och sjukvård. Allmän palliativ vård ska kunna utövas i hemmet, på sjukhus eller i särskilt boende. Specialiserad palliativ vård är en vårdform som bedrivs av sjukvårdspersonal med särskild expertis och kunskap. Den specialiserade palliativa vården bedrivs på specifika palliativa avdelningar. Inriktningen till examensarbetet är till palliativa vårdens sena fas, vård i livets slutskede.

2.2.1 Vård i livets slutskede

Den sena palliativa fasen är den som benämns som vård i livets slutskede. Vård i livets slutskede kan se olika ut. Vissa fall kräver specifika insatser dygnet runt, samtidigt som andra situationer inte kräver några specifika insatser alls (Socialstyrelsen, 2006). Vården i livets slutskede ska ges med värdighet och vara av hög kvalitet. En värdig vård innebär att möta de önskningar som individen har under sin sista tid i livet (SOU 2001:6). Enligt Thulesius (2016) pågår vården som benämns vård i livets slutskede från dagar upp till cirka en månad. I Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6) beskrivs döden som en naturlig del av livet. Individen har rätt att få hjälp, bli bekräftad och få hjälp med att bibehålla sin värdighet. Det är viktigt att sjuksköterskor att respekterar att människor kan ha olika mål vid livets slutskede. För att upprätthålla en värdig vård behöver sjuksköterskor kunna tillmötesgå de olika önskningarna de döende har.

I livets slutskede är omvårdnadsinsatser betydelsefulla för att den döende skall känna någon

form av välbefinnande. Den sista tiden i livet sker ofta mycket förändringar kroppsligt på kort tid. För att klara av den dagliga omvårdnaden behöver patienter oftast hjälp av sjukvårdspersonal. Omvårdnadsinsatser som vidtas utförs med omtanke och syftar till att skapa trygghet hos patienter. Döende patienter kan drabbas av olika former av smärta. Det är angeläget att sjuksköterskor får en bild av patienters smärta för att tillsammans med dem och anhöriga kunna redogöra för omvårdnadsinsatser. *Fysisk smärta* är vanligt i livets slutskede. Fysisk smärta kan bland annat uppträda av ett tryck orsakat av ödem eller tumörer. Det finns goda möjligheter till att dämpa den fysiska smärtan med hjälp av smärtstillande. *Social smärta* kan framträda när kontroll över situationen upplevs som förlorad. Se sina anhöriga vara ledsna och lida och inte kunna trösta dem kan upplevas som smärtsamt. *Existentiell smärta* kan framträda i livets slut när patienter inser att döden närmar sig och väcka obehag. Det kan även framkomma att den döende inte kan se meningen med det liv som den levt. Patienter kan uppleva att livet de levt endast har bestått av smärta och problematik. Vidare beskrivs anhörigas betydelse för omvårdnaden. Sjuksköterskor bör ha som utgångspunkt att låta och främja anhöriga till att medverka i vården och ta ansvar för det som de kan och vill (Widell, 2003).

2.2.2 Palliativa vårdens fyra hörnstenar

Palliativa vården stöttas av fyra hörnstenar som tillsammans bidrar till helhetssyn på den döende. När palliativ vård skall utövas bör den alltid baseras på dessa fyra hörnstenar. *Symtomkontroll* syftar till att behandla, analysera och följa upp symtom som kan uppkomma vid en livshotande sjukdom. Symtomen kan komma att befinna sig på såväl ett fysiskt som psykiskt, existentiellt eller andligt plan. Samtidigt som symtomen lindas ska det tas hänsyn till patienters integritet och autonomi. Patienter som vårdas palliativt kan inom vården vara i behov av flera olika professioner exempelvis läkare, sjuksköterskor men även behöva insatser från exempelvis hemtjänsten. Det är därför viktigt att *samarbetet* mellan teamen är väl fungerande, för att vården ska bli så god som möjligt för patienter och anhöriga. En förutsättning för att en god vård ska kunna upprätthållas krävs det att *kommunikationen* och relationen mellan patient, anhöriga och personal är fungerande. Inom den fjärde hörnstenen framhålls vikten av att *anhöriga* får vara delaktiga i vården och att de får rikligt med stöd under sjukdomstiden och efter dödsfallet (Thulesius 2016; SOU 2001:6).

2.2.3 De 6 S:n

Ternstedt, Henoch, Österlind, och Andershed, (2017) har framtagit en modell som speglar personcentrerad palliativ vård. Modellen kan användas som stöd vid planering, utvärdering samt dokumentation. Det centrala i modellen är patienter och därför skall patienters värderingar om sin vård samt patienternas behov vara grundläggande för planering och genomförandet av vården. De 6 S:n står för självbild, självbestämmande, symtomlindring sociala relationer, sammanhang och strategier. Självbild beskrivs vara centralt i modellen. De övriga fem S:n är relaterade till självbilden. Självbilden kan även ses som utgångsläget för att se patienters perspektiv i vården. Det är av betydelsefullt att individen får bibehålla sin självbild även när den blir patient. För att patienterna skall bibehålla sitt självbestämmande så ska de uppmannas att ta egna beslut gällande dennes egen vård, så långt det är möjligt.

Symtomlindring syftar till att patienterna ska kunna leva ett så bra liv som möjligt, för att de ska få en så god sista tid i livet som möjligt krävs det att lindra lidande. Sociala relationer skall främjas och bibehållas i så stor utsträckning som patienter själva orkar eller vill. Sammanhang syftar till att patienterna ska känna tillhörighet. Med strategier ska patienter få hjälp att förbereda sig och planera sin egen död.

2.3 Sjuksköterskors omvårdnadsansvar

Enligt Kompetensbeskrivningen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017) ska en legitimerad sjuksköterska utifrån patienters berättelse kunna förstå vad hälsa betyder för individer och på så sätt kunna planera, genomföra och utvärdera patienters omvårdnad tillsammans med patienter och dess anhöriga. En legitimerad sjuksköterska ska kunna agera som en ledare, främst i arbetet med det patientnära omvårdnadsarbetet och där med se till att främja god och säker vård. All omvårdnad som utövas ska vara med respekt för människors värderingar, vanor, tro samt respekt för patienters självbestämmande. Eriksson (2014) beskriver vårdrelationen som en plats där människor träder fram som personer i relation med andra människor. I den relationen kan personer genom äkta sätt förmedla kärlek. I relationen mellan patienter och vårdare ska patienter få medla sina behov, begär och problem. Socialstyrelsen (2013) beskriver att det är av stor vikt att sjuksköterskor hjälper patienter till att bibehålla sin värdighet även om de är döende. Patienter som är nära döden är ofta i behov av kontinuitet i vårdandet då det upplevs som en ökad trygghet.

Vård skall bedrivas med respekt till varje individ och med respekt för allas lika värde. Vården skall utövas för att förebygga ohälsa. Det är viktigt att sjuksköterskor kan se och möta patienters behov av trygghet (HSL, 2017:30). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014) framgår det i International Council of Nurses att sjuksköterskor har ett ansvar gentemot patienter att främja och återställa dess hälsa, förebygga sjukdom och lindra dess lidande. Det ligger som grund i vårdandet av patienter att sjuksköterskor respekterar patienters rätt till egna val, mänskliga- och kulturella rättigheter, rätt till liv och att de bemöter patienter med värdighet och respekt. Den respektfulla omvårdnaden ska ges oberoende av patienters kön, ålder, hudfärg, sociala ställning, nationalitet, tro, sexuella läggning, politiska åsikt, etniska eller kulturella bakgrund, handikapp eller sjukdom. I professionen som sjuksköterska ingår det även ett ansvar att ge patienter korrekt, lämplig och tillräcklig information för att erhålla patienter en grund till samtycke om vård och behandling. Sjuksköterskors ska anpassa sitt arbete och främja samarbete tillsammans med andra yrkesgrupper.

2.4 Tidigare forskning

Tidigare forskning är indelad i två delar. Den första delen presenteras ur ett patientperspektiv där patienters erfarenheter av att bli vårdade i livets slutskede uppmärksammas. Den andra delen presenteras ur ett anhörigperspektiv, anhörigas erfarenheter av att ha en anhörig som vårdas i livets slutskede.

2.4.1 Patientperspektiv

Patienter som får besked om att de har en sjukdom som inte kommer kunna botas upplever ofta en markant vändning i livet. Från ett liv som kan ha präglats av hälsa till ett liv med vetskap om att livet snart kommer att ta slut. Ovisshet om livets fortsättning och tankar på döden är ständigt närvarande. Medvetenhet, förståelse samt påtaglighet varierar mellan individer. Hur patienter handskas med ett besked om en obotlig sjukdom kommer att visas på olika sätt efter erfarenheter av att hantera svåra situationer samt hantering av krissituationer (Benkel et al., 2016). Patienter som har drabbats av en obotlig sjukdom och får palliativ vård ställer sig ofta frågan ”varför just jag?” Det framkommer att de har blivit mer ifrågasättande kring sig själva, om de hade kunnat göra någonting annorlunda under sitt liv för att förhindra att just dem skulle drabbats av en obotlig sjukdom (Sparla et al., 2017). För att de ska kunna ha en fortsatt känsla av värdighet och självständighet innebär det ofta att patienter inte berättar för sina anhöriga om svårighetsgraden av sin sjukdom eller den smärta som de har. De önskar även att vårdpersonal inte informerar de anhöriga om situationen. Genom att undvika att berätta för sina anhöriga anser patienter att de minskar risken för att bli en börda för sina anhöriga och kan då bibehålla en normalitet i sitt liv. De kan dock få tankar om att sjukvårdspersonal ibland undanhåller information, vilket kan leda till att de känner en minskad kontroll över situationen. Patienter erfar även att det är påfrestande att vara helt i någon annans händer, men att de försöker anpassa sig till situationen (Andersson, Hallberg & Edberg, 2008). Motsatsen visar sig i Sparla et al. (2017) där beskrivs det att genom att ha ett öppet sätt att kommunicera med sjukvårdspersonal och sina anhöriga minskar påfrestningen för patienter. Genom att vara ärlig och inte dölja några tankar eller känslor gentemot sina anhöriga kan de slappna av och de behöver inte låtsas att de mår bra eller känna sig bättre än vad de egentligen gör. Gjerberg, Lillemoen, Forde och Pedersen (2015) beskriver att patienter erfar kontakten med vårdpersonal som mycket god och att de kan ha konversationer om önskningar och tankar som rör den sista tiden i deras liv. Johnston, Milligan, Foster och Kearney (2011) beskriver att vården i livets slutskede ska bedrivas med värdighet. Målet är att patienter ska upprätthålla välbefinnande och självständighet. Ofta önskas hjälp av vårdpersonal samt att patienter vill ha möjlighet att ta emot vården i deras eget hem. På så sätt kan en mer normaliserad vardag bibehållas, vilket beskrivs som viktigt för välbefinnandet. Även Ali Cheraghi, Payne och Salsali (2005) beskriver att patienter som vårdats i livets slutskede gärna vill bli vårdade hemma. De uppgav att de känner sig mer bekväma med att vårdas hemma av sina anhöriga och sjukvårdspersonal. De önskar även att få dö i sitt hem, omgiven av sin familj.

2.4.2 Anhörigperspektiv

Anhöriga erfar att det är viktigt för dem att få information om patienters hälsotillstånd samt att de får vara delaktiga i beslut som tas angående patienters vård (Gjerberg et al., 2015; Witkamp, Droger, Janssens, Van Zuylen & Van der Heide, 2016). Informationen upplevs extra viktig att få ta del av när det skett en förändring i patienters tillstånd (Gjerberg et al., 2015). Anhöriga har i vissa fall erfart att sjukvårdspersonal försöker förmildra patienters tillstånd trots att tillståndet är kritiskt (Odgers, 2018). Det finns ett behov hos anhöriga att få information om patienters situation och prognos, på ett för dem begripligt sätt. De förväntar

sig att vårdpersonal i kommunikationen med dem inte använder sig av medicinska termer som för dem är oförståeliga (Witkamp et al., 2016). När kommunikationen enligt de anhöriga är god så bidrar till att de känner sig mer förberedda på patienters död och kan närvara vid dödstillfället. Erfarenheten är motsatt hos de anhöriga som erfar att kommunikationen brister mellan dem och sjukvårdspersonal. Anhöriga har då inte varit medvetna om att dödsögonblicket är nära och känner ett missnöje gentemot sjukvårdspersonal (Odgers, 2018; Witkamp et al., 2016).

Att samtala med sjukvårdspersonal om vilka önskningar patienter har under sin sista tid i livet beskrivs som känslomässigt jobbigt. Dock uppskattas det av anhöriga att sjukvårdspersonal tar upp samtalen då det enligt de anhöriga ger patienter och anhöriga en känsla av bekräftelse (Gjerberg et al., 2015; Witkamp et al., 2016). Kärlek, respekt, skyldighet eller för att ge något tillbaka är några av anledningarna till att anhöriga vill vara med och vårda sin anhöriga (Robinson, Bottorff, McFee, Bissell & Fyles, 2016). En del anhöriga erfar att de kan anförtro sig åt att sjukvårdspersonal gör sitt yttersta för att lindra patienters lidande och kan därmed släppa på sitt egna kontrollbehov. Medan somliga anhöriga upplever att vårdkvalitén brister och känner ett behov av att ständigt vara närvarande hos den döende. Det är väldigt betydelsefullt att kunna besöka patienter under hela dygnet och att det finns möjlighet till att sova kvar och äta middag tillsammans med patienter (Witkamp et al., 2016). Det beskrivs som påfrestande att vara anhörig till patienter som vårdas i livets slutskede. Den ständiga påfrestningen och svårigheter i dess hantering, bristande kommunikation och skiljda åsikter kring patienters vård erfor vara den största bidragande faktorn till konflikt mellan anhörig och sjukvårdspersonal (François, Lobb, Barclay & Forbat, 2017). Det beskrivs som värdefullt att kunna resonera tillsammans med sjukvårdspersonal. Dels för att det tar bort en del av pressen på de anhöriga men också för att de anhöriga känner att de inte behöver bli personligt ansvariga för vissa beslutsfattningar (Gjerberg et al., 2015; Robinson et al., 2016).

2.5 Vårdteoretiskt perspektiv

Det vårdteoretiska perspektivet i examensarbetet utgår från Katie Erikssons vårdteori, ansa, leka och lära samt de olika vårdformerna; naturlig vård, grundvård och specialvård. Valet av vårdvetenskapligt perspektiv baserades på att det anses vara relevant för arbetets syfte. Sjuksköterskor ska se människan som en helhet av kropp, själ och ande. Ansa, leka och lära samt de olika vårdformerna valdes för att sjuksköterskor har ansvar i omvårdnadsarbetet och ska sträva efter att involvera patienter och anhöriga i vården.

2.5.1 Katie Erikssons vårdteori

Vårda är en naturlig del av människan och alla anses ha förmågan till att vårda. Vårdandet skall ses som en gärning av kärlek och ett skapande. Det innebär att som vårdare visa vägen och vandra med, finnas där när patienter behöver stöd och hjälp. Vårda innebär att dela. Dela betyder att delta, vara delaktig eller att vara med och vara en del. Vad och hur delningen går till är beroende på situation. Genom att dela exempelvis smärta eller sorg kan det skapas en

gemenskap. Ha en gemenskap kan leda till att det skapas gemensamma utgångspunkter för handlingar. Människan ses idag som en unik helhet av kropp, själ och ande som är bildad av många olika delar. Genom att förstå dessa olika delar som skapar människors helhet kan insikt ges om hur delarna är beroende av varandra och hur de påverkar varandra. Alla som arbetar inom vården skall se människan utifrån en helhet. Hur förhållandet mellan kropp, själ och ande samverkar (Eriksson, 2015). Vårdare bör sträva efter att hjälpa patienter att själv använda sin kapacitet i så hög grad som möjligt. Det är viktigt att hjälpa patienter att finna verktyg som kan leda till att nå hälsa. Denna process benämns som självvård. Bristande självvård kan uppkomma från en mängd olika faktorer. Exempelvis på grund av bristande kunskap om sjukdom, nedsatta fysiska eller psykiska funktioner eller bristande motivation till att klara sina resurser. Via bra förhållanden med sjukvården kan det leda till mognad och inläring och kan därmed främja förmågan till självvård. Självvården innebär inte att lämna patienterna ensam. Det är viktigt att komma ihåg att människor alltid kommer att vara beroende av varandra (Eriksson, 2014).

2.5.2 Ansa, leka och lära

Ansa utmärks av beröring, närhet och värme. Det ses som den mest centrala formen av vårdandet. Människan ska uppleva att den är accepterad, precis som hon är, utan att beakta de tidigare handlingarna människan har handlat. I ansningen visas vänskap, att individer vill den andra individen väl. Leka ses som en naturlig del av det professionella vårdandet. Lek är ett uttryck för olika önskningar och för lusten. I lekan är det patienter som har kontrollen. Det är därför viktigt att som vårdare kunna underkasta sig i dessa situationer. Genom lekan bekräftar patienter sig själva. Lärandet innebär en ständig förändring, en utveckling. Lärandet har olika mål för olika individer och därmed olika syften och innehåll. Vårdarens uppgifter är att främja och möjliggöra lärandet (Eriksson, 2015).

2.5.3 Naturlig vård, grundvård och specialvård

Det praktiska vårdarbetet kan delas in i tre delar. Naturlig vård, grundvård och specialvård. *Naturlig vård* ses som centralt för människan. Varje individ är i behov av den naturliga vården. Varje individ är i behov av relationer. Det kan exempelvis vara relation med en vän eller släkting. Människan anses också vara i behov av någonting att tro på, någonting som ger människan hopp. Naturlig vård innefattar av de grundläggande behoven en människa behöver oberoende grad av hälsa, så som; kärlek, närhet och omsorg. Naturlig vård kan ses som det spontana vi gör gentemot vänner och anhöriga. *Grundvård* utgår från vad som är centralt för människors basala behov. Patienter kan behöva ha stöd för att utföra basala moment som hon i vanliga fall tillgodoser på egen hand, men på grund av ohälsa inte kan utföra. Dessa basala behov kan vara exempelvis; äta, dricka eller sköta personlig hygien. *Specialvård* framträder när grundvård som ges inte är tillräcklig för att bibehålla eller återställa patienters hälsa. Målet med specialvården är att den ska pågå under så kort tid som möjligt. Specialvården kan aldrig ses som ersättare för den naturliga vården eller grundvården. Specialvården riktar sig mot speciella hälsohinder och innefattar en mer komplicerad vård än de två tidigare benämnda vårdformerna (Eriksson, 2014).

2.6 Problemformulering

Vård som bedrivs i livets slut ska se till individens unika behov. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor förväntas kunna utöva omvårdnadsarbete av hög kvalitet gentemot patienter och anhöriga i livets slutskede. Det finns förväntningar på att de ska kunna tillgodose patienters och anhörigas unika behov. Att vårda patienter och deras anhöriga i livets slut kan förväntas vara en mycket komplex situation där sorg, ilska och rädsla kan uttryckas på olika sätt. Vidare beskriver tidigare forskning att sjuksköterskor kan förmildra patienternas kritiska tillstånd. Det ställs höga krav på sjuksköterskor då de professionellt skall kunna bemöta patienter och deras anhöriga i svåra situationer samt att orka stanna kvar i dessa. Människan ska ses som en unik helhet av kropp, själ och ande. Genom att förstå dessa olika delar som skapar människors helhet kan det ges insikt om hur delarna är beroende av varandra. För att kunna göra livskvalitén så hög som möjligt för patienter som vårdas i livets slutskede och samtidigt värna om patienters anhöriga, kan en djupare förståelse för hur sjuksköterskor erfar vårdandet bidra till ett utvecklande av förbättringsområden inom sjuksköterskors profession. Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede kan ge värdefull insikt och bidra till betydelsefull kunskap. Kunskapen kan sedan omsättas i det praktiska arbetet som stöd för sjuksköterskor att vårda patienter och kan därmed stötta sjuksköterskor att vårda patienter i sitt vårdande. Därmed är det viktigt att utöka kunskapsområdet gällande sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede.

3 SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede.

4 METOD

Valet av en systematisk litteraturstudie som metod baserades på att den anses lämpa sig väl då syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter för att sedan bilda en ny helhet. En ökad förståelse för valt problem kan leda till kunskaper som sedan kan omsättas och användas i praktiken. Genom att använda en beskrivande syntes sammanställs materialet och minskar risken för att omtolka bearbetat material.

En litteraturstudie av beskrivande analys innebär att söka, kritiskt granska sammanställa kvalitativa artiklar för det valda syftet och problemet. De vårdvetenskapliga artiklarna som granskats är av kvalitativ ansats. Kvalitativa artiklar har som främsta mål att leda till en djupare förståelse. Genom kvalitativa artiklar kan sjuksköterskors förståelser samt

erfarenheter beskrivas (Friberg, 2017). Metoden som valts för detta examensarbete är en systematiskt litteraturstudie med beskrivande syntes enligt Evans (2002). Den beskrivande syntesen utgår utifrån fyra delar. Den första delen innefattar att göra en sökning i databaser för att finna material till den kommande litteraturundersökningen. Den andra delen innefattar att läsa artiklarna flera gånger för att sedan kunna ta ut nyckelfynd som svarar an på syftet. Nyckelfynden samlas in och minskar då ner artiklarna till grundläggande delar. I den tredje delen identifieras teman. Nyckelfynden som blivit funna under steg två i analysen skapar teman. Skillnader och likheter jämförs. Teman som uppkommer skall sorteras och kategoriseras. Utifrån teman kommer subteman att identifieras. Teman och subteman undersöks. Den fjärde delen i analysen innebär att beskriva fenomenet. Varje tema och subtema beskrivs och hänvisar till den ursprungliga artikeln (Evans 2002). Nedan beskrivs urval och datainsamling, dataanalys och genomförande samt etiska överväganden.

4.1 Urval och datainsamling

Sökningar valdes att först göra i databasen CINAHL plus och PubMed för att hitta relevanta vårdvetenskapliga artiklar med inriktning mot omvårdnad. Inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle beskriva sjuksköterskors erfarenheter, vara av kvalitativ ansats, skrivna på engelska och de artiklarna som valdes ut från CINAHL plus avgränsades med att vara Peer Reviewed. Artiklarna som valdes ut från PubMed granskades via ULRICHSWEB (2017) som påvisade att de är vetenskapliga tidskrifter. Från början avgränsades publikationsåren inom fem år. Sökningen ansågs inte ge tillräckligt många träffar på artiklar som svarade an på syftet, därför utökades ramen till tio år för att få fler träffar på artiklar som ansågs svara på syftet. En av de utvalda artiklarna är publicerad 2007. Årtalet anses inte vara avgörande då erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede inte har ändrats över den korta tiden samt att erfarenheter bär människor med sig oavsett årtal. Exklusionskriterier var artiklar som speglar patient eller anhörigperspektiv, artiklar som syftade till barnperspektiv samt artiklar som fokuserade på den medicinska delen av vård i livets slutskede. Svensk MeSH användes som hjälp för att finna relevanta sökord på engelska till artikelsökningen. Sökord som använts är: *palliative care home, nurse perspective, palliative nursing, terminal, home nursing, nursing attitudes, registred nurses experience, dying, experiences, terminal care, terminally, experiencing patient, caring, end of life*. Ordet AND användes mellan sökorden för att sammanlänka ord med varandra vilket benämns som en boolesk sökning. Vid första urvalet av artiklarna lästes titlarna för att se om de svarade an på syftet. Om titlarna ansågs svara an till syftet lästes abstracten, där det tydligt framgick om artiklarna var relevanta för det valda ämnet. De abstract som ansågs ha relevans för ämnet granskades noggrant och 12 artiklar valdes så ut. Där efter kvalitetsgranskades alla de utvalda artiklarna. En kvalitetsgranskning enligt Friberg (2017) syftar till att leda till en tydligare förståelse för artiklarna samt bedöma kvaliteten. Efter kvalitetsgranskning kan ställning tas till om de utvalda artiklarna svarar an på det utformade syftet. I kvalitetsgranskningen gavs svar på andra aspekter än artikelns resultat. Exempelvis teoretiska utgångspunkter, syfte, metod och problemformulering granskades. Kvalitetsgranskningen utgick från 15 frågor. Frågorna svarades med JA eller NEJ. Den maximala poäng en studie kunde få var 15 poäng, då varje JA gav ett poäng. Se Bilaga B för kvalitetsgranskningens frågor och svar. Omdömen som gavs

var låg, medel eller hög. Det låga omdömet var ett till fem poäng, medel omdöme fem till tio poäng och hög tio till 15 poäng. Alla de 12 artiklar som kvalitetsgranskades visade sig hålla en hög kvalitet och ansågs svara an på syftet. Därmed inkluderades dessa 12 artiklar till examensarbetet. Artiklarna redovisas i artikelmatris i Bilaga C.

4.2 Dataanalys och genomförande

Evans (2002) beskrivande syntes är uppdelad i fyra analyssteg. I det första steget samlades vårdvetenskapliga artiklar in med inriktning mot omvårdnad av kvalitativ ansats. Artiklarna numrerades och färgkodades för att senare på ett tydligt sätt kunna se vilka nyckelfynd som tillhörde vilken artikel och där med senare kunna hänvisa tillbaka till ursprungskällan. I det andra steget lästes artiklarna flertalet gånger för att få en djupare förståelse för helheten. Meningar som svarade an på syftet markerades som nyckelfynd. Nyckelfynden plockades ut från varje artikel och klistrades in och sammanställdes i ett nytt dokument. Totalt resulterades det i 126 nyckelfynd. Samtliga nyckelfynd diskuterades om de var relevanta till det utvalda syftet och gemensamt beslutades det om nyckelfyndet skulle inkluderas eller exkluderas. Nyckelfynden som beskrev liknande erfarenheter samlades i högar. I det tredje steget sammanställs nyckelfynd, likheter och olikheter studeras och bildar teman följt av subteman. Subteman skapades efter teman för att få en tydligare beskrivning av temat. Exempel på nyckelfynd, subtema och tema redovisas i Tabell 1. Analysen av nyckelfynden ledde fram till två teman med fem subteman. I det fjärde steget skapades ett nytt resultat. Teman formade rubriker och subteman formade underrubriker. Subteman redovisades i löpande text i resultatet. Citat användes för styrka de beskrivna erfarenheter som sjuksköterskor utifrån intervjuerna angett.

Tabell 1: Beskrivning av nyckelfynd, tema och subtema.

Nyckelfynd	Tema	Subtema
”Sometimes the nurses regarded existential conversations as a heavy burden, which drained them of energy and could trigger anxiety.” (Strang, Hénoch, Danilsson, Browall, Melin-Johansson, 2014, s. 565).	Otilräcklighet	Svårt att tillfredsställa behov
“Furthermore, nurses without previous experience in end-of-life situations describe their first time caring for a dying patient as difficult in terms of the responsibility and the support provided, especially to relatives. They describe difficulties in discussing death and dying and a lack of knowledge about existential issues.” (Andersson, Salickine, Rosengren 2015 s.147).		Svårt att hålla personlig distans

4.3 Etiska överväganden

Examensarbetet har skrivits i enlighet med CODEX (2018) för att undvika oredlighet som exempelvis plagiat, förfälska eller fabricera. Genom att referera samtlig litteratur som används enligt American Psychological Association (APA, 2018) framgår det tydligt vart data är inhämtad. Vetenskapsrådet (2017) beskriver att författare och originaltext måste uppges vid användandet av andras texter. Vidare beskriver Vetenskapsrådet (2017) att forskning ska öppet visa metoder som används, samt vara kritiskt granskad. Forskningens resultat ska redovisas så tydligt att annan forskare kan kontrollera samt göra samma forskning och få liknande resultat. Enligt CODEX (2018) skall forskningen erhålla hög kvalitet. Resultatet i arbetet har skrivits enligt Evans (2002) beskrivande syntes för att minska risken för omtolkning av innehållet i originalartiklarna. Polit och Beck (2017) uppger att egna värderingar eller åsikter skall undanhållas för att undvika att själv påverka resultatet. Artiklar som valdes ut var alla publicerade på engelska. Lexikon har används som stöd vid översättning av artiklarna då ingen av skribenterna har engelska som modersmål.

5 RESULTAT

Efter analys av tolv vårdvetenskapliga artiklar med inriktning mot omvårdnad framkom resultatet som delades upp i två teman. En översikt av teman och subteman presenteras i tabellen nedan.

Tabell 2: Teman och subteman

Tema	Subtema
Otillräcklighet	Svårt att tillfredsställa behov
	Svårt att hålla personlig distans
Tillfredsställelse	Meningsfullhet
	Stöd från teamet
	Förståelse

5.1 Otillräcklighet

Temat Otillräcklighet bestod av två subteman; Svårt att tillfredsställa behov och svårt att hålla personlig distans. Att inte ha den tidsmässiga möjligheten att utföra vård av den kvalitet som sjuksköterskor önskade gav upphov till att inte räkna till för patienter och anhöriga. I vårdandet av patienter i livets slutskede var det vanligt att existentiella frågor dök upp, både hos patienter och anhöriga. Att möta dessa frågor var väldigt påfrestande för sjuksköterskor. Det erfor även vara betungande för sjuksköterskor att vårda palliativa och kurativa patienter samtidigt för att deras sinnesstämning ständigt behövde vara i förändring. Att inte ha tillräcklig kunskap om vård i livets slutskede uttrycktes även av sjuksköterskor som en bidragande faktor till otillräcklighet.

5.1.1 Svårt att tillfredsställa behov.

Sjuksköterskor erfor att de gav mycket av sig själva både i sin profession men även som medmänniska i mötet med den döende människan (Johansson & Lindahl, 2012; Zheng, Guo, Dong, Owens & Glynn, 2015) Att möta existentiella frågor ansågs vara betungande och tog

mycket energi. Det erfors vara svårt att möta och lyssna på patienter med existentiella funderingar, där det inte längre fanns något hopp för patienter. Detta kunde framkalla ångest, tomhet och trötthet hos sjuksköterskor (Johansson & Lindahl, 2012; Strang et al., 2014). När sjuksköterskor inte hade så lång erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede oroade de sig för att inte kunna ge patienterna en god vård samt att kommunicera med dess anhöriga på grund av rädsla för att säga fel saker till dem eller patienter (Johnson et al., 2010). Andersson et al. (2015) beskrev att sjuksköterskor utan tidigare erfarenhet av att vårda i livets slutskede uttryckte att de hade bristande kunskap om existentiella problem och det erfors svårt att diskutera död och döende. Sjuksköterskor hade därmed svårt att ta ansvar och stötta, speciellt anhöriga till en döende patient. Johansson och Lindahl (2012) beskrev sjuksköterskor att det var lättare att möta patienter och dess anhörigas existentiella frågor om de själva hade reflekterat över sin egen världsbild. Rydé och Hjelm (2015) beskrevs det också att sjuksköterskor kunde använda sin egen erfarenhet av sorg och förlust för att hjälpa patienter och anhöriga i sin hantering av situationen. Enligt Strang et al. (2014) är det sjuksköterskors ansvarsområde att öppna upp för konversationer som rör existentiella frågor. Den ständiga tankemässiga närvaron av död i vårdandet och de faktiska dödsfallen orsakade sömnsvårigheter (Anderson, Kent & Owen, 2014; Yim Wah et al., 2013; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Det fanns en drivkraft i att vilja uppfylla patienters önsknings, men den ständiga tidsbristen hindrade sjuksköterskor från att kunna ge tillräckligt av den tid och vård som de önskade kunna ge till patienter (Peterson et al., 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). Att vara närvarande och tillgänglig ansågs vara förutsättningar för att kunna se patienter och anhörigas behov. De erfor sig vara otillräckliga när de inte hade dessa förutsättningar till att kunna ge patienter och dess anhöriga vad de behövde (Johansson & Lindahl, 2012; Wallerstedt & Andershed, 2007). I Anderson et al. (2014) beskrevs det att den svåraste delen i vårdandet var att möta familjer och anhörigas behov och att familjerelaterad vård i livets slutskede borde ges mer uppmärksamhet under sjuksköterskeutbildningen.

”Working with terminally ill patients costs the nurses much energy. Meeting patients often means giving much of one self both as a fellow human being and as a professional nurse; this results in ’being drained of energy’ and ’being in an existential void” (Johansson & Lindahl, 2012, s. 2038).

Sjuksköterskor erfor svårigheter i att vara ansvariga för patienter i livets slutskede samtidigt som de ansvarade för patienter som vårdades kurativt för att patienterna hade olika behov att få tillfredställelse (Andersson et al., 2015; Johansson & Lindahl, 2012; Wallerstedt & Andershed, 2007) Det krävdes därför en viss sinnesstämning i vårdandet av patienter i livets slutskede jämfört med patienter som vårdades kurativt. Att ansvara för patienter med de olika vårdformerna samtidigt innebar att sjuksköterskor behövde vara i en konstant beredskap för förändring, vilket var påfrestande (Johansson & Lindahl, 2012; Andersson et al., 2015). Karlsson, Karlsson, Barbosa da Silva, Berggren och Söderlund, 2013 beskrev att sjuksköterskor ansåg det vara svårt att prioritera i omvårdnadsarbetet när tiden för varje patient var begränsad. Varje patient hade sitt unika behov av omvårdnad vilket medförde att sjuksköterskor behövde lägga mer tid hos en del av dem. Det erfors svårt att värdera vem eller vilka som borde ha prioriterats vid fördelningen av tid. Wallerstedt och Andershed

(2007) beskrev att med hjälp av prioriteringar skulle det ha kunnat skapa mer tid åt patienter som hade det största behovet av hjälp. I vissa perioder så hade sjuksköterskor ansvar för många patienter som var döende och alla behövde mycket hjälp. I de situationerna erfor sjuksköterskor att de inte haft möjlighet att möta alla patienters grundläggande behov.

5.1.2 Svårt att hålla personlig distans.

Sjuksköterskor erfor svårighet i att upprätthålla en professionell hållning till patienter som de vårdade i livets slutskede när det fanns barn som anhöriga. De beskrev att barnen ofta stannade kvar i deras minne och att det ofta uppkom en oro över barnens välmående. När barnen i familjen var ledsna hade sjuksköterskor ofta svårt att kontrollera sina tårar. Barnen som hade varit anhöriga till patienter som vårdats i livets slutskede fanns ofta kvar i tankarna lång tid efter patienter hade avlidit (Kaup, Höög & Carlsson, 2016; Yim Wah, Vico Chung & Lim Wai, 2013). Sjuksköterskor fick ofta bevittna hur patienter successivt bröts ner av sin sjukdom. Ofta förändrades patienternas kroppar väldigt fort och det märktes skillnad från dag till dag. De snabba förändringarna gav upphov till obehag hos sjuksköterskorna och de ansåg att de blev lika illa berörda varje gång och att det inte var något som de vande sig vid (Johansson & Lindahl, 2012). Anderson et al. (2014) beskrev att sjuksköterskor ofta kände ångest eller skuld över hur de reagerade när patienter hade avlidit. De erfor att de fick skuldkänslor och önskade att de kunde göra mer för patienter. Sjuksköterskor hade även svårt att släppa tankar på patienter och patienters anhöriga efter dödsfall. Kaup et al. (2016) beskrev att fysiska symtom som huvudvärk, magont och yrsel kunde förkomma vid situationer som ansågs vara betungande. Det kunde i vissa situationer erfaras att de själva höll på att gå i bitar.

Vidare beskrivs det att sjuksköterskor som vårdade patienter i livets slutskede erfor att det kunde vara svårt att hålla en personlig distans till patienter och dess anhöriga då de i flera fall identifierade sig med personerna i den rådande situationen (Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek & Pincon, 2010; Kaup et al., 2016). Att identifiera sig med patienter ansågs vara riskfyllt liksom att bli för personligt involverad då det kunde bli svårt att släppa taget om patienter efter dess död. Sjuksköterskor betonade att det var viktigt att försöka hålla en distans till sina känslor för att kunna vara professionell i sitt arbete (Johansson & Lindahl, 2012; Peterson et al., 2010; Wallerstedt & Andershed, 2007). Dock framkom det i Rydé och Hjelm (2015) att det borde uppmuntras att gråta tillsammans med anhöriga då det kan vara en lättnad för alla närvarande och skapa samhörighet. *"I was shocked. Again, I think it was mostly because he was so close to my Mum's age, and so close to my Dad's age. And it really gets you thinking about a lot of things"* (Anderson, Kent, Owens, 2014, s. 700).

Sjuksköterskor uttryckte att de föredrog att vårda patienter som ansågs var lätta att prata med och att de medvetet kunde undvika att prata med patienter som upplevdes som aggressiva och falska. De var dock medvetna om att det var oprofessionellt att avhålla sig från patienter som ansågs besvärliga. Sjuksköterskor beskrev vidare att de var medvetna om att patienter och deras anhöriga kunde uttrycka ilska och klagomål och att det var baserat på det

faktum att patienter var döende. Trots vetskapen om att patienter och anhöriga inte hade för avsikt att rikta sin frustration personligen till sjuksköterskor, så kunde de inte undvika att bli provocerade (Strang et al., 2014; Zheng, Dong & Owens Glynn., 2015).

5.2 Tillfredsställelse

Temat tillfredsställelse bestod av tre subteman: meningsfullhet, stöd från teamet och förståelse. Sjuksköterskor fick genom sitt arbete tillbaka tacksamhet och uppskattning från patienter och anhöriga. De erfor då att vården de utfört var meningsfull och det fick dem att fortsätta vilja göra gott. I vårdandet förekom möten som erfors både energigivande och betungande. Oavsett stämning så erfors sjuksköterskor stöd från teamet som värdefullt. Det ansågs tillfredställande att kunna reflektera och dela erfarenheter med varandra. Det behövs förståelse för att alla vårdsituationer och patienter är unika. När de erfor att de hade förmåga att läsa av situationer kände de sig bekväma i sitt handlande.

5.2.1 Meningsfullhet

Sjuksköterskor som vårdade patienter i livets slutskede erfor att deras arbete var tillfredsställande (Andersson et al., 2015; Zheng et al., 2015; Wallerstedt & Andershed, 2007; Johansson & Lindahl, 2012). Att ha fått möjlighet att ge patienter ett fint avslut av deras liv beskrevs av sjuksköterskor ha en djup mening och gav dem en tacksamhet till vårdandet. Det ansågs även ge dem en inre belöning vilket påverkade deras vilja att fortsätta att göra gott för patienter och anhöriga (Johansson & Lindahl, 2012). De beskrev att vårdandet av patienter och anhöriga gav positivt tillbaka och när de fått uppskattning och tacksamhet visat för dem erfor de att det arbete de gjort gentemot patienter och anhöriga var meningsfullt. Dessa erfarenheter gav sjuksköterskor styrka att orka fortsätta vårda patienter i livets slutskede (Andersson et al., 2015; Johansson & Lindahl, 2012; Strang et al., 2014). Det var tacksamt att få komma in i familjers liv och bli en del av det för en stund. Alla former av känslor var tillåtna att visa (Strang et al., 2014; Yim Wah 2013). Sjuksköterskor beskrev även att de själva hade fått en större respekt för sitt eget liv efter att de hade arbetat med vård i livets slutskede. De beskrev sig vara mer tacksamma för vad de hade och klagade inte längre över saker som de nu ansåg vara oväsentliga (Strang et al., 2014). *”This enriched the nurse and gave them a feeling that their work was meaningful. Through their many meetings with dying people, the nurse appreciated and reevaluated their lives and no longer complained about trivialities”* (Strang et al., 2014, s. 565).

Vidare beskrev sjuksköterskor att det var viktigt att anhöriga till patienter som vårdades i livets slut var nöjda med vårdandet. Anhöriga som visade tacksamhet och att de var nöjda med vården i livets slutskede gav sjuksköterskorna bekräftelse på att arbetet de utfört var meningsfullt för de anhöriga (Andersson et al., 2015; Johansson & Lindahl, 2012; Kaup et al., 2016). De vardagliga mötena med patienter gav sjuksköterskor kunskap som genererade en ökad säkerhet i professionen och som gav dem styrka till att möta utmaningar (Wallerstedt & Andershed, 2007). Yim Wah et al. (2013) beskrev att sjuksköterskors mål var att ge god omvårdnad till patienter. Även om dem var upptagna och det inte fanns tid så strävade de

alltid efter att visa för patienter att de var betydelsefulla. De beskrev att dem blev tillfredsställda när de erfor att dem uppfyllde rollen som sjuksköterskor. De beskrev även att de erfor tillfredsställelse när de pratade med patienter och märkte att patienter blev lugnare av samtalet. Oavsett vad patienter eller sjuksköterskor hade för relation så erfor sjuksköterskor att de skapade skillnad som uppskattades hos patienter vilket ledde till att de kände sig nöjda. Andersson et al. (2015) beskrev att sjuksköterskor ofta spenderade tid med patienter som var ensamma. Om de anhöriga inte hade möjlighet att spendera tid hos dem som var döende så var sjuksköterskor ofta närvarande hos dem trots att de inte hade uttryckt någon form av ångest eller smärta. Sjuksköterskor ville förhindra att de döende skulle erfara ensamhet i den sista tiden av sitt liv. De såg sitt dagliga arbete med patienter och anhöriga som annorlunda. De beskrev att de ofta tillsammans med anhöriga stött bredvid patienter när de tagit sitt sista andetag. Trots att det fanns dagar som ansågs vara svåra och jobbiga att hantera så hade sjuksköterskorna aldrig ångrat sitt yrkesval då de erfor att det dagliga arbetet som de utfört var meningsfullt.

5.2.2 Stöd från teamet

Sjuksköterskor som var ensamma med att ha ansvaret över vården i livets slutskede för en patient kunde känna att de var i behov att reflektera med sina kollegor. Genom reflektion och stöd från kollegor kunde sjuksköterskor orka fortsätta vara ett stöd för patienter och deras anhöriga under vården i livets slutskede (Törnquist, Andersson, Edberg 2013; Andersson et al., 2015). Johansson och Lindahl (2012) beskrevs det att när de vårdat döende patienter så krävdes det en djupare reflektion kring förhållningssätt och behandling, än när patienter vårdades för något som inte var livshotande. Det ansågs vara ett värdefullt stöd att kunna dela känslor och erfarenheter med sina kollegor. Kaup et al. (2016) ansåg att kollegorna var säkra i sin profession vilket gjorde överlämnandet av patienter och anhöriga vid arbetspassets slut enkelt. I Anderson et al. (2014); Andersson et al. (2015) framkom det att när sjuksköterskor erfor sorg efter en patient avlidit visade det sig vara betydelsefullt att dela med sig av sina tankar med kollegor. Den psykiska hälsan påverkades positivt av att dela med sig av sina erfarenheter med kollegor som förstod vad de hade gått igenom. Det stärkte i sin tur deras självförtroende. Enligt Törnquist et al. (2013) ansågs det vara viktigt att samarbetet mellan sjuksköterskor och dess kollegor var fungerade samt att det gavs möjlighet till reflektion, för att kunna lära av varandra. *"Nurses describe strategies to manage their feelings, e.g., by talking to colleagues and friends outside work"* (Andersson et al., 2015, s. 147).

Sjuksköterskor som inte hade möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter med kollegor, eller om sjuksköterskor kände bristande stöd från kollegor eller chefer beskrev att de erfor mental stress och ångest (Anderson et al., 2014; Wallerstedt & Andershed, 2007). När stödet från läkarna var bristfälligt kunde det leda till osäkerhet för sjuksköterskor. Ett bristande samarbete i teamet erfors orsakat en osäkerhet i vem som skulle göra vad och de erfor sig inte haft kontroll över situationer. Det var problematiskt när sjuksköterskor och deras kollegor hade delade åsikter om hur vård i livets slutskede skulle utföras. Även ett bristande samarbete dessemellan försämrade vårdkvalitén och etiska problem uppstod (Karlsson et al., 2013). *"Nurses who felt unable to share their experience, or when the emotional impact*

of the death was not acknowledged by others, appeared to experience more ongoing emotional distress” (Anderson et al., 2014, s. 699).

Sjuksköterskor erfor att läkare kunde uppvisa en osäkerhet i att kommunicera och av att befinna sig i samma rum som patienter och dess anhöriga när patienter var döende. Detta ansåg sjuksköterskor som en brist i vårdandet och teamarbetet. Sjuksköterskor fick ofta gå in och ta läkarens ansvar av att samtala och bemöta medicinska frågor. Trots att de inte ansågs sig besitta den kompetensen (Wallerstedt & Andershed 2007).

5.2.3 Förståelse

När sjuksköterskor i Johansson och Lindahl (2013) vårdade i livets slutskede ansåg de sig behöva kunskap om hur de ska agera och förhålla sig i möten med patienter och anhöriga. De behövde ha en förståelse för sin egen självkänedom och för att andra människor inte delar samma uppfattningar och värderingar som de själva. Strang et al. (2014) beskrev att det var viktigt att kunna normalisera komplexa situationer, kunna bekräfta patienter och där med berätta att det är okej att vara ledsen över sina förluster i livet. Sjuksköterskor erfor att de behövde besitta kompetens att kunna läsa av situationer där patienter inte vill prata. Det var även viktigt att de kunde hålla en balans i samtalen som de hade med patienter och deras anhöriga. Det var viktigt att erbjuda samtal men att inte gå för djupt in i diskussionerna utan att patienterna ville det. Det beskrevs i Andersson et al. (2016); Rydé och Hjelm (2015) att det var viktigt att förstå att alla patienter inte kunde uttrycka sin smärta, oro eller ångest verbalt. De behövde då kunna läsa av patienters kroppsliga uttryck. Vidare framkom det i Rydé och Hjelm (2015) att sjuksköterskor erfor att de ville förmedla att det var okej och naturligt att gråta. Det ansågs viktigt att låta patienter gråta färdigt och inte försöka stoppa det. Medan patienter grät kunde de hämta något att ge dem att dricka eller stoppa om dem med en filt. Det handlade mycket om att vara närvarande och inte om att kommunicera. När tårarna började ebba ut kunde sjuksköterskor fortsätta vara ett stöd genom att sitta vid dem och berätta att de fanns där för dem. Sjuksköterskor behövde ha förståelse för att de fanns patienter som inte ville gråta och som inte fann någon mening med det. I de fallen fick de ta ett steg tillbaka och lät patienter hantera situationen på sitt egna vis. Wallerstedt och Andershed (2007) beskrev att inom vården i livets slutskede var det väldigt viktigt att fokusera på den unika individen och att kunna vara flexibel i sitt arbete för att öka livskvaliteten hos patienter och anhöriga. *”The nurses mentioned how important it was for the final time to be focused on the unique patient. They described how flexibility and non traditional work methods could sometimes used to egender life quality for the patients / relatives.” (Wallerstedt & Andersheds, 2007, s. 34).*

Hur sjuksköterskor behandlade patienter och anhöriga var av stor betydelse och erfors vara ett stort ansvar. De hade förståelse för att ord och handlingar kunde ha en stark inverkan på patienter och anhöriga. Yim Wah et al. (2013) beskrev att sjuksköterskor hade utvecklat en förståelse för att inte personligen ta åt sig när de skuldbelagts av anhöriga. I de flesta fall berodde anhörigas agerande på frustration och sorg. Genom att se situationer utifrån de anhörigas perspektiv, ökade insikten av att inte personligen ta åt sig.

6 DISKUSSION

Detta examensarbete syftade till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede. Nedan följer en resultatdiskussion, metoddiskussion och etikdiskussion. I resultatdiskussionen kommer resultatet diskuteras utifrån tidigare forskning, de fyra hörnstenarna, de 6 S:n samt teoretiska utgångspunkter som framkommer i bakgrunden. I metoddiskussionen diskuteras metoden och analysen. Tillförlitlighet, giltigheten samt överförbarheten kommer även att diskuteras. Etikdiskussionen kommer att innehålla etiska överväganden samt ställningstaganden som framställts som betydelsefulla för examensarbetet.

6.1 Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna erfor både otillräcklighet och tillfredsställelse av att vårda patienter i livets slutskede. Resultatet visade att en av de mest framträdande erfarenheterna i vårdandet var att de ständigt mötte existentiella frågor. Resultatet stämmer överens med Sparla et al. (2017) då det framkommer att patienter ofta funderar över om de hade kunnat göra något annorlunda för att förhindra att de skulle bli obotligt sjuka. I resultatet framkom det även att det var svårt att bemöta patienters och anhörigas funderingar, dels för att de erfor att de inte hade tillräckligt med kunskap angående det existentiella men även för att de var medvetna om att patienterna snart skulle dö och att det var svårt att förhålla sig till det faktum att de inte kunde ingiva något hopp i dem eller dess anhöriga. Enligt Eriksson (2015) anses människan vara i behov av något att tro på och som ger människan hopp samt att i vårdandet ska patienter ses som en helhet bestående av själ, kropp och ande. När sjuksköterskor erfor att de inte kunde tillfredsställa patienters alla delar så uppkom bland annat ångest hos dem, som i sin tur tog energi och de ansågs sig otillräckliga i sin profession. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2017) beskrivs det att sjuksköterskor ska ha kunskap om patienters andliga behov för att kunna ge en god omvårdnad.

Det framkom i resultatet att det var vanligt att sjuksköterskor identifierade sig med antingen patienter eller anhöriga i vårdsituationer. När de kunde identifiera sig med de berörda berodde det antingen på att de varit med om en liknande situation i sitt privata liv eller att de kunde förstå sig att det hände sin egen anhörig, då patienter kunde vara i samma ålder som de själva eller någon som stod dem nära. Identifieringen utgjorde en eventuell risk i att påverkas negativt med symtom som nedstämdhet och minskat välbefinnande som följd. Att sjuksköterskor skulle kunna identifiera sig med andra människor och inneha förmågan att se bortom sig själva beskriver Eriksson (2015) som en förutsättning för att kunna vårda.

Sjuksköterskorna i resultatet erfor att det är lätt att bli för personligt involverad i patienters situation och att det kan föreligga en risk i det. Den största risken ansågs vara att inte längre kunna hålla en professionell distans till vårdrelationen och därmed riskerade sjuksköterskornas vägledande och stöttande funktion att gå förlorad. Resultatet visade även en annan sida av att bli en del av patienters familj för en liten stund. Dels erfors det som ett privilegium att få vara en del av vårdandet men även att sjuksköterskorna fick ta emot

tacksamhet av anhöriga och patienter som i sin tur genererade styrka och meningsfullhet i att fortsätta vårda patienter i livets slutskede. Detta överensstämmer med Eriksson (2015) som menar att vårda innebär att vara delaktig och vara en del av det hela. Genom att dela tid och rum men även glädje och sorg kunde en gemenskap skapas.

Utifrån resultatet framkom det att det krävdes erfarenhet av att vårda i livets slutskede för att kunna öppna upp för konversationer gällande död och döende. När sjuksköterskorna erfor att de inte besatt den erfarenheten kunde de vara svårt att ge det stöd som anhöriga tycktes behöva. Gjerberg et al. (2015) beskriver att patienter har haft givande konversationer med sjuksköterskorna om vad de önskar i sin sista tid av livet. Anhöriga uppger att de uppskattar att sjuksköterskor tar upp diskussioner med dem angående patienters önsknings, vilket överensstämmer med det Witkamp et al. (2016) bekräftar, dels för att det gav bekräftelse till dem samt för att det ansågs vara ett känsligt ämne att själva starta upp.

Resultatet visade att sjuksköterskorna erfor att de behövde anpassa varje vårdsituation efter patienters behov och önskemål, vilket stärkts utifrån begreppet självbestämmande som är ett av de 6 S:n i personcentrerad vård Ternestedt et al. (2017). Där beskrivs det att patienter själva ska ha rätten att i så stor utsträckning som möjligt fatta egna beslut och påverka sitt vårdande. Det framkom i resultatet att de behövde anpassa vårdandet utefter vårdtagarnas särskilda behov, för att öka livskvalitén hos dem. Eriksson (2015) belyser sjuksköterskors förmåga att kunna anpassa sig efter patienter som en del i teorin om "leken" i vårdandet. I resultatet beskrivs det att sjuksköterskors mål är att ge så god vård som möjligt vilket innebar att ha en förståelse för att alla vårdtagare har olika viljor, värderingar och behov. De olika behoven kunde visa sig i de fall där patienter inte ville ha anhöriga hos sig medan de i andra fall vill de ha dem närvarande dygnet runt. I Andersson et al. (2008) anser patienter att de inte vill delge anhöriga någon information om sitt mående för att undvika att bli tagna som en börda. De var rädda för att förlora sin värdighet och för att bli sedda som någon de inte ville vara. Detta kan relateras till de 6 S:n i personcentrerad vård Ternestedt et al. (2017) skriver om gällande självbild, att patienter ska ha rätten till att få vara den person som de upplever sig vara. Utifrån resultatet erfors anhöriga tacksamma över att fått varit delaktiga och de tagits hänsyn till av sjuksköterskor. I Witkamp et al. (2016) ansågs det värdefullt att som anhörig fått möjlighet till att sova kvar eller äta middag tillsammans med patienter. Det går i linje med Ternestedt et al. (2017) beskrivning av att få möjlighet till att ha anhöriga närvarande om så önskas och därmed främja patienters sociala relationer.

Omsorg av anhöriga erfors av sjuksköterskorna i resultatet som en av de svåraste delarna i vårdandet. De uttryckte behov av mer kompetens inom området samt att bemötandet mot anhöriga bör ges mer uppmärksamhet i sjuksköterskeutbildningen. Det framkom även att sjuksköterskorna erfor att anhöriga kunde skuldbelägga och uttrycka aggressivitet mot dem. Av erfarenheter visste de att utfallet inte var riktat mot dem personligen och att det var ett utlopp för det faktum att dess anhöriga var döende. En av de fyra hörnstenarna utifrån (SOU 2001:6) syftar till att anhöriga ska få vara delaktiga och få stöttning under och efter vårdtiden. Som anhörig i Gjerberg, et al. (2015); Witkamp et al. (2016) uttrycks det behov av att få möjlighet att delta i beslut angående patienters vård. Att vara anhörig till en patient som vårdades i livets slutskede beskrivs av François et al. (2017) som en påfrestande situation men också att det var svårt att hantera den. Gjerberg et al. (2015); Robinsion et al.

(2016) ansåg den pressade situationen bli hanterbar om det finns möjlighet att resonera tillsammans med sjuksköterskor om vårdandet som de utförde.

Sjuksköterskorna erfor att arbetet de utfört var betydelsefullt för vårdtagarna och det erfor i sin tur vara tillfredsställande för dem. Det fanns en drivande kraft i att ha fått möjlighet till att ha tillgodosett vårdtagares behov och lindrat dess lidande. I en av de fyra hörnstenarna (SOU 2001:6) ingår symtomlindring som syftar på lindrandet av patienters fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Witkamp et al. (2016) uppger att anhöriga känner sig trygga med att ha släppt på sitt egna kontrollbehov gällande patienters välbefinnande. De lägger helt ansvaret och förtroendet på att sjuksköterskorna gör sitt yttersta för att lindra patienternas lidande. I resultatet framkom sjuksköterskornas positiva erfarenheter av att ha haft kollegor att reflektera och utvärdera tillsammans med. Genom att ha fått stöttning av kollegor som själva varit med om liknande situationer visade sig vara värdefullt. Det stärkte relationerna mellan kollegorna och bidrog till ett bättre samarbete och i en styrka till att fortsätta vårda. Sjuksköterskorna erfor osäkerhet i vårdandet och mental stress när samarbetet i vårdteamet inte fungerade. Det ledde därmed till att de erfor att vårdkvaliteten försämrats. SOU (2001:6) beskriver de fyra hörnstenarna där de belyser att samarbete i vårdteamet är en viktig förutsättning för att kunna utöva en god och säker vård. Vilket då stämmer överens med det beskrivna fyndet. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) ska sjuksköterskor kunna samverka med sitt team och främja kontinuitet och säkerhet i vården. Witkamp et al. (2016) beskriver att anhöriga erfar att vårdkvaliteten brustit och därmed känner ett ansvar gentemot patienter att de ständigt behöver vara närvarande för att kunna kontrollera vårdhandlingar som utförs. Sjuksköterskorna erfor att patienter ofta gav uttryck för sitt mående genom att gråta. När patienter grät lät de patienter gråta färdigt utan att avbryta eller försöka stoppa dem. De erfor att det bästa sättet att stötta var genom att endast finnas närvarande och ge dem extra omvårdnad. Eriksson (2014) beskriver den naturliga vården som att kunna ge närhet och omvårdnad. SOU (2001:6) beskriver symtomkontroll och Ternestedt et al. (2017) beskriver symtomlindring. Innebörden av begreppen är desamma och syftar till att sjuksköterskor ska kunna uppmärksamma, behandla och följa upp symtom som patienter kan ge uttryck för. Patienters sista tid i livet ska vara så smärtfri som möjligt och det är sjuksköterskors ansvar att lindra lidande.

6.2 Metoddiskussion

Examensarbetet är skrivet utifrån Evans (2002) beskrivning av systematisk litteraturstudie med deskriptiv analys baserat på kvalitativa vårdvetenskapliga artiklar. Analysmetoden deskriptiv analys användes för att minimera risken för omtolkning samt att få en fördjupad kunskap om det valda ämnet. Valet av metod baserades på att syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede. Genom en litteraturstudie skapades en övergripande bild av tidigare forskning som sedan gav en djupare förståelse för det valda fenomenet. En empirisk studie som innefattar intervjuer hade kunnat användas för att genomföra undersökning av sjuksköterskors erfarenheter att vårda i livets slutskede. Eventuellt hade det kunna leda till en djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av

att vårda patienter i livets slutskede. Enligt Polit och Beck (2017) är en intervjustudie tidskrävande och på grund av tidsbegränsningen av examensarbetet valdes det bort att göra empirisk undersökning då materialet hade blivit allt för omfattande. Det togs ett övervägande att göra en allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2017). Skillnaden i det arbetet hade varit att använda kvalitativa och kvantitativa artiklar. Fribergs (2017) beskrivning av en litteraturöversikt utgår ifrån att jämföra skillnader och likheter i de olika artiklarnas syfte, metod och resultat för att sedan ta stöd i statistik. Då syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter valdes litteraturöversikt bort, då det anses vara svårt att beskriva erfarenheter med siffror och statistik. Vid en kvalitativ ansats beskriver Polit och Beck (2017) det skapas en djupare förståelse för händelser som rör erfarenheter och upplevelser. Analysen utgick från Evans (2002) modell. Analysen ansågs vara lämplig då den hade en tydlig struktur på vilka steg som skulle följas. Vidare var det fördelaktigt med fyra analyssteg då artiklarna genomgick fyra olika steg där artiklarna granskades under varje steg och där med skapades en ökad förståelse för artiklarna och risken för omtolkning minskades. 126 stycken nyckelfynd tog ut. Dessa lästes och diskuterades tillsammans. Nyckelfynden kopplades tillbaka till ursprungsartikeln och lästes i sammanhanget det var skrivit i för att undvika misstolkning.

Artiklarna som ansågs svara an på syftet valdes att kvalitetsgranskas utifrån Friberg (2017). Kvalitetsgranskningen ansågs vara nödvändig för att kunna utesluta artiklar som eventuellt inte uppfyllde kriterierna för att få inkluderas i examensarbetet. För att inkluderas i examensarbetet fanns kriteriet att artikeln skulle svara Ja på majoriteten av kvalitetsfrågorna och därmed vara av hög kvalitet. Kvalitetsgranskningen gav poäng till artiklarna utefter varje besvarad fråga. Ett poäng om artikeln svarade ja frågan och noll poäng om artikeln svarade nej på frågan. Artiklar som fick noll till fem poäng ansågs vara av låg kvalitet, fem till tio poäng ansågs vara av medelkvalitet samt tio till 15 poäng som ansågs vara av hög kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen fanns det artiklar som inte uppfyllde alla kriterier. Dessa artiklar valdes ändå att inkluderas i examensarbetet då artiklarna svarade ja på majoriteten av kvalitetsfrågorna och artiklarna ansågs därför vara av hög kvalitet.

Polit och Beck (2017) beskriver tre kvalitetskriterier som kan stärka trovärdigheten till artiklar, giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltigheten i en artikel påvisar om artikeln har undersökt det som var tänkt att undersöka. Tillförlitligheten ökas om undersökningen kan göras av annan författare med liknande metod och få liknande resultat. Överförbarheten påvisar i vilken omfattning fynden i artikeln kan tillämpas till andra verksamheter. Tillförlitligheten i examensarbetet stärktes på grund av att artiklarna som inkluderades i arbetet kvalitetsgranskades enligt Friberg (2017). Elva av de 12 artiklarna som inkluderades i examensarbetet var inom ramen av tio år, för att examensarbetets resultat skulle vara så aktuellt som möjligt. En artikel är från 2007, artikelns resultat visade sig inte skilja från de artiklar som hade en referensram på tio år. Styrkande till arbetet var att alla de artiklar som valdes att inkluderas från CHINAL Plus var avgränsade med sökfunktionen Peer Reviewed. I databasen PubMed är det inte möjligt att avgränsa med Peer Reviwed, istället genomfördes granskning via ULRICHSWEB (2017) som påvisade att artiklarna var vetenskapliga tidskrifter. Ett av inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara publicerade på engelska. Detta kan ses som en svaghet för examensarbetets resultat då artiklar som var publicerade på annat språk än engelska exkluderades oavsett om de hade relevans för syftet.

Tillförlitligheten till examensarbetet stärktes via tydligt presenterad arbetsprocess, analys och presenterade bilagor.

Polit och Beck (2017) beskriver överförbarhet hur resultatet kan sträcka sig till övriga sammanhang. Det som ansågs vara stärkande i examensarbetets resultat var att denna litteraturstudie innefattade sjukskötersors erfarenheter av att vårda i livet slutskede oavsett kontext. Ingen avgränsning gällande arbetsplats fanns då syftet inte innehöll att beskriva vård i livets slutskede i specifika vårdmiljöer. Allmänsjuksköterskor kan arbeta på flera olika arbetsplatser där det bedrivs vård i livets slutskede. Inga avgränsningar gjordes heller baserat på antal yrkesverksamma år eller ålder på sjuksköterskor. Svaghet kunde ses då majoriteten av artiklarna innehöll intervjuer med kvinnliga sjuksköterskor. På så vis är överförbarheten till män lägre. Åtta av de 12 artiklar som valdes att inkluderas i examensarbetet har Sverige som ursprungsland. Det anses vara en styrka att ha artiklar med ursprungsland från flera olika länder då det möjligtvis ger en bredare översikt och därmed blir mer internationella. Det kan även ses som en svaghet för överförbarheten enligt Polit och Beck (2017) då sjuksköterskors utbildning kan vara formad på olika sätt i olika länder.

Polit och Beck (2017) beskriver giltigheten genom att se om arbetet mäter det den är avsedd att mäta. Arbetet skulle kunna göras om och få ett likande resultat. Det var viktigt att fokusera på syftet och bibehålla en naturlig inställning till arbetet under tiden resultatet skrevs. På så sätt kunde förförståelsen undanhållas så långt det var möjligt och inte påverka resultatet. För att undvika att förförståelsen skulle påverka resultatet började de utvalda artiklarna att läsas enskilt, för att sedan diskutera och jämföra tillsammans. Detta ansågs som stärkande för giltigheten för arbetet då det säkerhetsställde att artiklarna svarade an på syftet och inte egna tolkningar. För att stärka resultatet och undvika misstolkning valdes citat att behållas på sitt ursprungsspråk, engelska. Arbetet anses mäta det som avses att mäta då endast artiklar som svarade på syftet valdes att inkluderas till arbetet.

6.3 Etikdiskussion

Etisk prövning har inte behövts utföras då arbetet har byggts upp på bearbetat material. Enligt Codex (2018) är det skribenternas ansvar att forskningsmaterialet som inkluderas i examensarbetet är av hög kvalitet. Artiklarna som har inkluderats i examensarbetet har varit av vårdvetenskapliga tidskrifter samt genomgått kvalitetsgranskning i enlighet med Friberg (2017). Artiklarna som valdes att inkluderas från CINAHL plus var avgränsade med Peer Rewived. Artiklarna som inkluderades från PubMed genomgick granskning via ULRICHSWEB (2017) för att säkerhetsställa att artiklarna var av hög kvalitet. Alla de inkluderade artiklarna är publicerade på engelska. Ingen av skribenterna har engelska som modersmål vilket kan ses som en negativ aspekt då översättningen från engelska till svenska kan ge en annorlunda betydelse. Med hjälp av lexikon översattes vissa delar av artiklarna. För att undvika misstolkning sattes de översatta meningarna tillbaka in i texten och helheten lästes tillsammans för att undvika misstolkning eller förvrängning. Risken för misstolkning minskades även genom att artiklarna började att läsas enskilt för att sedan diskutera dem

tillsammans. Referenshantering och dokumentation har skrivits i enlighet med American Psychological Association (APA, 2018) för att det tydligt skulle framkomma vad som var primärkällan. Det stämmer överens med det CODEX (2018) beskriver att undvika oredlighet som fabricering, förfalskning eller plagiat. Tydlig beskrivning av metod och resultat kan leda till att examensarbetet kan kontrolleras samt utföras av annan skribent och få liknande resultat.

7 SLUTSATS

Syftet med examensarbetet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda i livets slutskede. Det framkommer i resultatet att vårdandet erfars som betungande och känslomässigt jobbigt. Trots de negativa erfarenheterna beskriver de sitt dagliga arbete som meningsfullt och tillfredställande samt att det tillför en personlig och professionell utveckling. Det framkommer att det är viktigt att sjuksköterskor ser de anhöriga, samt att de även kan stötta och tillfredsställa dess behov. Det är viktigt att relationen mellan patienter och dess anhöriga till sjuksköterskor är god. Men det visar även på att relationen kan medföra svårigheter på ett personligt plan för sjuksköterskor, främst när de kan identifiera sig med familjer.

7.1 Förslag på vidare forskning

Sjuksköterskor beskriver att de kan bli påverkade av sitt dagliga arbete i form av negativa erfarenheter som ångest, insomningssvårigheter och nedstämdhet. Intressant forskning kan vara att undersöka vad sjuksköterskor använder för strategier för att inte låta arbetet ha påverkan i privatlivet. Det framgår även i resultatet att sjuksköterskor är i behov av stöd från kollegor för att erfarit välbefinnande. Vidare forskning skulle även kunna syfta till att undersöka erfarenheter av samarbete i team gällande vård i livets slutskede.

REFERENSLISTA

- Ali Cheraghi, M., Payne, S., & Salsali, M. (2005). Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(9), 468-474.
- American Psychological Association. (2018). *Apa Style*. Hämtad 2018-04-25 från: <http://www.apastyle.org/products/asc-landing-page.asp>
- Anderson, N. E., Kent, B., & Owens, R. G. (2014). Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(3), 695-704. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2015). To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 2016(38), 144–149. Doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.026
- Andersson, M., Hallberg, I., & Edberg, A. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(6), 818-828.
- Benkel, I., Molander, U., & Wijk, H. (2016). *Palliativ vård – ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- CODEX (2018). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2018-04-19 från: <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- François, K., Lobb, E., Barclay, S., & Forbat, L. (2017) The nature of conflict in palliative care: A qualitative exploration of the experiences of staff and family members. *Patient Education and Counseling*, 100(8) 1459-1465. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.019>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes-- experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*, 15(1), 103. doi:10.1186/s12877-015-0096-y

Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30). Hämtad 2018-04-15 från:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Johansson, K., & Lindahl, B. (2010). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 2011(21), 2034–2043. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x

Johnston, B M., Milligan, S., Foster, C., & Kearney, N. (2011). Self-care and end of life care—patients' and carers' experience a qualitative study utilising serial triangulated interviews. *Supportive Care in Cancer* 20(8), 1619–1627. doi 10.1007/s00520-011-1252-3

Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(4), 831-838. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x

Kaup, J., Höög, L., & Carlsson, M. E. (2016). Care for Dying Patients at Midlife. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(6), 564. doi:http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1097/NJH.0000000000000295

Odgers, J. (2018). No one said he was dying: families' experiences of end-of-life care in an acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 21-31.

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

Polit, D-F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* 10th Edition. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins.

Robinson, C.A., Bottorff, J.L., McFee, E., Bissell, L.J., & Fyles, G. (2016) Caring at home until death: enabled determination. *Supportive Care in Cancer*, 25(4) 1229-1236. doi: 10.1007/s00520-016-3515-5

Rydé, K., Hjelm, K. (2015). How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective. *Primary Health Care Research & Development* 17(5) 479-488. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1463423616000037

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning.* Stockholm. Hämtad 29 mars 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner.* Hämtad 2018-04-03 från:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

Socialstyrelsen. (2018). *Socialstyrelsens Termbank*. Hämtad 2018-05-03 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=273&SrcLang=sv>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Socialdepartementet

Sparla, A., Flach-Vorgang, S., Villalobos, M., Krug, K., Kamradt, M., Coulibaly, K., Ose, D. (2017). Reflection of illness and strategies for handling advanced lung cancer – a qualitative analysis in patients and their relatives. *BMC Health Services Research* 17 (173), 1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2110-x

Strang, S., Henoch, I., Danielsson, E., Browall, M., Johansson, J. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology* 23(5), 562-568. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3456>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-04-09 från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-04-09 från: [sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.sjukskoterskeforening.se/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n – En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Thulesius, H. (2016). *Vård i livets slutskede och dödsfall*. Hämtad: 2018-04-26 från: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/Oversikt/>

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A. (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. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x

ULRICHSWEB. (2017). *Ulrichsweb Global Serials Directory*. Hämtad 2018 – 04 - 25 från: <http://ulrichsweb.serialsolutions.com.ep.bib.mdh.se/>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2018-04-25 september 2017 från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

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. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x

Widell, M. (2003). *Lindrände vård- vård i livets slutskede*. Stockholm: Bonnier utbildning AB

Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L., & van der Heide. (2016). How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 235-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.009>

Yim Wah, M., Vico Chung Lim, C., & Wai To, C. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal Of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431.

Zheng, R-S., Guo, Q-H., Dong, F-Q., & Owens, R-G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitativestudy. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288-296. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

BILAGA A – SÖKMATRIS

Databas	Sökbegränsningar	Sökord	Träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Utvalda artiklar
Cinahl PLUS	Peer Reviewd 2014-2018	Palliative home care AND nurses perspective	25	10	6	1
Cinahl PLUS	Peer Reviewd 2014-2018	Nurses experiences AND caring AND dying patients AND palliative care	27	20	8	2
Cinahl PLUS	Full text Abstract Peer Reviewd 2013-2018	Registered Nurses experience AND palliative Care	7	4	2	1
Cinahl PLUS	Full text Peer Reviewd 2014-2018	Dying AND nurs* AND experiences AND terminal care	10	6	3	1
Cinahl PLUS	Full text Peer Reviewd Abstract 2007-2018	Dying AND nurs* AND experiences AND palliative care	45	17	9	1

PUBMED	Full text Abstract 2012-2018	(Nurses AND experiences AND terminally AND death AND patients)	15	6	3	1
PUBMED	Full text 5 years Abstract	Experiencing AND patient AND death AND nurses	28	7	4	1
PUBMED	Full text Abstract 10 years	Caring AND dying patient AND nurses experience	66	24	12	1
Cinahl PLUS	References Available Abstract Available Peer Reviewed 2013-2018	Dying AND nurs* AND experiences	71	22	11	1
Cinahl PLUS	Full text Abstract Available Peer Reviewd 2013-2018	Nurs* experience AND caring AND end of life	13	12	2	2

Finns det metoddiskussion?	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Finns det en återkoppling till de praktiska vårdarbetet?	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Finns det en återkoppling till omvårdnadsvetenskapliga utgångspunkter?	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Finns det några etiska resonemang beskrivna?	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
SUMMA	13	12	13	13	15	15	13	13	13	13	13	13

Låg 1-5 poäng

Medel 5-10 poäng

Hög 10 – 15 poäng

BILAGA C - ARTIKELMATRIS

	Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
1	Andersson, E., Salickine, Z., Rosengren, K (2015) Nurse Education Today Sverige	To be involved - A qualitative study of nurses' experience s of caring for dying patients	Syftet är att beskriva sjuksköterskor s erfarenheter att vårda patienter palliativt på en kirurgisk avdelning.	Intervjuer med sex sjuksköterskor. Beskrivande induktivt tillvägagångssätt.	Sjuksköterskor beskriver att de ofta har en erfarenhet av att de har en bristande kunskap angående vård i livets slutskede.	13 poäng Hög kvalitet
2	Anderson, N. E., Kent, B., Owens, R. G. (2014) International Journal Of Nursing Studies New Zealand	Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death.	Syftet är att beskriva det första mötet med döende patienter för sjuksköterskor .	Fenomenologiskt tillvägagångssätt. Intervjuer med tjugo semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor både positiva och negativa känslor i det första erfarenheter av att vårda patienter i livets slut.	11 poäng Hög kvalitet
3	Johansson, K., Lindahl, B. (2012) Journal Of Clinical Nursing Sverige	Moving between rooms – moving between life and death: Nurses experience s of caring for terminally ill patients in hospitals.	Syftet är att undersöka sjuksköterskor s erfarenheter av att vårda patienter palliativt på allmänna avdelningar på sjukhuset.	Fenomenologiskt hermeneutiskt tillvägagångssätt. Intervjuer från två olika sjukhus med åtta sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor tacksamhet i sitt arbete med patienter i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskriver att känslorna kan fort pendla mellan missnöje och tillfredsställelse.	13 poäng Hög kvalitet

4	Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., Söderlund, M. (2013) Scandinavian Journal Of Caring Sciences Sverige	Community nurses' experience of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. JA	Syftet var att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede när de stöter på etiska problem.	Intervjuer med tio sjuksköterskor. Hermeneutiskt tillvägagångssätt.	Sjuksköterskor erfor ofta känslor av minskad kontroll för patienter som i livets slutskede hemma.	15 poäng Hög kvalitet
5	Kaup., J, Höög., J, Carlsson., L-E, (2016) Journal of Hospice & Palliative Nursing Sverige	Care for Dying Patients at Midlife	Syftet är att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter att vårda patienter palliativt som är i medelåldern.	Intervjuer i tre fokusgrupper med fjorton sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna erfor att de fick bekräftelse på att de gjorde ett bra jobb och att de fick energi av sina patienter.	15 poäng Hög kvalitet
6	Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., Pincon, D. (2010) International Journal Of Palliative Nursing United States	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.	Syftet är att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda patienter i livets slut.	Grounded theory tillvägagångssätt. 15 sjuksköterskor intervjuades.	Sjuksköterskor erfor att de känner oro och känsla av att kommunikationen är svår för de patienter de vårdar och deras anhöriga.	13 poäng Hög kvalitet

7	Rydé., K & Hjelm.,K. (2015) Primary Health Care Research & Development Sverige.	How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective	Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor erfor att de kan stödja patienter som är ledsna i en palliativ hemmiljö.	En kvalitativ explorativ studie utfördes. Semi-strukturerade intervjuer med 8 sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor att de kunde ge känslomässigt stöd genom att visa empati, vara närvarande och låta patienterna gråta. Sedan ge information och praktiskt stöd.	13 poäng Hög kvalitet
8	Strang., S, Henoch., I, Danielsson., E, Browall., M, Melin-Johansson., C. (2014) Psycho-Oncology Sverige	Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning.	Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta döende patienters frågor.	Kvalitativ ansats Gruppreflektions-sessioner med 98 sjuksköterskor.	Sjuksköterskor upplever att mer erfarenheter av att prata om döden med patienter så kände sig sjuksköterskorna mer bekväma och hade modet att bekräfta patienterna.	13 poäng Hög kvalitet
9	Törnquist, A., Andersson, M., Edberg, A-K. (2013) Scandinavia n Journal Of Caring Sciences Sverige	In search of legitimacy – registred nurses' experience of providing palliative care in a municipal context	Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att tillhandhålla palliativ vård för äldre i olika kommuner.	Beskrivande syntes baserad på intervjuer med sjuksköterskor i fokusgrupper. Gjord i fyra kommuner i södra Sverige.	Sjuksköterskor erfor bristande stöd och förutsättningar för att bibehålla hög kvalitet av palliativ vård till äldre patienter som vårdas i livets slutskede.	13 poäng Hög kvalitet

10	Wallerstedt, B., Andershed, B (2007) Scandinavian Journal Of Caring Sciences Sverige	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experience from a nursing perspective.	Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att tillhandhålla vård i livets slutskede utanför en palliativ vårdavdelning.	Fenomenologisk. Intervjuer med nio sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor att dem har hög kompetens för att ge döende patienter samt deras anhöriga en god vård. Det framkommer att sjuksköterskor erfor både positiva och negativa känslor i arbetet.	13 poäng Hög kvalitet
11	Yim Wah, M., Vico Chung Lim, C., Wai To, C (2013) International Journal Of Palliative Nursing Kina	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting.	Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter och anhöriga på akutmedicinavdelning.	Tolkande beskrivande metod av Boyatzis. Intervjuer med 15 sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor otillräcklighet och att de inte var förberedda på den dödliga utgången för patienterna.	13 poäng Hög kvalitet
12	Zheng, R-S., Guo, Q-H., Dong, F-Q., Owens, Glynn, R. (2015) International Journal of Nursing Studies Kina	Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study	Syftet var att belysa kinesiska onkologisjuksköterskors erfarenheter av att vårda döende cancerpatienter.	Kvalitativ beskrivande studie. Halvstrukturerade intervjuer hölls med 28 stycken sjuksköterskor.	Sjuksköterskor erfor svårigheter med att vårda patienter i livets slutskede. Döden är tabu i traditionell kinesisk kultur och på grund av det blev det svårt att kommunicera med anhöriga.	13 poäng Hög kvalitet



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se