



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie- och kandidatnivå

Sjuksköterskans erfarenheter av vård i livet slut på somatisk vårdavdelning – En litteraturöversikt

Nurse's experiences of end-of-life care in a somatic hospital setting - a literature review

Författare: Victoria Busk & Linda Sigfrids

Handledare: Marianne Spante

Granskare: Ingrid From

Examinator: Ann Karin Svanberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 2019-05-28

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Abstrakt

Bakgrund: Vård i livets slut syftar till att förebygga och lindra lidande. Idag lever människor allt längre vilket resulterar i att behovet av palliativ vård och vård i livets slut ökar. Det kan upplevas som utmanande att vårda en döende patient eftersom denna vårdform fortfarande kan vara främmande för många sjuksköterskor.

Syfte: Litteraturoversiktens syfte är att sammanställa forskningsbaserad kunskap om vad som kan påverka sjuksköterskans erfarenheter av vård i livets slut för patienten på en somatisk vårdavdelning.

Metod: Studien genomfördes som en litteraturoversikt som baserades på 15 vetenskapliga artiklar, varav tolv kvalitativa och tre kvantitativa. Artiklarna söktes fram via databaserna i PubMed och CINAHL.

Resultat: Huvudresultatet som identifierades i studien var kompetens, utmaningar och vårdens resurser. Otillräcklig kompetens hos sjuksköterskor framkom, likaså att mer utbildning behövdes på grund av bristande kunskapen hos sjuksköterskor på somatiska vårdavdelningar när det gällde vård i livets slut. Sjuksköterskor som fått utbildning inom området upplevde det lättare och kände sig tryggare med att vårda döende patienter. Det framkom behov av att utveckla detta område i den grundläggande sjuksköterskeutbildningen. Kommunikation, som till exempel att bygga förtroende och sjuksköterskans förmåga att uttrycka sig, var viktiga faktorer. Sjuksköterskor tyckte att det var utmanande att få ett förtroende från patientens närstående.

Slutsats: Sjuksköterskans kunskap har i resultatet visats vara viktigt och behovet av utbildning och fortbildning har varit tydligt framträdande. Med den sjuksköterskebrist som råder behövs fler sjuksköterskor med rätt kunskap. Utbildning och praktiska erfarenheter kan bidra till att sjuksköterskor känner sig trygga i rollen att vårda döende patienter samt att kommunicera med dem och deras närstående.

Nyckelord: *döende, erfarenheter, kunskap, litteraturoversikt, sjuksköterska, vård i livets slut*

Abstract

Background: Palliative care and end-of-life care aims to prevent and relieve suffering. Today people live longer which shows an increased care of dying patients. It can be expressed as challenging to care for a dying patient since this form of care still can be foreign to many nurses.

Aim: The purpose of this literature review was to compile research-based knowledge of things that can affect the nurse's experiences of care in the end of life for the patient in a somatic hospital setting.

Method: The study was conducted as a literature review which was based on twelve qualitative and three quantitative studies. The results were based on scientific articles that were found in databases such as PubMed and Cinahl.

Results: The main result that was identified in the study was competence, challenges and resources of care. Nurses had a lack of knowledge when caring for dying patients in a somatic hospital setting. The competence was inadequate and it appeared that there was a need of more education and the basic nursing education needs to be further developed in end of life care. Nurses who received education in end of life care were more safe caring for dying patients. Communication, for example building trust and the nurse's ability to express themselves, were important factors. Nurses thought it was challenging to earn trust from the patient's relatives.

Conclusion: The results have shown that the nurse's knowledge is important and the need for education and training has been clearly prominent. Today there is a lack of nurses and there is a need for more nurses with the right knowledge. Education and practical experience can help the nurses feeling safer in the role of caring for dying patients and communicating with them and their relatives.

Keywords: *dying, end of life care, experience, knowledge, literature review, nurse*

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
<i>Befolkningen ökar och blir äldre globalt</i>	1
<i>Palliativ vård och vård i livets slut</i>	2
<i>Sjuksköterskans roll</i>	4
<i>Värdegrund för palliativ vård</i>	5
<i>Jean Watsons omvårdnadsteori</i>	7
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod	8
Design.....	8
Urval.....	9
Inklusionskriterier.....	9
Exklusionskriterier.....	10
Värdering av artiklarnas kvalitet.....	10
Tillvägagångssätt.....	10
Analys och tolkning av data.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
Resultat	11
Kompetens	12
<i>Kunskap</i>	12
<i>Utbildning</i>	13
<i>Kliniska färdigheter</i>	15
<i>Förmåga att kommunicera</i>	16
Utmaningar	17
<i>Stöd till patienter och närstående</i>	18
<i>Osäkerhet</i>	19
Vårdens resurser	20
<i>Prioritering</i>	20
<i>Personalbrist</i>	21
Diskussion	22
Sammanfattning av resultatet.....	22
Resultatdiskussion.....	23
Kompetens	23
<i>Kliniska färdigheter</i>	25

<i>Förmåga att kommunicera</i>	26
Utmaningar	27
Vårdens resurser	28
Metoddiskussion	28
Etikdiskussion	29
Kliniska implikationer	30
Slutsats	30
Förslag till vidare forskning	30
Erkännande	30
Referenser	31
Bilagor	
Bilaga 1: Sökmatrix	
Bilaga 2: Artikelmatris	
Bilaga 3a: Granskningsmall för kvalitativa studier	
Bilaga 3b: Granskningsmall för kvantitativa studier	

Inledning

Vi har valt att skriva om vård i livets slut på somatisk vårdavdelning på grund av återkommande kontakt med patienter i livets slut på flera av de verksamhetsförlagda placeringarna under sjuksköterskeutbildningens gång. Döden angår oss alla och är oundviklig. Trots detta är döden och döendet ett tabubelagt ämne. Detta kan bero på en dålig förberedelse inför mötet med döende, död och sorg. Oavsett om det är personen själv eller närstående som är döende påverkar detta alla i ens omgivning. Problemet som vi har uppmärksammat är att det kan finnas för lite kunskap om vård i livets slutskede på somatiska akutvårdsavdelningar, vilket kan leda till att patienten inte får en personcentrerad vård som kan bidra till en god död.

Bakgrund

Befolkningen ökar och blir äldre globalt

Världens befolkning fortsätter att växa och idag lever människor allt längre. Detta gör att fler kommer att uppleva sjukdom, kroniskt eller akut, vilket även leder till att behovet av vård i livets slut och palliativ vård ökar (Fitch, DasGupta & Ford, 2016). Denna ökning ledde till att sjuksköterskor behövde mer kunskap och färdigheter om hur en högkvalitativ vård ska ges i livets slut samt att lära sig att känna igen symtom och tecken på försämring (Duckworth, 2018). År 2003 angavs att ungefär 56 miljoner människor i världen dog varje år, och 60 % av de döende bedömdes ha ett palliativt vårdbehov (Stjernswärd & Clark, 2003). I Sverige dör ungefär 1 % av befolkningen varje år vilket motsvarar 90 000 människor och 80 % av dessa bedöms ha ett palliativt vårdbehov (Socialstyrelsen, 2013).

De flesta av dödsfallen är förväntade. Lindqvist och Tishelman (2016) beskrev att 42 % av dödsfallen skedde på en akutvårdsavdelning på sjukhus och 38 % av dödsfallen inträffade på särskilda boenden för äldre. Trots att det ser ut så i de flesta västerländska länder får sjuksköterskor ingen utbildning i hur de ska vårda de döende patienterna, hur mötet med närstående ska gå till efter döendet samt hur vårdpersonal ska hantera sina egna känslor (a.a.).

Tillgång till palliativ vård och vård i livets slut på sjukhus runt om i världen har förbättrats och etablerats i flera olika världsdelar. År 2011 kunde 58 % (136 av 234 länder) av världens länder

erbjuda en eller flera olika former av palliativ vård och vård i livets slut inom olika verksamheter. I de flesta låginkomstländer runt om i världen är det fortfarande låg tillgång av palliativ vård, dock har en stor ökning skett i flera länder i Afrika (Andershed & Ternestedt, 2013). Alla människor som har ett palliativt vårdbehov eller behov av vård i livets slut bör bli erbjudna detta, oberoende av patientens geografiska hemvist, ålder, kön och sjukdom (Socialstyrelsen, 2013). Om en patient med palliativ vårdbehov eller som vårdas i livets slut inte blev erbjuden detta uppstod en sämre vårdkvalitet och livskvalitet för patienten eftersom det enskilda behovet inte kunde tillgodoses (Lindqvist & Tishelman, 2016).

Palliativ vård och vård i livets slut

Enligt World Health Organization (WHO, 2019) bygger palliativ vård på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet. Detta genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta samt andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med obotbara sjukdomar i livets slut (a.a.). Den palliativa vården ska erbjudas till alla som är i behov av den, oavsett diagnos. Tidigare har den palliativa vården endast varit tillgänglig för människor med en cancerdiagnos (Socialstyrelsen, 2013). Under det senaste årtiondet har palliativ vård avsett vård i livets slut relaterat till cancerdiagnos, men nu definieras palliativ vård i alla sammanhang där sjukdomen är obotbar och progressiv (Bergenholtz, Hølge-Hazelton & Jarlbaek, 2015). Tidigare har den palliativa vården inte prioriterats tillräckligt, men idag förekommer den i lika stor omfattning som vård av akut livshotande sjukdomar (Regionalt cancercentrum, 2016).

Den palliativa vården indelas i allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård. Allmän palliativ innebär vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård (Andershed & Ternestedt, 2013). Specialiserad palliativ vård är vård som ges i hemmet eller på en palliativ vårdavdelning till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård (Socialstyrelsen, u.å.).

Inom den palliativa vården finns två faser, sen fas och tidig fas som beskrivs av Regionalt cancercentrum (2016). Den tidiga fasen är den fas då läkare bedömt att patientens sjukdom inte längre går att bota och en livsförlängande behandling inleds istället. Detta kan till exempel vara någon form av cancer som sprider sig långsamt och patienten kan vara i den tidiga fasen under en längre tid. När det inte längre går att upprätthålla en livsförlängande behandling inleds därefter den sena fasen där behandlingen istället går ut på att symtomlindra och ge patienten en god vård den sista tiden i livet. Denna fas kan pågå från några dagar upp till några månader (a.a.).

Vård i livets slutskede inleds då en läkare har haft ett brytpunktssamtal med patienten och ofta närstående, i den sena palliativa fasen. Under brytpunktssamtalet diskuteras den fortsatta vården utifrån den döendes tillstånd, behov och önskemål. Behandlingen övergår då till en lindrande vård som ska främja livskvalitet i livets slut för att skapa ett gott döende för patienten (Regionalt cancercentrum, 2016). Det är viktigt att patient och närstående är införstådda i hur patientens tillstånd egentligen ser ut och att de får tillräckligt med information i denna situation. I ett brytpunktssamtal kan det diskuteras om vårdbegränsningar, till exempel om de ska bli återupplivade eller inte vid ett eventuellt hjärtstopp eller om de ska ha intensivvård och eventuellt intuberas vid en försämring. Här är det viktigt att sjuksköterskor har tillräckligt med utbildning och kunskap om vård i livets slut för att kunna ge patient och de närstående fysiskt såväl som emotionellt stöd vid döendet (Friedrichsen, Hajradinovic, Jakobsson, Milberg & Milberg, 2017).

Begreppet palliativ vård är holistiskt och innefattar flera olika vårdformer, till exempel stödjande vård, hospicevård, kontinuerlig vård och helhetsvård (Payne, Seymoure & Inglestone, 2004). Hospicevård är en specialiserad inneliggande vårdform som bara vårdar döende människor som grundades av den engelska sjuksköterskan Dame Cicely Saunders i början på 1900-talet (Saunders, 1979). En positiv förändring uppstod i mitten på 1900-talet när denna vårdform förflyttades till sjukhusen eftersom det där fanns fler resurser när de döende patienterna skulle få symtomlindring, än inom hospicevården. Detta ledde dock till negativa fördomar och döden ansågs som ett misslyckande och inte som en naturlig del av livet eftersom det fanns för lite kunskap om döendet på sjukhusen (Lindheim, 1981). Hospicerörelsen fortsatte

att utvecklas både i USA och Storbritannien och människor blev engagerade i vården av döende både nationellt och internationellt. Visionen var att stärka den döende människans autonomi och rättigheter samt att denne skulle uppleva makt i sin vård (Andershed & Ternestedt, 2013).

Målet med vård i livets slut är att lindra lidande och andra symtom för att främja välbefinnande och tillgodose patientens behov. Patienter i livets slut bör vårdas personcentrerat för att uppfylla patientens individuella vårdbehov och för att uppnå en värdig död. Alla ska få vård på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagen oavsett i vilken instans de befinner sig på (HSL, SFS 2017:30 kap 3. 1 §), dock visar forskning att det finns för lite kunskap hos sjuksköterskor om att vårda döende patienter i livets slut de sista veckorna i livet på sjukhus (Kavalieratos et al., 2016), vilket kan leda till att de patienterna inte får vård på lika villkor.

Sjuksköterskans roll

Hälso- och sjukvårdspersonal behöver mer kunskap om den palliativa vården för att kunna ge patienter i livets slut en individuell vård. Dock var utbildningen kring palliativ vård och vård i livets slut bristfällig i grundutbildningen för sjuksköterskor (Fitch, DasGupta & Ford, 2016), och för många sjuksköterskor var den palliativa vården och vård i livets slut fortfarande främmande (Lindqvist & Tishelman, 2016). Fitch et al. (2016) studerade hur sjuksköterskan vårdade patienter inom palliativ vård. Alla människors behov var unika, därför är individuell vård viktig inom alla typer av vårdverksamhet. Trots detta ses den palliativa vården ofta som en specialiserad vårdform fast det förekommer på allmänna vårdavdelningar. Förutom den bristfälliga kunskapen kan även budget och ekonomiska begränsningar och personalbrist påverka att den palliativa vårdformens kriterier uppfylls (a.a.).

Det var en stor utmaning för sjuksköterskor att vårda döende patienter i den somatiska hälso- och sjukvården. Där var vårdpersonal främst fokuserade på att behandla sjukdomar och ge grundläggande omvårdnad. När en patient i livets slut blev ineliggande på en somatisk vårdavdelning blev omvårdnaden mer emotionell (Bülbül, Sürücü, Karavaizoğlu & Eke, 2014). En legitimerad sjuksköterska ska ha ett personcentrerat förhållningssätt och kunna anpassa vården efter patientens behov och önskemål. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har

kunskap om vad palliativ vård innebär för att kunna ge en god omvårdnad till patienter i livets slut (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En somatisk vårdavdelning är egentligen utformad för att underlätta snabba bedömningar enligt Weiland et al. (2015). Det beskrevs att de har en hög omsättning med patienter och med tillgång till specialister och resurser vid oväntade och plötsliga förvärrade hälsotillstånd. Där var miljön öppen, patienterna mötte varandra och det fanns sjukvårdspersonal tillgänglig hela dygnet. På dessa avdelningar förekom dock patienter med obotliga eller kroniska sjukdomar i en allt större utsträckning vilket medförde att fler vårdades i livets slut. Patienter med obotbara sjukdomar var i behov av mer avancerad vård än de som sökte för botbara medicinska eller kirurgiska sjukdomar. Det var till exempel viktigt med en anpassad och tyst miljö, med respekt för integritet. Trots att akutuvsavdelningar hade kompetent sjukvårdspersonal och hade kunskapen till att ge livräddande behandlingar fanns det ändå hinder när de mötte patienter som vårdades i livets slut (a.a.). Även kommunikation, stöd till de närstående och planering var tvungen att anpassas eftersom patienter med obotbara sjukdomar hamnade på somatiska vårdavdelningar. Andra symtom än de som sjuksköterskorna dagligen var vana vid var tvungna att uppmärksammas, till exempel illamående, psykisk och fysisk smärta samt oro och ångest (Friedrichsen et al., 2017).

Högkvalitativ palliativ vård identifierades i en studie av Milligan (2012) där behovet och tillgängligheten skulle finnas i alla olika vårdinstanser. Patienter som har blivit palliativt bedömda i livets slut av en läkare har specifika behov som inte hör till den vanliga grundläggande omvårdnaden (a.a.). WHO (2019) beskriver att patienten har rätt till en smärtstillande behandling samt symtomlindring som främjar en bättre livskvalitet (a.a.). Milligan (2012) beskrev även att patienter med palliativt vårdbehov upplevde rädsla att hamna på fel sjukhus på grund av den bristande kunskapen hos vårdpersonalen. Detta inträffade trots att det borde finnas övergripande behandlingsriktlinjer och terapirekommendationer kring palliativ vård och vård i livets slut inom varje vårdverksamhet för att patienten ska få patientsäker och personcentrerad vård samt ett värdigt avslut (a.a.).

Värdegrund för palliativ vård

En av de värdegrunder som anges av Regionala cancercentrum i samverkan (2016) är kunskap. De andra värdegrunderna som anges är närhet, helhet och empati. Syftet med palliativ vård är

att patienten ska uppnå bästa möjliga livskvalitet genom symtomlindring och stöd. Med begreppet *närhet* beskrivs att det är viktigt att vara närvarande och lyssna till patientens önskemål samt stötta närstående eftersom oftast vill varken patienten eller närstående vara ensamma i livets slut. *Helhet* syftar till att de fysiska, psykiska, sociala och existentiella behoven ska beaktas. Oavsett om patienten mister sin förmåga att kunna påverka sitt liv och sina val, ska individen behandlas och bemötas värdigt. *Kunskap* innebär att det krävs kunskap inom palliativ omvårdnad och medicin för att kunna ge patienten en god palliativ vård. Det fjärde värdegrundsbegreppet är *empati* vilket innebär att arbetet med den döende kan vara både mycket krävande men också givande. Förutsättningen för detta är att personalen då har ett personligt engagemang och empati (a.a.).

Ett holistiskt synsätt, en personcentrerad vård och att involvera patient och närstående i vården och beslutsfattande är centrala delar för att kunna skapa en bra kvalitet på vården i livets slut (Doherty & Tompson, 2014). God kvalitet är när helheten av patientens individuella vårdbehov tillgodoses. Den döende patienten ska inte behöva dö ensam, patienten ska vårdas där patienten vill dö, patienten ska ha en god munhälsa, patienten ska vara ordinerad vid behovs-läkemedel (till exempel starka opioider vid smärtgenombrott) och vara lindrad från övriga symtom. Patientens närstående ska vara informerade om situationen, de ska få stöd av vårdgivaren och ett brytpunktsamtal ska hållas (Svenska palliativregistret, 2019). Om patienten blir sängbunden under sin sista tid i livet är det viktigt med regelbundna lägesändringar för att undvika orörlighetskomplikationer, till exempel cirkulationsbesvär, andningsbesvär och trycksår (Skoglund, 2018).

Arbetsättet i den palliativa vården utgår från fyra hörnstenar: symtomkontroll, samarbete i ett mångprofessionellt team, kommunikation och relation samt stöd till närstående (Lundh Hagelin, Tishelman, Rasmussen & Lindqvist, 2013.) Symtomlindring syftar till att lindra smärta och andra svåra symtom, såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella. Det är viktigt att respektera patientens integritet och autonomi. Samarbete i ett mångprofessionellt team innebär ett arbetslag med många professioner såsom läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Kommunikation och relation ska främja patientens vårdkvalitet genom att ha en god kommunikation och relation inom arbetsteamet, till patienten och till närstående. Stöd till

närstående ska ges både under sjukdomstiden och efter dödsfallet. Det innebär att närstående ska erbjudas att vara involverade i vården och få stöd (Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, 2013). Dessa fyra hörnstenar är centrala begrepp men det finns områden som ofta glöms bort under livets sista dagar, till exempel de existentiella frågor och förberedelser inför döden och döendet som de närstående ställs inför. Beslut om hur kroppen ska tas om hand efter döden, hur ett farväl tas samt vad som händer sen (Lundh Hagelin et al., 2013).

Jean Watsons omvårdnadsteori

Teori för mänsklig omsorg är en omvårdnadsteori skapad av Jean Watson för att värna om mänskligheten. Med denna teori menar hon att om omsorg och kärlek kan utvecklas och spridas vidare leder det till en bättre vård och då också en bättre värld. Watson gör skillnad på begreppen omsorg, som hon menar är omvårdnadens hjärta, och omvårdnad som är sjuksköterskans professionella yrkesutövning. Watsons teori handlar om att kunna bygga en omsorgsrelation genom ett samspel mellan sjuksköterska och patient. Vilka egenskaper en sjuksköterska har påverkar hur sjuksköterskan är mot patienten men även de närstående, vilket har stor betydelse i palliativ vård. Omvårdnad handlar om att kunna visa omsorg för att främja hälsa och välbefinnande snarare än att bota en sjukdom. Watson menar att hälsa inte bara är kroppslig, utan även själslig och harmoni, medan ohälsa inte bara är kopplat till sjukdom utan också disharmoni. Målet med omvårdnad, enligt Watson, är att stödja patienter och närstående, till att uppnå harmoni, trots ohälsa. Detta ska en kompetent sjuksköterska hjälpa patient och närstående med genom att finna en mening i obalans och lidande i palliativ vård (Watson, 1993).

Watson har utvecklat omvårdnadsfaktorer som hon benämner som Caritasprocesser, till exempel att utveckla en känslighet gentemot sig själv och andra, främja och acceptera uttryck för positiva och negativa känslor samt tillgodose mänskliga behov. Dessa omvårdnadsfaktorer kan tillämpas i olika vårdsammanhang, så som i palliativ vård samt när som helst i en människas liv (Watson, 1993). Caritasprocesserna ger en ram för hur sjuksköterskor ska främja sambandet mellan mänskliga behov som är viktigt i vardagliga relationer och ännu viktigare för en patient med dennes närstående som vårdas i livet slut. Genom att utgå från detta kan

omvårdnaden ses tydligt på djupet och kan sammanfattas på ett välformulerat, tillgängligt och på ett omfattande sätt (Costello & Barron, 2017). Detta handlar om att ha ett omsorgsfullt medvetande, rikta sin uppmärksamhet till patienten som person och inte endast till uppgifterna som ska utföras. Detta för att sätta patientens bästa i fokus. En sjuksköterska som visar omsorg ser patienterna som helhet, accepterar dem som de är, utvecklar hjälpande, tillitsfulla relationer och främjar läkande och helande processer (Watson, 1993).

Problemformulering

I takt med att jordens befolkning idag lever längre innebär det även att fler personer kan drabbas av obotliga sjukdomar och att behovet av palliativ vård och vård i livets slut ökar. Trots att sjuksköterskan ofta möter döende patienter är den palliativa vården fortfarande främmande för många sjuksköterskor. Oavsett om patienten dör i hemmet eller hamnar på sjukhus den sista tiden i livet ska patienten och närstående ha möjlighet att vara involverade i vården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska alla patienter som söker vård få vård på lika villkor. Problem som kan uppstå vid vård av en döende patient är att det inte finns tillräckligt med resurser för att alla döende ska kunna få specialiserad palliativ vård i hemmet, alternativt att vårdas på en palliativ vårdavdelning eller hospice. Genom att sammanställa aktuell forskning om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda döende kan denna litteraturöversikt bidra till kunskap om hur vården för döende kan förbättras.

Syfte

Litteraturöversiktens syfte är att sammanställa forskningsbaserad kunskap om vad som kan påverka sjuksköterskans erfarenheter av vård i livets slut för patienten på en somatisk vårdavdelning.

Metod

Design

Studien har genomförts som en litteraturöversikt. Detta är en bra metod för att redovisa kunskap och evidens kring det aktuella problemet som sedan sammanställs utifrån kvalitativa och

kvantitativa studier. Litteraturöversikter görs för att kartlägga kunskapsläget inom ett visst område (Friberg, 2017; Segesten, 2017).

Urval

Artiklar har sökts i databaserna PubMed och CINAHL. CINAHL är en databas som består av artiklar inom omvårdnadsvetenskap och PubMed är en databas som främst riktar sig mot medicinsk forskning men även mot omvårdnad. Boolesk sökmetod har använts med operatorerna AND och OR för att skapa kombinationer, i syfte att få ett bredare respektive smalare urval för att komma närmare syftet med litteraturöversikten. För att bredda sökningen ytterligare söktes sökorden med trunkering för att möjliggöra träffar på ordets alla böjningar (Östlundh, 2017). Sökorden kontrollerades med Svenska MeSH för att hitta synonymer till dessa. I CINAHL avgränsades sökningarna med *abstract available, english language, peer reviewed* och årtal mellan 2008–2019. I PubMed begränsades artiklarna med *free full text, english language* och årtal mellan 2008–2019. Om fler än 100 artiklar kom upp vid sökningarna lästes de 30–50 första titlarna. Vid mindre än 50 artiklar kom upp vid sökningarna lästes alla titlar. Peer reviewed fanns inte som avgränsning i PubMed men tidskrifterna och dess artiklar som har tagits från databasen har granskats ytterligare med hjälp av Ulrichsweb och Google Scholar. Sökorden som använts i olika kombinationer var *end of life, death, dying, terminally ill, hospital, nurs*, care, experience*, se bilaga 1.

Inklusionskriterier

Kontexten i studierna skulle vara somatiska vårdavdelningar på sjukhus. Artiklarnas resultat skulle svara mot denna litteraturöversikts syfte. Litteraturöversikten sammanställde så aktuell forskning som möjligt, därför skulle artiklarna vara publicerade mellan 2008 och 2019. Artiklarna var skrivna på svenska eller engelska. Alla åldersgrupper var inkluderade. Artikelsökningarna avgränsades genom att enbart inkludera artiklar som var fritt tillgängliga online, detta utifrån ett miljöperspektiv.

Exklusionskriterier

Artiklar där kontexten endast var inriktade mot verksamheter som särskilt boende, primärvård, intensivvård, palliativ vårdavdelning inom somatisk vård samt specialiserad palliativ vård i hemmet exkluderades. Artiklar som skrivna enbart utifrån från läkares, patients eller närståendes perspektiv exkluderades också.

Värdering av artiklarnas kvalitet

Alla artiklar granskades och värderas med hjälp av en modifierad version av två granskningsmallar (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006; Forsberg & Wengström, 2008) för kvalitativa och kvantitativa studier. Endast de artiklar som hade kvalitetsgrad medel och hög inkluderades. Låg kvalitet motsvarade 60–69 %, medel kvalitet motsvarade 70–79 % och hög kvalitet motsvarade 80–100 %. Varje *ja* har räknats som 1 poäng och varje *nej* har räknats som 0 poäng. Resultatet räknades sedan om till procent. Se bilaga 3a och 3b för granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier.

Tillvägagångssätt

Författarna till denna litteraturöversikt arbetade tillsammans och var för sig i det digitala skrivverktyget Google Documents. Artiklarna söktes gemensamt i databaserna PubMed och CINAHL med de tidigare nämnda sökorden. Vidare lästes titlar och abstrakt gemensamt för att sedan välja ut de artiklar som passade litteraturöversiktens syfte. Artiklarna delades upp på hälften för att läsa igenom dem var för sig som sedan presenterades för varandra. Därefter valdes de mest relevanta artiklarna som ligger till grund för denna litteraturöversikt.

Analys och tolkning av data

Studierna analyserades genom att de lästes igenom flera gånger för att få en känsla om innehållet. Nyckelfynd och huvudkategorier identifierades först översiktligt, framför allt utifrån artiklarnas resultat. Därefter sammanställdes varje enskild studies resultat för att få en mer detaljerad bild av innehållet. Sedan jämfördes studierna med varandra för att identifiera likheter och skillnader. Nya huvudkategorier formulerades med en enkel beskrivning, till exempel ”Kompetens” med dess underkategorier för att sedan beskrivas tydligare i resultatet. Detta i

enlighet med Friberg (2017) för att ge god förståelighet. Kategorierna utgör rubriker i resultatdelen. Studierna har sammanställts ytterligare med hjälp av en artikelmatris (bilaga 2) där syfte, antal deltagare, kontext, resultat samt artiklarnas kvalitetsgrad presenterades. Dessa faktorer har tagits i beaktande vid sammanställning av resultatet.

Forskningsetiska överväganden

I litteraturöversikten ingår artiklar som var godkända av etisk kommitté, i största möjliga mån. Om artiklarna inte var godkända av etisk kommitté, granskades artiklarna ytterligare av författarna för att säkerställa att deltagarna hade blivit tillfrågade om att vara med i studien, med hänsyn till deras integritet. Det skulle till exempel framgå att deltagarna informerats om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien. Artiklarna har granskats utifrån opartiskt perspektiv och innehållet har översatts så korrekt som möjligt med hjälp av lexikon samt digitala översättningsverktyg. Innehållet i denna litteraturöversikt har återgetts sanningsenligt i största möjliga mån utan medveten förvrängning. I resultatet redovisas all relevant fakta relaterat till syftet, detta i enlighet med Forsberg och Wengström (2015). Genom att författarna kontinuerligt diskuterade artiklarnas innehåll undveks feltolkningar innan forskningen har sammanställts i litteraturöversikten.

Resultat

Resultatet för denna litteraturöversikt baserades på 15 vetenskapliga artiklar, varav tolv kvalitativa och tre kvantitativa. Artiklarna var publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2008 och 2019. 14 studier genomfördes nationellt i nio länder; USA (n=4), Brasilien (n=2), Sverige (n=2), Japan, Kanada, Kina, Litauen, Schweiz samt Scotland (n=1). En studie var internationell med delstudier i Hong Kong, Irland, Israel, Italien & USA.

Vid analysen framkom tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier:

1. *Kompetens* med underkategorierna *kunskap, utbildning, kliniska färdigheter* och *förmåga att kommunicera*
2. *Utmaningar* med underkategorierna *stöd till patient/närstående* och *osäkerhet*
3. *Vårdens resurser* med underkategorierna *prioritering* och *personalbrist*

Kompetens

I den här kategorien presenteras *kunskap* som ansågs vara en bristande faktor på vårdavdelningar, *utbildning* som belyser vikten utav hur viktigt detta är, *kliniska färdigheter* för att påvisa att vårdkvaliteten blir högre samt *förmåga att kommunicera* som visade sig vara en stor del i vård i livets slut.

Kunskap

Sjuksköterskor har framfört att det är brist på kunskap kring palliativ vård och vård i livets slut (Andersson, Salickiene & Rosengren, 2016; Bergsträsser, Cignacco & Luck, 2017; Coffey, McCarthy & Weathers, 2016). Ett stort problem var att sjuksköterskor behövde mer kunskap i att finnas vid den döende patientens sida och på ett pedagogiskt sätt kunna ge patienten stöd (Garner et al., 2017). Sjuksköterskor uttryckte frustration kring den brist på deras kunskaper och färdigheter i början av sin yrkeskarriär vilket gjorde dem begränsade (Andersson et al., 2016). Även om sjuksköterskor hade lång erfarenhet och mycket kunskap om vård i livets slut kunde det uppstå stunder då deras kunskap sattes på prov. Dessa situationer kunde uppstå på avdelningar där vården egentligen hade kurativ inriktning och där sjuksköterskor ständigt var förberedda på att bota och hålla patienten vid liv, till exempel på barnavdelningar eller vissa kirurgavdelningar. På dessa avdelningar var död och döende vanligtvis inte förekommande, vilket kunde bli mycket smärtsamt för sjuksköterskor att ställas inför (de Albuquerque, 2016).

Enligt en studie genomförd i Litauen beskrev sjuksköterskor att de största hindren som kunde uppstå vid vård i livets slut var att närstående inte fick tillräckligt stöd efter att ha blivit informerade om patientens sjukdomstillstånd. Läkarna ansåg att det var sjuksköterskorna som skulle se till att närstående fick stöd om det behövdes, trots att det inte tillhörde sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Detta resulterade i att närstående inte fick psykiskt stöd efter att de blev informerade om patientens sjukdomsprognos eftersom sjuksköterskorna inte hade tillräcklig kunskap i att bemöta närstående i dessa situationer (Blaževičienė, Newland, Čivinskienė & Beckstrand, 2017). Sjuksköterskorna framförde även att de saknade nödvändig kunskap föra att kunna hantera dessa svåra frågor (Dosser & Kennedy, 2012).

Enligt dos Santos et al. (2017) ansåg sjuksköterskor på vissa vårdavdelningar att de inte behövde ha kunskap om palliativ vård då det fanns specialiserad palliativ vård som skulle vårda och ta hand om de patienter som behövde vård i livets slut. Vidare menade de att den palliativa vården endast gällde de patienter med en cancerdiagnos och var omedvetna om att denna vård gavs till flera olika obotbara sjukdomar. Det var även många som inte visste att den palliativa vården utförs av olika professioner i ett professionellt team med läkare, sjuksköterskor, fysioterapeut, logoped, dietist, arbetsterapeut och psykolog. I studien framkom att behovet av fortbildning var stort vilket behövdes förtydligas. Även definitionen av palliativ vård och vård i livets slut behövde förtydligas då många inte visste vad detta innebar samt att denna vårdform kunde utföras på en vanlig vårdavdelning och inte nödvändigtvis behövde vara en specialiserad vårdform (a.a.). Sjuksköterskor upplevde att kvaliteten på vården försämrades då kunskapen var bristfällig om vård i livets slut. Det var uppenbart att denna typ av vård inte var lätt för sjuksköterskor då den krävde mer specialiserade kunskaper (de Albuquerque, 2016).

Coffey et al. (2016) genomförde sin studie i flera olika länder. Syftet var att beskriva sjuksköterskors kunskap om patientfullmakt och självupplevd förtrolighet med vård i livets slut. Där beskrevs det att sjuksköterskor från USA hade mer kunskaper om patientfullmakt vid vård i livets slut än sjuksköterskor i Italien, Irland, Hong Kong och Israel innan studien genomfördes. De amerikanska sjuksköterskorna hade före studiens genomförande kunskaper kring patientfullmakt eftersom de hade erfarenhet av att vårda döende, till skillnad från sjuksköterskor från de resterande länderna i studien. Att sjuksköterskorna hade tidigare erfarenheter kring vård i livets slut utgjorde en stor betydelse för deras trygghet och självkänedom när de mötte de döende patienterna. Sjuksköterskor från Irland, Italien och även USA upplevde att det var lättare att bemöta de döende patienterna och deras närstående jämfört med sjuksköterskor från Israel och Hong Kong (a.a.).

Utbildning

I en svensk studie (Andersson et al., 2016) genomförd på en kirurgisk vårdavdelning framkom att dagens sjuksköterskeutbildningar endast är grundläggande inom den palliativa vården och behöver utvecklas med mer omfattande kunskap kring vård i livets slut och palliativ vård. Sjuksköterskorna i studien ansåg att de skulle behöva bli utbildade på arbetsplatsen, av kunniga

kollegor med lång erfarenhet. För att öka de färdigheter och kunskaper som krävs för att vara stöttande i vårdsituationer visade studien att coaching var ett bra och viktigt verktyg. Om sjuksköterskan inte kunde besvara patientens eller närståendes frågor kunde hon alltid fråga eller hänvisa till läkaren om hur vården var planerad och hur prognosen såg ut. Det visade sig att vid vård i livets slut var det viktigt att patienten och närstående var införstådda med alla åtgärder som skulle vidtas och att det då kunde vara bättre att läkaren förde den diskussionen själv (a.a.).

När det gällde vård i livets slut hos barn var det många sjuksköterskor som tyckte att detta var utmanande och svårt att hantera. I en schweizisk studie gjord av Bergsträsser, Cignacco & Luck (2017) framkom det att utbildning och riktlinjer vid vård i livets slut av barn var mycket bristfälliga områden vilket ledde till att sjuksköterskorna kände sig osäkra. Det gällde framför allt då de gick från de kurativa målen att bota till de palliativa målen där syftet var att symtomlindra. Även om de flesta sjuksköterskor tyckte att detta var en utmanande uppgift var det många som ändå tyckte att det var en värdefull uppgift att få vårda svårt sjuka barn med obotbara sjukdomar i livets slut. Det var då viktigt att de skapade en ömsesidig relation till barnet och dess föräldrar (a.a.) Enligt sjuksköterskor i chefsposition behövdes det fler och effektivare utbildningar till alla professioner på sjukhusen för att möta den unika patienten som var döende. (Garner et al., 2017). Studien visade att större delen av vårdpersonalen inte hade fått tillräcklig utbildning för att kunna diskutera utmanande och svåra ämnen med patienter i livets slut (a.a.), vilket även sågs i studien skriven av Dosser och Kennedy (2012).

En studie gjordes på en onkologisk avdelning i USA av Harden et al., (2017) där sjuksköterskorna fick gå en utbildning om palliativ vård och vård i livets slut. Det visade sig att de inte kände sig bekväma med att prata med den döende patienten och dess anhöriga om svåra frågor som död och döendet. Utbildningen innehöll diskussioner, fallstudier och grupparbeten som skulle hjälpa sjuksköterskorna med att få en trygghet i att vårda döende patienter i livets slut. De fick lära sig alla grunder kring palliativ vård och vård i livets slut och även symtomlindring. Innan och efter utbildningen fick de besvara hur de upplevde vård i livets slut. Resultaten av utbildningen var att sjuksköterskorna kände sig mer trygga i att bemöta både den döende patienten och dess anhöriga. De tyckte även att de gav en bättre omvårdnad när de fick

utbildning om palliativ vård och symtomlindring i livets slut vilket resulterade i en högre vårdkvalitet (a.a.).

Kliniska färdigheter

I studien genomförd av de Albuquerque (2016), framkom att palliativ vård var ett växande område där sjuksköterskan behövde kompetens för att utvärdera, analysera och bestämma vilken omvårdnad patienten är i behov av för att kunna bevara patientens integritet och värdighet i livets slut (a.a.). Enligt en svensk studie behövde sjuksköterskor mer klinisk erfarenhet för att vårdkvaliteten skulle bli högre och så bra som möjligt för den döende patienten (Andersson et al., 2016). Sjuksköterskorna lyfte också att döden inte väljer ålder, kön eller social klass utan kan drabba alla, ung som gammal i studien skriven av de Albuquerque (2016). Detta medförde att sjuksköterskan måste kunna hantera stress, lidande och smärta såväl hos sig själv som hos den döende patienten och dess närstående. Det som ingick i en sjuksköterskas arbete vid vård i livets slut var inte alltid lätt att förhålla sig till. Sjuksköterskan skulle se till att patienten inte fick komplikationer såsom trycksår, upprätthålla patientens autonomi och värdighet samt att se till att hålla en ren miljö hos patienten. Detta kunde medföra att sjuksköterskan upplevde en känsla av maktlöshet och oförmåga att hantera sina arbetsuppgifter. Sjuksköterskan behövde släppa sina egna rädslor kring döden för att hjälpa patienten och närstående att vara närvarande den sista tiden i livet och att skapa en god död (a.a.). Enligt många sjuksköterskor var en lugn död ett huvudkriterium för en god död och det var viktigt att klargöra för patienterna att vården var individualiserad (Odachi et al., 2017).

Sjuksköterskor beskrev vård i livets slut som meningsfullt, kreativt och givande för både patienten och närstående (Andersson et al., 2016). Trots att sjuksköterskor sällan var inblandade i att bedöma patienternas livslängd och i vilken fas de befann sig i, gavs det instinktivt mer omsorg till de patienter som var i slutet av livet. En sjuksköterska beskrev att hon bara kunde göra sitt bästa för att patienten skulle ha det så bra som möjligt, till exempel att hålla rummet snyggt och städat samt inte låta obehöriga människor vistas hos patienten. Under den allra sista tiden i livet skulle patienten få ha ett ökat psykiskt stöd, till exempel genom att hålla handen med en sjuksköterska (Lai, Wong & Ching, 2018).

Enligt Andersson et al. (2016) skulle sjuksköterskan vara stöttande, emotionell och empatisk för att patienten ska känna sig hörd och sedd. Det var viktigt att hela tiden uppföra sig trovärdigt i sin yrkesroll genom att vara emotionell i vårdssituationer där patienter i livets slut finns. Att ge vård innebar inte bara att behandla, utan att även involvera och stötta både patient och närstående, till exempel genom att prata om positiva minnen. Medvetenhet kring detta visade hur viktigt det är för sjuksköterskor att vara engagerade i patientens vård men även att visa intresse i patientens tidigare liv. För att sjuksköterskorna skulle vara mer förberedd på att vårda en döende patient kunde de vara engagerade i att läsa läkarens och tidigare vårdinrättingars journalanteckningar (a.a.).

Förmåga att kommunicera

En studie av Dosser och Kennedy (2012) visade att kommunikation, värdighet och respekt var viktiga faktorer vid vård i livets slut. Sjuksköterskorna ansåg också att vara rak och ärlig i kommunikationen med patienten och de närstående var en viktig del. På grund av missförstånd som kunde uppstå vid kommunikation med närstående och patient var det viktigt att använda formuleringar som att patienten "är döende" eller "har dött" istället för att patienten "är i dåligt skick" eller "har gått bort" då detta kunde skapa en förvirring. Dock upplevde många sjuksköterskor att det var svårt att prata i termer som död och döende och att detta var något de gärna undvek att prata om (a.a.). Om sjuksköterskan inte kunde besvara patientens eller närståendes frågor kunde hon alltid fråga eller hänvisa till läkaren om hur vården var planerad och hur prognosen såg ut. Det visade sig att vid vård i livets slut var det viktigt att patienten och närstående var införstådda med alla åtgärder som skulle vidtas och att det då kunde vara bättre att läkaren förde den diskussionen själv (Andersson et al., 2016).

Det identifierades att kommunikation var bristfällig bland både sjuksköterskor och läkare på sjukhusen. Brist på kommunikation ledde till att samordningen av patientens vård inte blev följsam, kontinuiteten försvann och det fanns inga möjligheter för sjuksköterskor att diskutera patientens övergripande hälsotillstånd och sjukdomsprognos (Dosser & Kennedy, 2012). En studie av Garner et al. (2013) beskrev att sjuksköterskor i chefsposition på vårdavdelningar flera gånger påpekade att en effektiv kommunikation skulle resultera i att patienterna insåg hur sjuka de egentligen var vilket skulle förenkla att diskutera olika behandlingsalternativ. De svaga

patienterna skulle få bättre förmåga till att fatta egna och svåra beslut om det fanns en bra kommunikation (a.a.). I studien skriven av Coffey et al. (2016) framkom det att kommunikation inom vård i livets slut innebar ett stort problem eftersom sjuksköterskorna inte visste hur de skulle bemöta de döende patienterna (a.a.).

Då efterfrågan om kommunikation i vård i livets slut hos sjuksköterskor var hög gjordes en studie av Coyle et al. (2015) efter att en utbildning om kommunikation genomförts på en onkologavdelning i New. Det visade sig att sjuksköterskorna kände sig tryggare i att kommunicera med den döende patienten och dess anhöriga om dödsfall, döende och vård i livets slut efter utbildningen. Genom att sjuksköterskorna kände sig mer trygga om att kommunicera om död och vård i livets slut blev även vårdkvaliteten till den döende patienten och dess anhöriga bättre. Sjuksköterskor ansåg att kommunikationen på en onkologisk avdelning var mycket viktigt för att skapa en god omvårdnad för en bra vårdkvalitet till den döende och dess närstående. Forskare utvecklade då en läroplan för sjuksköterskor som var anpassad till att lära sig att diskutera om döden, döendet och omvårdnaden av vård i livets slut. Utbildningen visade att sjuksköterskorna upplevde en större trygghet i att kommunicera och bemöta döende patienter (a.a.).

Sjuksköterskor på en onkologisk barnavdelning beskrev att de upplevde att det var svårt att prata om att vården var palliativ och inte längre kurativ, med de anhöriga inför det döende barnet. Trots detta försökte de skapa ett förtroende för att ge en så bra kvalitet på vården som möjligt. Vidare upplevde sjuksköterskorna att läkare endast gav en dom till familjen samt uttryckte sig i termer och ord som var svåra att förstå, som sen sjuksköterskan fick förklara för familjen. Många sjuksköterskor tyckte även att det var svårt att hantera de svar och frågor som de fick av barnen som vårdades i livets slut (Hendricks-Ferguson et al., 2015).

Utmaningar

I den här kategorien presenteras *stöd till patienter och närstående* som visade vikten av förtroende samt *osäkerhet* som utgjorde en stor del hos sjuksköterskor som vårdade patienter i livets slut.

Stöd till patienter och närstående

Det framkom att det fanns många utmaningar som sjuksköterskor upplevde vid vård i livets slut i verksamheter som inte var riktade mot specialiserad palliativ vård (Lai, Wong & Ching, 2018). Den största utmaningen för sjuksköterskorna var att få ett förtroende från närstående. Sjuksköterskor upplevde flera gånger att närstående uttryckte brist på förståelse, de satte orimliga krav på vårdverksamheten, de ville inte samarbeta för att uppnå ett gott döende samt kunde de inte anförtro sjuksköterskorna. De närstående ville inte spendera tid med den döende patienten på sjukhuset utan de ville endast att denne skulle behandlas och de insåg inte värdet av att vara involverad i sin närståendes vård. De närstående hade ofta förhastade slutsatser och ansåg att det var sjuksköterskorna som inte hade inlett en behandling i tid när efter att patienten plötsligt avlidit. Ibland uttryckte sig närstående aggressivt mot sjuksköterskorna vilket kunde resultera i konflikter och våld efter att patienten avlidit. Det upplevdes även brist på effektiva åtgärder vid symtomlindring och att lidandet inte kunde lindras med sjuksköterskans förmågor (a.a.).

När sjuksköterskorna vårdade en patient i livets slut för första gången utan tidigare erfarenhet upplevde de svårigheter vid ansvarstagande. Det var utmanande att ge stöd till patienten och framförallt till närstående. Det ansågs vara en svår arbetsuppgift att diskutera frågor kring döden på grund av den bristande kompetensen. Studien visade att vård av döende patienter aldrig kommer att undvikas och att vara med vid döendet kan vara utmanande för sjuksköterskan. Möten innan döden och när döden inträffar var en viktig del av sjuksköterskans utveckling av självkänedom. En sjuksköterska beskrev att trots att hon har mött situationer som har varit svåra att hantera, så ångrar hon inte sitt yrkesval, trots att hennes arbetsuppgifter ibland består av att räkna de sista andetagerna och ge närstående dödsbesked (Andersson et al., 2016).

Sjuksköterskor ville ge döende patienter tid för att förstå deras lidande och skapa en gemenskap. Sjuksköterskorna kände ofta att det inte fanns tillräckligt med tid för detta. De uttryckte att det inte kändes bra att endast dela ut mediciner och sedan lämna dem ensamma i sitt lidande. Som sjuksköterska var det viktigt att kunna känna igen symtom som smärta och lidande och kunna hantera detta genom bra symtomlindring. Det var ofta sjuksköterskan som bar ansvaret för att göra dessa bedömningar och ta beslut om vilken behandling och vård som är relevant i

nuvarande hälsotillstånd och det kan vara utmanande för sjuksköterskan att behöva ta svåra beslut. Sjuksköterskan var tvungen att hela tiden vara beredd på snabba förändringar i patientens tillstånd och kunde ibland behöva bevittna döden. Sjuksköterskan kunde även ställas inför svåra beslut gällande sedering och stark smärtlindring. Denna typ av vård var utmanande för sjuksköterskor som behöver hantera olika situationer och känslor såväl till den döende patienten som till närstående, kollegor och sig själv (Karlsson, Kasén & Wärnå-Furu, 2017). Sjuksköterskor på en barnonkologavdelning berättade att det var svårt att hantera de emotionella frågorna efter att ett barn hade gått bort. Detta var oftast på grund av att de fick en nära relation med både barnet och föräldrarna. De sa att det aldrig riktigt gick att förbereda sig inför att ett barn dog (Hendricks-Ferguson, et al., 2015).

Osäkerhet

Enligt en japansk studie (Odachi et al., 2017) beskrevs det att osäkerhet var mycket vanligt vid vård i livets slut på vårdavdelningar. Osäkerheten uppstod när förmågan att identifiera sjukdomstillstånd var bristfällig och vid situationer där beslutsfattaren inte kunde ta ett aktivt beslut och inte kunde förutsäga konsekvenserna av sitt beslut. Efter dödsfallen utvärderades hur osäkra sjuksköterskorna var genom att undersöka hur förberedda de personligen var på dödsfallet. Sjuksköterskorna skulle kunna uppnå dessa aspekter genom att rådfråga kollegor och patientens närstående om patienten själv inte kunde ta egna beslut. Efter utvärderingen bedömdes osäkerheten som antingen möjligheter eller som risker beroende på patientens tillstånd. Ju mer personliga behov som sjuksköterskorna kunde tillgodose, desto mer livskvalitet fick patienterna innan döden (a.a.). Osäkerhet uppstod även när sjuksköterskorna skulle diskutera frågor och bemöta patienter och närstående i svåra situationer (Andersson et al., 2016).

Vidare beskrev sjuksköterskorna att de efter patientens död inte kunde fastställa om vården i den sista tiden i livet var adekvat för patienten eller inte efter att patienten hade dött. Sjuksköterskorna fick beröm för sitt handlande vid döendet trots att de kände sig osäkra och då kunde de acceptera hur vården hade tillhandahållits. För att öka kunskapen kring döden var det viktigt att hela tiden diskutera om frågor som uppstod under vårdandet. Att dela sina erfarenheter utifrån flera olika perspektiv kunde även minska osäkerheten hos sjuksköterskor.

Odachi et al. (2017) beskrev att sjuksköterskor som arbetar med vård i livets slut borde hitta en balans mellan att upprätthålla patienternas liv och att förbättra deras livskvalitet för att den sista tiden i livet ska bli så värdig som möjligt (a.a.). Om en sjuksköterska hade begränsade erfarenheter var det av stor betydelse att det fanns erfarna kollegor som kunde stödja henne i olika vårdssituationer. Detta var även av betydelse för patienten och närstående när de gick igenom en obotbar sjukdom eftersom sjuksköterskan blev mer trygg. Personlig utveckling var en del av vårdprocessen och var både positivt och utmanande för sjuksköterskor vid vårdandet av patienter i livets slut. Att vara med vid döendet var en del av den personliga utvecklingen. Sjuksköterskan kunde hjälpa till med att göra döendet fridfullt och minnesvärt vilket betydde mycket för närstående (Andersson et al., 2016).

Vårdens resurser

I den här kategorien presenteras *prioritering* som visade sig vara en svår balansgång samt *personalbrist* som är en stor del i dagens hälso- och sjukvård.

Prioritering

En studie gjord av Garner et al. (2013) beskrev alla deltagande sjuksköterskor att somatiska vårdavdelningar på sjukhus hade en viktig roll för patienter som är i sin sista tid i livet. Sjuksköterskorna fick mycket mindre tid att vårda och kommunicera med patienterna vilket gjorde att ingen riktig relation kunde upprätthållas sinsemellan varandra. Tiden fanns aldrig när det behövdes diskutera kring emotionella och existentiella känslor samt mål med omvårdnadsprocessen på sjukhusen. Egentligen skulle varje sjuksköterska ha avsatt tid för respektive patient och dennes närstående men personalbristen kunde inte möjliggöra detta (a.a.). Eftersom den döende vårdades på en allmän somatisk vårdavdelning var sjuksköterskan tvungen att hela tiden prioritera omvårdnadsarbetet på grund av att det fanns ineliggande patienter med andra akuta sjukdomar. Om inte omvårdnadsarbetet prioriterades kunde inte högkvalitativ vård ges till patienterna. Detta gjorde att de palliativa besluten ofta blev fördröjda och arbetet kunde kännas överväldigande för sjuksköterskorna. En sjuksköterska beskrev att det var svårt att balansera mellan den akuta och den lugna omvårdnaden eftersom de sjuksköterskor som arbetade på avdelningen ansvarade för alla patienter (Andersson et al., 2016).

Kommunikationen med patienten och närstående kunde även påverkas på grund av underbemanning. Då fanns inte tiden till att stanna och prata med patienten och de närstående, utan de utförde de moment de skulle och sedan gick de (de Albuquerque, 2016; Dosser & Kennedy, 2012). Hög arbetsbelastning gjorde att sjuksköterskor inte hade tid att se patienternas enskilda behov vilket medförde att de ibland inte dog smärt- eller ångestfria. Om inga närstående fanns närvarande hos patienten var sjuksköterskan tvungen till att finnas hos patienten även om patienten inte visade några smärt- eller ångestbesvär för att förhindra känslan av ensamhet. Ibland räckte det att bara sitta inne hos patienten och lyssna eller att prata om vardagliga saker för att patienten skulle uppleva trygghet och fridfullhet (Andersson et al., 2016).

Personalbrist

Sjuksköterskor önskade att det skulle finnas verksamheter som enbart riktar sig mot palliativ vård och vård i livets slut för att den enskilde patienten skulle få den bästa vårdkvaliteten. Vid för hög arbetsbelastning och brist på personal var det svårt att ge patienterna den tid de behövde och det var svårt att samtidigt tillgodose alla patienters behov, även om den döende patienten medförde en speciell stämning. Sjuksköterskorna kände en otillräcklighet när de ansvarade för flera patienter med olika omvårdnadsbehov samtidigt som de arbetade under tidsbegränsningar (Andersson et al., 2016). Flera försök har gjorts till att involvera resurser från den palliativa vården till sjukhusen men på grund av svårhanterliga symtom som uppkom hos patienterna och brist på specialiserade sjuksköterskor var detta knappt genomförbart. Detta gjorde att patienten blev beroende av sjukhusvården. På landsbygden utgjorde personalbristen ännu större svårigheter. Att det fanns kunskap kring vård i livet slut på sjukhus på landsbygden var en väldigt viktig tillgång. Där fanns det inte samma möjligheter till att få resurser från den palliativa vården som det gjorde i storstäder (Garner, 2013).

Enligt en studie genomförd i USA (Bainbridge & Seow, 2018) fanns det inte tillräckliga resurser för att alla patienter med ett palliativt vårdbehov skulle få specialiserad vård. Detta resulterade i att patienter i livets slut och som hade behov av palliativ vård hamnade på sjukhus fick inte sitt vårdbehov tillgodosett. Sjuksköterskor på sjukhus hade svårare att bemöta patienter i livets slut med existentiella och emotionella frågor, dock fanns det bättre möjligheter till

symtomlindring på sjukhusen än i hemmen eller på hospices. Enligt en jämförelsestudie mellan att dö på hospice eller sjukhus visade att patienter i en hospiceinrättning fick mer stöd av sjuksköterskorna under den sista veckan i livet och att kontinuiteten var mer följsam. När en patient i en hospiceinrättning behövde sjukhusvård upplevdes förflyttningen mellan instanserna som problematisk eftersom sjukhusen inte kunde ta emot patienterna snabbt på grund av snabbt förändrade vårdbehov (a.a.). Ett problem som var vanligt förekommande uppstod när en patient i livets slut skulle förflyttas till ett annat sjukhus på grund av stabiliserat mående. Avsaknaden av ett fungerande remitterande system gjorde att läkare inte visste vart patienterna skulle placeras. Detta resulterade i att sjuksköterskorna fick en ökad arbetsbelastning, de tvekade på sin kunnskap, ökad stress under sina arbetspass samt en känsla av maktlöshet att lösa närståendes problem (Lai et al., 2018). Dock hade sjukhusen resurs- och finansiella begränsningar som utgör ett hinder att ge vård i livets slut till patienter som behöver det. Personalbristen på sjukhusen gjorde att sjuksköterskorna inte kunde utföra vårdplanering på patienter i livets slut. Den inneliggande tiden på sjukhusen för patienterna blev mycket kortare och patienter skrevs ut trots att de egentligen inte var färdigbehandlade samtidigt som nya patienter skrevs in (Garner et al., 2013).

Diskussion

Sammanfattning av resultatet

Utifrån syftet, sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede på en somatisk vårdavdelning, identifierades tre huvudkategorier:

1. Kompetens: *kunskap, utbildning, kliniska färdigheter och förmåga att kommunicera.*
2. Utmaningar: *stöd till patient och närstående och osäkerhet.*
3. Vårdens resurser: *prioritering och personalbrist.*

Resultatet visade att kunskapen hos sjuksköterskor vid vård i livets slut var bristfällig samt att utbildningen inom kunskapsområdet behöver utvecklas i dagens sjuksköterskeutbildningar. Sjuksköterskor hade otillräcklig kompetens för vård i livets slut, eftersom det inte var så vanligt förekommande på somatisk vårdavdelning där kurativ vård prioriterades. Några sjuksköterskor uttryckte att det inte var deras uppgift. Kommunikation var en viktig faktor, som till exempel att bygga förtroende och sjuksköterskans förmåga att uttrycka sig. Sjuksköterskor ansåg att det var utmanande att få ett förtroende från patientens närstående eftersom det ofta upplevdes att

närstående inte hade insikt i patientens hälsotillstånd. På somatiska vårdavdelningar var det svårt att balansera mellan akut omvårdnad och omvårdnad av döende. Personalbristen kunde innebära att döende patienter inte blev prioriterade på samma sätt som de patienterna med akuta sjukdomstillstånd.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen baseras på de kategorier som var mest framträdande i resultatet och som bedömdes betydelsefulla och intressanta.

Kompetens

Ett flertal artiklar i denna litteraturöversikt har visat att kunskapen inom vård i livets slut är bristfällig (Bergsträsser et al., 2017; Coffey et al., 2016; de Albuquerque, 2017; Dosser & Kennedy et al., 2012; Fitch et al., 2016). Några sjuksköterskor hade olika syn på om vård i livets slut ingick i deras kunskapsområde eller inte. Detta resulterade i att de inte kunde bemöta och ge ett adekvat stöd till såväl patienten och de närstående vilket ledde till sämre vårdkvalitet (Andersson et al., 2016; Blaževičienė et al., 2017). Andra sjuksköterskor menade däremot att vård i livets slut inte var en del av deras kunskapsområde och att detta var ett specialiserat område (de Albuquerque, 2016; dos Santos, 2017). Däremot omfattas vård i livets slut enligt Andershed och Ternstedt (2013), Bergenholtz et al. (2015) och Socialstyrelsen (2013) av alla patienter med sjukdomar som är obotbara samt progressiva och inte enbart patienter med en cancerdiagnos. Socialstyrelsen (2013) anger vidare att vård i livets slut ska kunna utföras av personal med grundläggande kunskap och kompetens inom allmän palliativ vård. En reflektion kring detta var att eftersom sjuksköterskor kommer att vårda döende patienter inom flera olika vårdverksamheter, är det av stor vikt att sjuksköterskor har denna kompetens. En enskild person kan, väntat eller plötsligt utifrån att tidigare ha varit frisk och haft hälsa, drabbas av obotlig sjukdom och död. Sjuksköterskor med adekvat kompetens kan bidra till värdig död.

Kvaliteten på vården skiljde sig beroende på vilken vårdinrättning samt land den döende patienten vårdades i (Bainbridge & Seow, 2018). Att få dö på hospice kunde upplevas som värdigt av patienten eftersom de har kompetenta sjuksköterskor som kan tillgodose behov som patienten i livets slut har. Detta styrks av Bainbridge och Seow (2018) eftersom deras studie

indikerade att vårdkvaliteten var högre på hospices tack vare att sjuksköterskor hade mer erfarenhet och kunskap än sjuksköterskor som arbetade på somatiska vårdavdelningar. WHO (2019) beskriver att palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som förbättrar livskvaliteten för patienter och dess närstående genom att förebygga och lindra lidandet (a.a.). När patienten inte får möjligheten att dö där det finns kompetenta sjuksköterskor upplevs heller ingen livskvalitet vilket även kan styrkas av Bainbridge och Seow (2018). Författarna till denna litteraturöversikt anser att patienter som befinner sig i livets slut borde få bli vårdade inom verksamheter som är specialiserade inom detta för att den sista tiden i livet ska bli så bra som möjligt. Idag råder sjuksköterskebrist inom många verksamheter och specialiteter i Sverige vilket kan göra det svårt för sjuksköterskor att få den kunskap de behöver eftersom resurser många gånger saknas.

Runt om i världen har vård i livets slut förbättrats och fler länder runt om i världen kan erbjuda olika former av palliativ vård (Andershed & Ternestedt, 2013). Däremot redovisade Coffey et al. (2016) i sin studie att sjuksköterskor i USA hade mer kunskap om vård i livets slut än sjuksköterskor i Italien, Hong Kong, Irland och Israel. Vård i livets slut och palliativ vård har olika förutsättningar i världen och har utvecklats varierande internationellt. Coffey et al. (2016) beskrev att sjuksköterskor hade i USA mer erfarenhet av att vårda döende patienter än de andra länderna i studien. I en amerikansk studie (Dumanovsky et al. 2016) beskrevs att sjuksköterskor hade stor kunskap om vård i livets slut. Av de verksamheter som ingick hade 90 % ett speciellt vårdprogram för döende patienter. Andershed och Ternestedt (2013) beskrev att en stor ökning av vård i livets slut har skett i låginkomstländer i Afrika. Författarna till denna litteraturöversikt anser att denna ökning är väldigt positiv eftersom alla människor i världen borde ha samma rätt till adekvat vård. Dock kan den vård som bedrivs i Afrika se väldigt annorlunda ut mot den moderna palliativa vården som finns tillgänglig i Sverige och USA. De verksamheter som bedriver vård i livets slut i låginkomstländer behöver dock utvecklas ytterligare för att patienterna ska få samma förutsättningar som i moderna länder. Det vore önskvärt att implementera den moderna vård som utövas i USA i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för att bedriva en ännu mer personcentrerad och patientsäker vård. Döendet borde uppmärksammas mer av länder runt om i världen för att patientens alla sidor ska upptäckas. Det är vackert att födas, och en erfaren sjuksköterska kan göra det lika vackert att dö.

Kliniska färdigheter

För att sjuksköterskan ska kunna göra bedömningar på patienter som vårdas i livets slut krävs det kompetens inom kunskapsområdet (Andersson et al., 2016; de Albuquerque, 2016). Detta styrks av Duckworths (2018) studie där det framkom att sjuksköterskor behövde lära sig att känna igenom symtom. Genom att kunna identifiera symtom minskades patientens lidande och välbefinnandet kunde främjas. Reflektioner kring detta är att det är viktigt eftersom rätt omvårdnadsåtgärder leder till en tillfredsställelse hos patienten och närstående. Patientens värdighet och integritet måste bevaras oavsett hälsotillstånd. Rätt omvårdnadsåtgärder kan göra mycket för patienten. Det kan räcka med att vara närvarande hos patienten och att hålla dennes hand. Detta leder till att sjuksköterskan blir stödjande, emotionell och empatiskt mot patienten vilket är viktigt i den sista tiden i livet. Vissa sjuksköterskor kan uppleva döendet som smärtsamt eftersom det inte klassificeras som en somatisk sjukdom som går att bota utan som den naturliga vägen i livet vilket styrks av Andersson et al. (2016), de Albuquerque (2016) och Lai et al. (2018).

För att bidra till en god död var det viktigt att sjuksköterskor släppte sina egna rädslor för döden och döendet vilket kan göra att patienten och närstående blev mer närvarande i patientens sista tid i livet. Detta kunde bidra till kreativitet och meningsfullhet för alla parter (Andersson et al. 2016; de Albuquerque (2016). Detta förankras också i Jean Watsons omvårdnadsteori som bygger på en omsorgsrelation mellan sjuksköterskan och patienten. Hennes mål var att stödja både patienter och dess närstående till att uppnå harmoni oavsett hälsa eller ohälsa (Watson, 1993). Detta är även i enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt och kunna anpassa vården efter patientens behov och önskemål. En kompetent sjuksköterska ska kunna hjälpa den döende patienten och de närstående att hitta en mening i situationen trots lidandet. Därför är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap om vad palliativ vård innefattar för att kunna implementera god omvårdnad till patienter i livets slut (Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Watson, 1993). Det är en viktig del att ha rätt kunskap i vård där patienter i livets slut förekommer för att patienten ska bli behandlad med ett personcentrerat förhållningssätt. Genom att patienten får sina nödvändiga och önskade behov tillgodosedda kan livskvalitet uppnås vilket är det viktigaste för patienten i den sista tiden i livet.

Förmåga att kommunicera

Studier av verksamheter där det utförts utbildningar inom kommunikation visade att sjuksköterskorna kände sig tryggare i att kommunicera med såväl patient som närstående om död och döendet. Detta ledde även till en bättre omvårdnad och högre vårdkvalitet (Coyle et al., 2015; Harden et al., 2017). Enligt Lund Hagelin et al. (2013) och Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (2013) är kommunikation en av de fyra hörnstenarna i palliativ vård, och ska främja vårdkvaliteten för patienten och involvera de närstående (a.a.). En reflektion kring detta är att omvårdnad är sjuksköterskans huvudansvar och genom att kunna kommunicera angående döden blir närstående mer förstående samt involverade i vården. Om en rak kommunikation sker kan sjuksköterskan lättare få vetskap om vilka önskemål patienten och närstående har angående vården. Detta kan handla om hur patienten vill ligga i sängen eller vad patienten vill äta till frukost eftersom det kan vara svårt att nå fram till den döende. Därför är kommunikation en viktig komponent i vård i livets slut. Det kan vara svårt för många sjuksköterskor att ha en rak kommunikation till patienter och anhöriga eftersom de ibland inte har någon sjukdomsinsikt. Missförstånd kan då uppstå hos patienten och närstående vilket gör att de inte förstår hur allvarligt patientens sjukdomstillstånd är.

Om sjuksköterskor har rätt kunskap och utbildning kan de kommunicera med patienten och närstående på ett effektivare sätt (Coffey et al., 2016; Dosser & Kennedy, 2016; Garner et al. 2013). Genom att effektivisera kommunikationen blir det mycket lättare att diskutera olika behandlingsalternativ i ett tidigare stadiet. En studie (Price et al., 2017) bekräftar litteraturstudiens resultat att tidig kommunikation med patient och närstående förbättrar den sista tiden i livet. Det beskrevs även att sjuksköterskor på akutvårdsavdelningar är relativt kompetenta vid stöttning till patient och närstående samt vid symtomlindring (a.a.), vilket motsäger det Coffey et al. (2016) och Dosser och Kennedy (2012) beskrev i sina studier. Detta kan dock bero på att studien av Price et al. (2017) är genomförd i USA där modern palliativ vård bedrivs under goda förutsättningar. Price et al. (2017) beskrev att det behövs mer kunskap och utbildning med att hjälpa patienter och deras närstående med att fatta svåra beslut (a.a.). Avdelningschefen eller en ansvarig sjuksköterska borde finnas på varje avdelning som ansvarar för att öka den grundläggande kunskapen genom att utbilda sjuksköterskor om vård i livets slut. Detta bidrar till en ökad personcentrering kring patientens samt närståendes behov och önsningar vilket ökar vårdkvaliteten för den döende patienten.

Utmaningar

Lai et al. (2018) visade att sjuksköterskor ansåg att det var utmanade att vårda patienter i livets slut. Det kunde kännas svårt för sjuksköterskor att bära det stora ansvaret för att göra döendet så bra som möjligt för patienten. En ut av de största utmaningarna var att kunna skapa ett förtroende till närstående på de avdelningar där palliativ vård inte var vanligt förekommande (a.a.). Det som har reflekterats kring är att närstående är lika utsatta som patienten och har oftast svårt att förstå hur situationen ser ut på grund av bristande sjukdomsinsikt. Detta kan leda till att närstående upplever att sjuksköterskorna arbetar mot dem och inte med dem vilket kan ge sjuksköterskor en känsla av makt- och hopplöshet. Att det kan se ut på det här sättet kan bero på att sjuksköterskor inte känner sig tillräckliga för att ge patienten och närstående den tiden som de egentligen behöver. Karlsson et al. (2017) beskrev att sjuksköterskorna hann oftast bara gå in till patienten och lämna medicinen de skulle ha och hann inte se de eventuella symtom som patienten uttryckte, som till exempel smärta eller lidande. Detta kunde även ses i studierna genomförda av de Albuquerque (2016) och Dosser och Kennedy (2012). När sjuksköterskor inte har tid att prata med patienten och närstående blir det svårt att upptäcka symtom som inte är tydliga. En döende människa behöver en lugn och rofylld miljö där sjuksköterskan är lyssnande och empatisk.

Flera sjuksköterskor har beskrivit att de kände en osäkerhet i vården av den döende patienten eftersom de hade svårt att identifiera sjukdomstillståndet (Andersson et al., 2016; Odachi et al. 2017). Det visades att det hjälpte att hålla en kontinuerlig diskussion med erfarna kollegor. Vid situationer där sjuksköterskan inte har kunnat ta ett aktivt beslut eller när förmågan att identifiera sjukdomstillstånd var bristfällig kunde osäkerheten hos sjuksköterskor uppstå och detta var väldigt vanligt. Om patienten har närstående med sig vid sin sida kan sjuksköterskan fråga dem hur de vill att vården ska bedrivas (a.a.), men om en patient är ensam kan det uppstå etiska dilemman. Utifrån dessa forskningsrön framkommer vikten av att sjuksköterskan gör det bästa för patienten med hjälp av erfarna kollegor. Döden kan inte göras om, därför måste patienten få uppleva döendet på det bästa och värdigaste sättet.

Vårdens resurser

Enligt Garner et al. (2013) och Andersson et al. (2016) kunde sjuksköterskor sällan skapa en relation till patienten. Detta berodde ofta på att tiden inte räckte till samt att patienter med livshotande somatiska tillstånd behövde prioriteras. Oftast blev patienter i livets slut bortprioriterade på grund av att patienten i rummet bredvid mådde sämre. Detta ledde till att högkvalitativ vård inte kunde ges (a.a.). Även de Albuquerque (2016) och Dosser och Kennedy (2012) beskrev att bortprioriteringar gjorde att sjuksköterskor endast gjorde nödvändiga omvårdnadsåtgärder hos patienten (a.a.). Ett annat problem enligt Garner et al. (2013) var personalbristen. På landsbygder fanns inte samma möjlighet till palliativ vård som det gjorde i storstäder (a.a.). I Sverige ska vård i livets slut vård kunna erbjudas var som helst där patienten önskar att dö. Människor som har behov av vård i livets slut ska bli erbjudna detta på lika villkor, oavsett ålder, sjukdom, kön eller vart patienten är lokaliserad (HSL, SFS 2017:30, kap 3. 1 §; Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2019; Socialstyrelsen, 2013). Även Milligan (2012) ansåg att döende människor borde bli erbjudna högkvalitativ vård i livets slut (a.a.). Bainbridge & Seow (2018) beskrev i sin studie att det inte fanns tillräckligt med resurser för att få specialiserad palliativ vård, till exempel ett palliativ team eller hospice, utan att de då istället hamnade på somatiska vårdavdelningar. Dock fanns det bättre möjligheter till symtomlindring på sjukhus än i hemmen och på hospice (a.a.). Redan på 1900-talet ansågs symtomlindringen bättre på sjukhus än på ett hospice (Lindheim, 1981). I enlighet med WHO (2019) leder en bra symtomlindring till en bättre livskvalitet. För att kunna ge god omvårdnad i livets slut krävdes det att sjuksköterskan anpassade vården efter patientens behov (a.a.). På grund av de bristande resurserna blev detta inte enligt det personcentrerade förhållningssättet som Svensk Sjuksköterskeförening (2017) beskrev. Sjuksköterskan skulle inte bara ha tid till att rikta sin uppmärksamhet mot de uppgifter som skulle utföras, utan även att uppmärksamma patienten som person (a.a.). På grund av den höga arbetsbelastningen och att sjuksköterskorna inte fick tillräckligt med tid med patienterna kunde inte den omsorgsrelation som Watson (1993) beskrev i sin omvårdnadsteori uppnås. Detta är inte heller i enlighet med de riktlinjer som finns i Sverige som säger att alla människor ska få den vård de är i behov av (a.a.).

Metoddiskussion

Arbetet utfördes som en litteraturoversikt där tidigare forskning har sammanställts (Friberg, 2017; Segesten, 2017). Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har använts, vilket kan ses som

en styrka för att få både djupare och bredare resultat. De geografiska spridningen kan också ses som en styrka då den vetenskapliga forskningen har genomförts i olika delar av världen. Ytterligare en styrka var att artiklarnas innehåll och relevans granskades och diskuterades kontinuerligt. Med hjälp av varandra minskade risken att missa betydelsefull information. Artiklar har tillförts till resultatdiskussionen för att stärka de identifierade resultaten ytterligare vilket även det var en styrka i litteraturöversikten. Svagheter med den här studien är att det har varit svårare att jämföra resultaten som identifierats i 13 olika länder då vården inte har samma förutsättningar i alla länder. Det som skulle kunna utföras annorlunda är att skriva utifrån patientens och närståendes perspektiv samt sammanställa studier genomförda i Sverige eller Norden.

PubMed och Cinahl var de databaser som användes vid sökning av artiklar. Dessa är inriktade på medicinsk och omvårdnadsforskning. PubMed genererade flest artiklar till resultatet. Adekvata sökord som relaterade till syftet användes vid sökning av artiklar för att hitta artiklar till resultatet. Detta bidrog till att artiklar relevanta för syftet hittades. Genom att avgränsa med trunkering samt att bredda med boolesk sökmetod har artiklar hittats som motsvarar litteraturöversiktens syfte. Endast artiklar publicerade mellan åren 2008-2019 och de som var skrivna på engelska har använts. Artiklarna översattes med hjälp av engelskt-svenskt lexikon och med digitala översättningsverktyg. Med hjälp av detta har vi kunnat hitta studier som varit av betydelse för denna litteraturöversikt.

Etikdiskussion

Vetenskapsrådet (2018) har utarbetat etiska riktlinjer för medicinsk forskning. Etiskt tillstånd krävs alltid men framförallt när forskning är särskilt känslig, dit hör studier där levande och avlidna människor ingår (a.a.). I denna litteraturöversikt ingår artiklar som beskriver där data från både levande och avlidna personer ingått. Av den anledningen kändes det särskilt viktigt att studierna var etiskt granskade eller att det framkom noggrant att deltagarna var tillfrågade och informerade om studien. I 11 av de 15 artiklarna framkom det att de var etiskt granskade av en etisk kommitté. I de resterande fyra kunde noggranna etiska överväganden ses studierna, till exempel att deltagandet var frivilligt, att deltagarna var tillfrågade att delta, det var informerade om studien samt att de när som helst kunde avsluta.

Kliniska implikationer

Litteraturoversikten kan bidra till ökad insikt hos chefer och ledare i vården om behovet av utbildad personal inom vård i livets slut. Utbildning kan bidra till ökad kompetens att vårda döende personer. Med riktad utbildning kan sjuksköterskans kompetens, till exempel kommunikationsförmåga utvecklas och vårdkvaliteten höjas till förmån för såväl patienter, närstående som personal.

Slutsats

Resultatet påvisar vikten av sjuksköterskans kompetens att vårda döende. Utbildning och fortbildning är av viktigt. Det kan bidra till att sjuksköterskan känner sig tryggare i rollen att vårda döende, förbättrad kommunikation och därmed att patienter och närstående får en vård av bra kvalitet. Eftersom den palliativa vården fortsätter att växa och tillgängligheten av sjuksköterskor med rätt resurser är bristfällig kommer de att behöva mer kunskap och utbildning för att ge vård i livets slut. Att ha god kommunikationsförmåga är viktigt för att sjuksköterskor ska känna sig trygga med att tala om död och döendet med både patienten och dess närstående.

Förslag till vidare forskning

Eftersom världens befolkning ökar kommer även den palliativa vården och vård av döende att efterfrågas i större utsträckning än tidigare. Det borde forskas mer om hur sjuksköterskor upplever vård i livets slut på allmänmedicinska vårdavdelningar till exempel med hjälp av intervjuer av sjuksköterskor och observationer av mötet mellan sjuksköterska och patienten. Eftersom den sista tiden i livet är så viktig för både patienten och närstående behövs mer kunskap hos sjuksköterskan för att kunna ge det stöd som krävs. Det hade även varit intressant med djupa intervjuer där vården av döende på specialiserad palliativ vårdavdelning respektive en somatisk vårdavdelning jämförs, för att kunna utforma bästa möjliga vård i livets slut.

Erkännande

Ett särskilt tack till Marianne Spante för allt stöd och gott handledarskap som vi har fått under resan till att forma den här viktiga uppsatsen om utsatta människor som befinner sig i livets slut.

Referenser

Andershed, B. (2013). Delaktighet och utanförskap. I B. Andershed, B-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 201–211). Lund: Studentlitteratur AB.

Andershed, B. & Ternestedt, B-M. (2013). Den palliativa vårdens utveckling, I B. Andershed, B-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 103–116). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Bainbridge, D. & Seow, H. (2018). Palliative care experience in the last 3 months of life: A quantitative comparison of care provided in residential hospices, hospitals, and the home from the perspectives of bereaved caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(3), 456-463. doi: 10.1177/1049909117713497

Bergenholtz, H., Hølge-Hazelton, B. & Jarlbaek, L. (2015). Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish hospital. *BMC Palliative Care*, 14(23), 1–11. doi: 10.1186/s12904-0150022-2

Bergsträsser, E., Cignacco, E. & Luck, P. (2017). Health care professionals' experiences and needs when delivering end-of-life care to children. *Palliative Care: Research and Treatment*, 10, 1-10. doi: 10.1177/1178224217724770

Blaževičienė, A., Newland A. J., Čivinskienė, V. & Beckstrand L. R. (2017). Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *BMC Palliative Care*, 16(74), 1-8. doi: 10.1186/s12904-017-0257-1

Bülbül, S., Sürücü, M., Karavaizoğlu, C. and Eke, M. (2014). Limitations in the approach health caregivers can take in end-of-life care decisions. *Child: Care, Health and Development*, 41(6), 1242–1245. doi:10.1111/cch.12171

Coffey, A., McCarthy, G., Weathers, E., Friedman, M. I., Gallo, K., Ehrenfeld, M. ... Itzhaki, M. (2016). Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries. *International Journal of Nursing Practice*, 22, 247-257. doi:10.1111/ijn.12417

Costello, M. & Barron, A.M. (2017). Teaching compassion: incorporating Jean Watson's caritas processes into a care at the end of life course for senior nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1113-1117

Coyle, N., Manna, R., Johnson Shen, M., Banerjee, S C., Penn, S., Pehrson, C. ... Bylund, C. L. (2015). Discussing death, dying, and end-of-life goals of care: A communication skills training module for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 697-702. doi: 10.1188/15.CJON.697-702

de Albuquerque, K-A. (2016). Assistance to patients in the final phase of life or under palliative care is inadequate: Nurses view. *Journal of Nursing*, 10(7), 2336-2344. doi: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201606

Doherty, M. & Thompson, H. (2014). Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing*, 19(10), 502-507. doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.12968/bjcn.2014.19.10.502>

dos Santos, C.B., de Souza, I.M., de Souza Scaldelai, R., da Silva Palhota Lozano, T., Sailer, C.G. & Preto, V.A. (2017). The perception of nurses of a general hospital on palliative care. *Journal of Nursing*, 11(6), 2288-2293. doi:10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201705

Dosser, I. & Kennedy, C. (2012). Family carers' experiences of support at the end of life carers and health professional's views. *Journal of Palliative Nursing*, 18(10), 491-497.

Duckworth, A. (2018). Caring for dying patients in the community setting. *Journal of Community Nursing*, 82(3), 62-65.

Dumanovsky, T., Augustin, R., Rogers, M., Lettang, K., Meier, E. D & Morrison, R. S. (2016). The growth of palliative care in U.S hospitals: A status report. *Journal of Palliative Medicine*, 19(1), 8-15. doi:10.1089/jpm.2015.0351

Fitch, I. M., DasGupta, T. & Ford, B. (2016). Achieving excellence in palliative care: perspectives of health care professionals. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 66–72. doi: 10.4103/2347-5625.164999

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Friedrichsen, M., Hajradinovic, Y., Jakobsson, M., Milberg, P. & Milberg A. (2017). Palliative care consultation team on acute wards—an intervention study with pre-post comparisons. *Support Care Cancer*, (25), 371–380. doi: 10.1007/s00520-016-3406-9

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Lund: Studentlitteratur AB.

Garner, K. K., Goodwin, A. J., McSweeney, C. J. & Kirchner, E. J. (2013). Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(2), 235-243. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.021>

Harden, K., Price, D., Duffy, E., Galunas, L. & Rodgers, C. (2017). Palliative care improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 232-238. doi: 10.1188/17.CJON.E232-E238

Hendricks-Ferguson, V., Sawin, K. J., Montgomery, K., Dupree, C., Phillips-Salimi, C. R., Carr, B. & Haase, J. E. (2015). Novice nurses' experiences with palliative and end-of-life communication. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1(13).

doi: 10.1177/1043454214555196

Karlsson, M., Kasén, A. & Wärnå-Furu, C. (2016). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative and Supportive Care*, 15, 158-167. doi: 10.1017/S1478951516000468

Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, C. N., Hanmer, J., ... Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *316*(20), 2104-2114. doi: 10.1001/jama.2016.16840

Lai, B. X., Wong, K. Y. F. & Ching, S. Y. S. (2018). The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study: *BMC Palliative Care*, *17*(116), 1-11. doi:<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0372-7>

Lindqvist, O., & Tishelman, C. (2016). Going public: reflections on developing the DöBra research program for health-promoting palliative care in Sweden. *Progress in Palliative Care*, *24*(1), 19–24.

doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1080/09699260.2015.1103497>

Lindheim, R. (1981). Birthing centers and hospices: Reclaiming birth and death. *Annual Review Public Health* *2*, 1-29.

Lundh Hagelin, C., Tishelman, C., Rasmussen, B. H. & Lindqvist O. (2013). Den komplexa vården under livets sista dagar: det räcker inte med fyra hörnstenar. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 395-403). Lund: Studentlitteratur AB.

Milligan, S. (2012). Optimising palliative and end of life care in hospital. *NURSING STANDARD*, *26*(41), 48–56.

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (u.å.). *Vad är palliativ vård?* Hämtad 10 maj, 2019, från Nationella Rådet för Palliativ Vård, <https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/>

Norstedts stora engelska ordbok: engelsk-svensk: svensk-engelsk: [154,000 ord och fraser]. (2011). I B. Berglund & M. Wiman (Red.), *Norstedts stora engelska ordbok: engelsk-svensk: svensk-engelsk: [154,000 ord och fraser]*. Stockholm: Norstedt.

Odachi, R., Tamaki, T., Ito, M., Okita, T., Kitamura & Sobue, T. (2017). Nurses' experiences of end-of-life care in long-term care hospital in Japan: balancing improving the quality of life and sustaining the lives of patients dying at hospitals. *Asian Nursing Research*, 11. 207-215. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.004>

Payne, S., Seymoure, J. & Ingleton, C. (2004). Inledning. I S. Payne, J. Seymoure & C. Ingleton (Red.), *Palliative care nursing. Principles and evidence for practice*. New York: Open University Press.

Price, M. D., Strodtman, L., Montagnini, M., Smith, M. H., Miller, J., Zybert, J. ... Ghosh, B. (2017). Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(7). 329-336. doi: 10.3928/00220124-20170616-10

Regionalt cancercentrum. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. [Broschyr]. Stockholm Gotland: Regionalt cancercentrum.

Från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativvard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Saunders, C. (1979). *Den goda döden. Om vård av döende patienter*. (The management of terminal diseases). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 103–108). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skoglund, A.K. (2018). *Orörlighet, komplikationer - översikt*. Hämtad 11 mars, 2019, från Vårdhandboken, <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hjalpmedel/ororlighet-komplikationer/oversikt/>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikationer, stöd för styrning och ledning*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 27 mars, 2019, från Socialstyrelsen, <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=474&SrcLang=sv>

Stjernswärd, J. & Clark, D. (2003). Palliative care - a global perspective. I G. Hanks, D. Doyle, C. Calman & N. Cherny (Red.), *Oxford textbook of palliative medicine* (s. 1227-1245). Oxford: Oxford University Press

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svenska Palliativregistret. (2019). *Kvalitetsindikationer - lilla*. Hämtad 11 mars, 2019, från Svenska Palliativregistret, <https://data.palliativ.se/utdata/report/kval.lilla>

Vetenskapsrådet. (2018). *Etiska tillstånd för medicinsk forskning*. Hämtad 5 februari, 2019, från Vetenskapsrådet, <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/klinisk-forskning-i-sverige/etiska-tillstand-for-medicinsk-forskning.html#0>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Weiland, J. T., Lane, H., Jelinek, A. G. Marck, H. C. Weil, J., Boughey, M. & Philip, J. (2015). Managing the advanced cancer patient in the Australian emergency department environment: findings from a national survey of emergency department clinicians. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(14). 1-10. doi:10.1186/s12245-015-0061-8

World Health Organization. (2019). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 28 januari, 2019, från WHO, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur A.

Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Tabell 1. Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstract	Antal utvalda artiklar i resultat efter genomläsning av artiklar n=15
PubMed	End of life AND	18554	0	0	0
	Hospital AND	6283	0	0	0
	Experience	746	8	5	2
PubMed	End of life AND	18854	0	0	0
	Hospital AND	6283	0	0	0
	Experience AND	746	0	0	0
	Nurs*	229	12	4	1
CIHNAL	End of life AND	1989	0	0	0
	Dying AND	322	0	0	0
	Nurs*	164	27	4	1
CINAHL	Experience AND	20804	0	0	0
	Terminally ill AND	190	0	0	0
	Hospital	40	22	12	3
CINAHL	Terminally ill AND	609	0	0	0
	Nurs* AND	297	0	0	0
	Experience	112	37	20	1
PubMed	End of life AND	17706	0	0	0
	Dying AND	831	0	0	0
	Nurs* AND	316	0	0	0
	Experience	110	20	5	1
PubMed	End of life care AND	11342	0	0	0
	Hospital AND	5214	0	0	0
	Nurse AND	488	0	0	0
	Experience	147	46	8	2
PubMed	Nurse AND	26668	0	0	0
	Hospital AND	13097	0	0	0
	Experience AND	2302	0	0	0
	Dying AND	51	4	4	0
	End of life care	34	1	1	1
CINAHL	Nurs* AND	135490	0	0	0
	Hospital AND	30440	0	0	0
	Experience AND	6655	0	0	0
	End of life AND	268	0	0	0
	Death AND	118	0	0	0
	Terminally ill	27	20	7	1
PubMed	Nurse AND	26969	0	0	0
	End of life care AND	868	0	0	0
	Hospital	471	6	6	2

Bilaga 2: Artikelmatris

Tabell 1. Sammanställning av artiklar (n=15) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Kontext	Resultat	Kvalitetsgrad
Andersson, E., Salickiene, Z. & Rosengren, K. 2016 Sverige	To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients	The aim of this study was to describe nurses' experiences (>two years) of caring for dying patients in surgical wards.	Kvalitativ Inspelade och transkriberade intervjuer som analyserades med innehållsanalys	n=6 5 kvinnor och 1 man	Kirurgisk vårdavdelning	Nyutexaminerade sjuksköterskor inte undviker att vårda döende patienter men de betonade vikten av att det ska finnas mer undervisning om vård i livets slut i den grundläggande sjuksköterskeutbildningen.	92 %
Bainbridge, D. & Seow, H. 2018 Kanada	Palliative care experience in the last 3 months of life: A quantitative comparison of care provided in residential hospices, hospitals, and the home from the perspectives of bereaved caregivers.	This study captured the end-of-life care experiences across various settings from bereaved caregivers of individuals who died in residential hospice.	Kvantitativ Retrospektiv observationsstudie	n=1153 590 kvinnor och 545 män, patienter	Hospice, vårdavdelningar på sjukhus och hemmet.	Större delen av sjuksköterskorna uppskattade symtomlindring, andligt och emotionellt stöd av hospice som utmärkt, medan hemsjukvård, cancercentrum och sjukhus hade mycket sämre vårdkvalitet för döende patienter i livets slut.	86 %
Bergsträsser, E., Cignacco, E. & Luck, P. 2017 Schweiz	Health care professionals' experiences and needs when delivering end-of-life care to children.	This study aimed to describe the experiences and needs of HCPs in pediatric EOL care in Switzerland and to develop recommendations for the health ministry.	Kvalitativ Observationsstudie	n=48 Barnsjuksköterskor	Akutvårdsavdelning för barn	Det saknades kunskaper hos sjuksköterskor som ska vårda barn i livets slut och att detta var utmanande.	92 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Kontext	Resultat	Kvalitetsgrad
Blaževičienė, A., Newland A. J., Čivinskienė, V. & Beckstrand L. R. 2017 Litauen	Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey	The purpose of this study was to examine obstacles faced by oncology nurses in providing end-of-life (EOL) care and to examine roles of nurses in providing care.	Kvantitativ Beskrivande tvärsnittsstudie	n=239 sjuksköterskor 238 kvinnor och 1 man	Onkologiavdelning	Sjuksköterskorna hade bristande kunskap vid bemötande av patient och närstående.	86 %
Coffey, A., McCarthy, G., Weathers, E., Friedman, M. I., Gallo, K., Ehrenfeld, M. ... Itzhaki, M 2016 Hong Kong, Irland, Israel, Italien & USA	Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries	The aim of the research was to examine nurses' knowledge of Ads and self-perceived confidence in EOL care, in Hong Kong, Ireland, Israel, Italy and the US.	Kvantitativ Beskrivande tvärsnittsstudie, frågeformulär	n=1089 sjuksköterskor från Hong Kong: n=157, Irland: n=186, Israel: n=141, Italien: n=261 och USA: n=344 929 kvinnor och 160 män	Okänd (i klinisk- och undervisningsmiljö)	Ökad kunskap om patientfullmakt kunde bidra till att sjuksköterskorna fick ett ökat förtroende till att diskutera problem kring vård i livets slut med patienter och familjer. Brist på kunskap och riktlinjer ledde till ett minskat förtroende för att vårda patienter i livets slut.	79 %
Coyle, N., Manna, R., Johnson Shen, M., Banerjee, S C., Penn, S., Pehrson, C., Kreuger, C A., Maloney, E K., Zaider, T. & Bylund, C L. 2015 New York, USA	Discussing death, dying, and end-of-life goals of care: A communication skills training module for oncology nurses	The aim of this article is to evaluate participants' confidence in using the communication skills learned and their satisfaction with the module.	Kvalitativ Jämförelsestudie	n=247 sjuksköterskor	Onkologisk vårdavdelning	Sjuksköterskor kände sig mer självsäkra och trygga i att kunna kommunicera med patienten och dess närstående efter utbildningen.	88 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Kontext	Resultat	Kvalitetsgrad
de Albuquerque, K.A. 2016 Brasilien	Assistance to patients in the final phase of life or under palliative care is inadequate: Nurses view	Evaluating patient care in the final stage of life under Palliative Care from the perspective of nurses, and verifying the influence of the death and dying process on the provided nursing care.	Kvalitativ Intervju och transkribering	n=37 sjuksköterskor	Medicinsk akutvårdsavdelning	Erfarenhet skiljde sig beroende på hur ofta sjuksköterskorna stötte på döden på avdelningen och kom i kontakt med vård i livets slut.	76 %
dos Santos, C.B., de Souza, I.M., de Souza Scaldelai, R., da Silva Palhota Lozano, T., Sailer, C.G. & Preto, V.A. 2017 Brasilien	The perception of nurses of a general hospital on palliative care	To identify the perception of nurses in a hospital unit about palliative care.	Kvalitativ Frågeformulär	n=10 sjuksköterskor	Medicinsk akutvårdsavdelning	Det behövdes mer utbildning om vad palliativ vård är, vem som utför den och vad som utförs i den palliativa vården	72 %
Dosser, I. & Kennedy, C. 2012 Scotland	Family carers' experiences of support at the end of life carers' and health professionals views	The aim of the part of the study reported here was to investigate the current support offered to carers near the end of life in an acute hospital setting, with a view to implementing changes to improve this area of care.	Kvalitativ Intervjuer, transkribering	n=41 varav 13 vårdgivare, 3 vårdpersonal inom palliativ vård, 23 sjuksköterskor, 2 chefsjuksköterskor	Medicinsk akutvårdsavdelning	Sjuksköterskor upplevde att det inte har tillräckligt med kunskap för att hantera svåra frågor som handlar om död och döendet.	88 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Kontext	Resultat	Kvalitetsgrad
Garner, K. K., Goodwin, A. J., McSweeney, C. J. & Kirchner, E. J. 2013 Arkansas, USA.	Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals	The purpose of this study was to explore the perceptions of nurse executives about the provision of end-of-life care in the hospital setting.	Kvalitativ Beskrivande, naturalistisk pilotstudie som genomfördes med intervjuer	n=10 avdelningschefer som är sjuksköterskor	Vårdavdelning på sjukhus	Det framkom bristande kommunikation och utbildning, kring vård i livets slut och begränsningar i sjukhusystemet.	88 %
Harden, K., Price, D., Duffy, E., Galunas, L. & Rodgers, C. 2017 Michigan, USA	Palliative care improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors	The aim of this project were to improve oncology nurses' palliative care knowledge, attitudes, and behaviors by providing a palliative care nursing education program.	Kvalitativ Jämförelsestudie	n=46 sjuksköterskor	Onkologisk avdelning	Sjuksköterskorna på den onkologiska avdelningen kände sig trygga i att bemöta patient och närstående i vård i livets slut efter utbildningen	76 %
Hendricks-Ferguson, V., Sawin, K. J., Montgomery, K., Dupree, C., Phillips-Salimi, C. R., Carr, B. & Haase, J. E. 2015 USA	Novice nurses' experiences with palliative and end-of-life communication.	The purpose of this article is to describe the commonalities of perspective and experiences of novice pediatric oncology nurses.	Kvalitativ Gruppdiskussioner	n=14 sjuksköterskor med mindre än 1 års erfarenhet	Barnonkologisk avdelning	Sjuksköterskor tyckte att det var svårt att kommunicera med både det döende barnet och föräldrarna.	88 %

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Kontext	Resultat	Kvalitetsgrad
Karlsson, M., Kasén, A. & Wärnå-Furu, C. 2016 Sverige	Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care.	The aim of our study was to describe and gain a deeper understanding of nurses' existential questions when caring for dying patients.	Kvalitativ Intervju	n=14 sjuksköterskor	Hospice	Sjuksköterskor tyckte att det var utmanande att vårda patienter i livets slut och dess utmaningar de ställdes inför.	92 %
Lai, B. X., Wong, K. Y. F. & Ching, S. Y. S. 2018 Kina	The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study	The aim of this study was to explore the experiences of health care providers in caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings.	Kvalitativ Halvstrukturerade individuella intervjuer som analyserades med innehållsanalys och transkriberades på Mandarin.	n=26 (13 läkare och 13 sjuksköterskor) Totalt 18 kvinnor och 8 män.	Akutmottagning, akutvårdsavdelning och primärvård.	De flesta patienter tillbringade sina sista veckor i livet på sjukhus där de fick symtomlindrande behandling. Sjuksköterskorna gav instinktivt mer vård till patienterna, trots detta gavs vård enligt rutiner och inte enligt personcentrering.	88 %
Odachi, R., Tamaki, T., Ito, M., Okita, T., Kitamura & Sobue, T. 2017 Japan	Nurses' experiences of end-of-life care in long-term care hospital in Japan: balancing improving the quality of life and sustaining the lives of patients dying at hospitals.	The purpose of this study was to clarify the nursing practices used for such older patients at the end-of-life stage in long-term care wards via the modified grounded theory approach (M-GTA)	Kvalitativ Halvstrukturerade intervjuer	n=19 sjuksköterskor	Långvårdsavdelning för äldre	Sjuksköterskor måste balansera patienternas dagliga livskvalitet och livsuppehållande vård men på grund av osäkerhet kring patientens önskemål kan det vara svårt.	88 %

Bilaga 3a: Granskningsmall för kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga 3b: Granskningsmall för kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).