



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Examinerat och godkänt: 2024-03-28

## **Sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård i livets slutskede**

## **Nurses' experiences with palliative care in the end of life**

Författare: Elvira Kindvall  
Alexandra Lamig

Handledare: Jenny Karlsson, Adjunkt

Examinator: Catarina Nahlén Bose, Med. Dr.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Palliativ vård tillämpas när patienter inte längre svarar på kurativ behandling och fokuserar på att förbättra livskvaliteten under livets slutskede. Sjuksköterskans uppgift är att ge en god omvårdnad, vilket de kan göra med hjälp av den palliativa vårdens 4 hörnstenar. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever en brist på kunskap och erfarenhet vilket kan leda till onödigt lidande.

**Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av palliativ vård i livets slutskede. **Metod:** En litteraturöversikt baserad på 10 vetenskapliga artiklar, vilka analyserades genom induktiv tematisk innehållsanalys. **Resultat:** Det identifierades två teman, "Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede" och "Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna" samt fyra subteman.

**Slutsats:** Personcentrerad vård är centralt i livets slutskede. Sjuksköterskor erfar att strukturella hinder som utbildnings-, personal- och tidsbrist påverkar deras möjligheter att hantera svåra situationer och upprätthålla en god vårdkvalitet. Det krävs mer forskning för att undersöka hur sjuksköterskor hanterar svåra situationer samt hur detta kan förbättras.

**Nyckelord:** erfarenheter, litteraturöversikt, omvårdnad, palliativ vård, sjuksköterskor, vård i livets slutskede

## ABSTRACT

**Background:** Palliative care is applied when the patient is no longer responding to curative treatment and focuses on giving a better quality of life. The nurse's task is to give good nursing care, which can be done with the 4 cornerstones of palliative care. Previous research shows that nurses feel they lack knowledge and experience which can lead to needless suffering. **Aim:** To explore nurses experiences with palliative care in the end of life. **Method:** A literature review based on 10 scientific papers, which were analyzed using an inductive thematic content analysis. **Results:** Two themes were identified, "Providing palliative care and support at the end of life" and "Reflection of the professional role and the factors that affects it", as well as four subthemes. **Conclusion:** Person centered care is central at the end of life. Nurses experience that structural barriers such as lack of education, staffing and time affects their ability to manage difficult situations and feelings that arise in end-of-life care, and therefore struggle to maintain a good quality care. More research is needed to explore how nurses cope with difficult situations and how this can be improved.

**Key words:** end-of-life care, experiences, literature review, palliative care, nurses, nursing

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND.....	2
Palliativ vård, dess definition och målsättning.....	2
Palliativ vård i livets slutskede och det aktiva döendet.....	3
Den palliativa vårdens 4 hörnstenar.....	3
Sjuksköterskan och palliativ vård.....	4
Teoretiskt ramverk.....	5
De 6 S:n – personcentrerad vård i en palliativ kontext.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Design.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys.....	8
Etiska aspekter.....	10
RESULTAT.....	11
1.0 Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede.....	11
1.1 Skräddarsydd vård för livets slutskede.....	11
1.2 Stödja anhöriga i en påfrestande situation.....	12
2.0 Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna.....	13
2.1 Arbeta med döden som en naturlig del av vardagen.....	13
2.2 Strukturella brister och interprofessionellt samarbete.....	14
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	18
Personcentrerad vård är väsentligt i skapandet av omvårdnadsstrategier.....	18
Att stödja anhöriga är en del av personcentrerad vård.....	19
Sjuksköterskans förutsättningar kan vara ett hinder för att praktisera personcentrerad vård.....	19
Vårdmiljön påverkar sjuksköterskans möjligheter att stödja patientens unika behov.....	20
SLUTSATSER.....	22
REFERENSER.....	23
BILAGOR.....	27

BILAGA I. SBU's granskningsmall.....	1
BILAGA II. Artikelmatris.....	2
BILAGA III. Sökmatris 1.....	9
BILAGA IV. Sökmatris 2.....	11

## INTRODUKTION

I enlighet med Socialstyrelsen (2018) är 80% av döende personer i Sverige i behov av palliativ vård, vilka vårdas i olika vårdsammanhang. Palliativ vård i livets slutskede är således en vårdform de flesta sjuksköterskor möter oavsett vilken avdelning de väljer att arbeta på. Författarna till denna litteraturöversikt har i enlighet med detta kommit i kontakt med patienter som vårdas i livets slutskede på sin verksamhetsförlagda utbildning och ställer sig frågande till varför vårdformen är så lite talad om på vårdavdelningarna och under sjuksköterskeutbildningen. Detta har väckt ett intresse hos författarna att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge palliativ vård i livets slutskede för att belysa den erfarenhet och kunskap som redan finns i praktiken. På detta sätt önskar författarna kunna förbättra sina egna och andras möjligheter att ge god vård till patientgruppen.

# BAKGRUND

## Palliativ vård, dess definition och målsättning

Socialstyrelsen (2018) definierar palliativ vård som den vård som ges när en patient identifieras ha en obotlig sjukdom eller skada och kan ges i alla hälso- och sjukvårdskontexter. Den palliativa vården utgår från en helhetssyn av patientens tillstånd, behov och önskemål och kan implementeras i både tidiga och sena skeden av sjukdomsförloppet (Socialstyrelsen, 2018). Vidare utvecklar World Health Organization [WHO] (2023) palliativ vård som en strategi för att förbättra svårt sjuka patienters och deras anhörigas livskvalitet samt att lindra och förebygga lidande vare sig det består av fysisk, psykisk, psykosocial eller andlig karaktär. Palliativ vård kan således vara den symtomlindrande vård som ges när behandlingsformer som ämnar att läka patienten inte längre är meningsfulla och kan sträcka sig flera år från och fram till det faktiska dödsfallet. Behandlingsformer som ämnar att läka patienten kan även kallas kurativa behandlingsformer.

Enligt WHO (2023) är det en mänsklig rättighet att ha tillgång till palliativ vård, vilken bör anpassas till varje individ inom ramen för personcentrerad vård. Globalt uppskattas 56,8 miljoner människor årligen vara i behov av någon form av palliativ vård men endast 14% har tillgång till det. Patienterna är huvudsakligen drabbade av kroniska sjukdomar där kardiovaskulära- och cancersjukdomar står för drygt 70% av fallen (WHO, 2023). I Sverige är det runt 90 000 personer som årligen avlider och 80 % av dem har varit i behov av palliativ vård. Dessa vårdas både inom den kommunala och den slutna vården och det är vanligt att de har kontakt med flera vårdgivare vid livets slutskede (Socialstyrelsen, 2018).

Enligt Xiao et al. (2021) kan patienter med obotliga sjukdomar, där behandling inte längre ger resultat, försummas i en hälso- och sjukvård som främst fokuserar på kurativa behandlingsformer. De behov som inte blir bemötta kan vara att sjukvården har en oförmåga att vara transparenta kring patientens sjukdomsprogression, att få plats att prata om den förestående döden och att få fullmåligt stöd för egen part och sina anhöriga. Det palliativa förhållningssättet fokuserar därför främst på att förbättra livskvaliteten, identifiera patientens individuella mål med sin vård och den resterande tiden av dennes liv. Målet är att stärka patientens och de anhörigas känsla av kontroll över situationen, normalisera döendeprocessen och stödja patienten och dess anhöriga att handskas med denna med hjälp av interprofessionellt samarbete och omvårdnadsåtgärder (Xiao et al, 2021).

Vad som definierar den palliativa fasen kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonal att fastställa, visar en studie av Flierman et al (2019). Majoriteten av vårdgivarna i studien konstaterade att den palliativa fasen började då kurativa behandlingar avslutades och ersattes av symtomlindring. Detta sattes oftast in när patientens prognos visade att de kurativa behandlingarna inte längre gav resultat, vilket var enklare att fastställa för patienter med cancer genom röntgenbilder än exempelvis patienter med demens eller organsvikt som hade en mer oklar prognos och framtidsbild. Dessa prognoser kunde sträcka sig från månader till år vilket upplevdes mer diffust. Verktyg som vårdgivarna i studien använde sig av för att fastställa skiftet till palliativ vård var en vägning av för- och nackdelar av kurativa behandlingar där nackdelarna vägde tyngst, när det inte längre finns fler behandlingsalternativ, den kliniska blicken vid patient- och sjukdomsspecifika tecken på irreversibel försämring samt patientens egen vädjan om avslutad livsförlängande behandling. Deltagarna tyckte att det var enklare att fastställa det "akuta palliativa stadiet" då patienten är i en aktivt döende fas (Flierman et al., 2019).

## **Palliativ vård i livets slutskede och det aktiva döendet**

Livets slutskede är enligt Socialstyrelsen (2018) när patientens tillstånd är så försämrat att ytterligare försämring skulle kunna ha en dödlig utgång. I detta stadie kan det fortfarande vara svårt att fastställa hur lång tid patienten har kvar, då detta kan variera mellan olika sjukdomar, men det kan röra sig om timmar, dagar, veckor eller fåtalet månader. I detta skede är det viktigt att ha löpande kommunikation med patient och anhöriga så att dessa kan förbereda sig på patientens död och ta tillvara på den sista tiden i livet (Socialstyrelsen, 2018). I livets slutskede börjar kroppens funktioner stagnera och det är vanligt att aptit, ork och medvetandegrad sänks, beskriver Regionala cancercentrum [RCC] (2023). I den sista tiden i livet är det vanligt att patienten sover större delar av dagen och inte längre orkar vara lika social med sina anhöriga. När patienten närmar sig döden prioriterar blodet att cirkulera närmst de inre organen och patienten kan således bli kall i extremiteterna. Det är även vanligt att patienten kan upplevas som motoriskt orolig (RCC, 2023).

Enligt Hui et al. (2015) är vanliga kliniska tecken på att en patient är i en aktivt döende fas pupiller som ej reagerade på stimuli, att patienten ej reagerade på verbala eller visuella stimuli, oförmåga att sluta de egna ögonlocken, förlorad muskeltonus vid nasolabialveck, översträckning av nacken, övre gastrointestinal blödning samt "dödsrossel", vilket är ett rosslande ljud som hörs från patientens vibrerande stämband samt av en uppbyggnad av saliv och slem i halsen. De två vanligaste tecknen var att patienten inte reagerade på verbala stimuli och hade förlorad muskeltonus vid nasolabialvecken. Studiens sjuksköterskor kopplade dessa kliniska tecken med att patienten dog inom några dagar (Hui et al., 2015).

Enligt International Association of Hospice and Palliative Care (u.å) är internationellt hospis den term som oftast förknippas med vård i livets slutskede medan palliativ vård kan ges i varje stadie av sjukdomen. Hur termerna används skiljer sig dock åt i olika länder (International Association of Hospice and Palliative Care, u.å). I denna litteraturöversikt används palliativ vård i den bemärkelse att patienterna som sjuksköterskorna vårdar i valda artiklar är i ett slutskede av deras liv och har inte flertalet månader eller år kvar att leva.

## **Den palliativa vårdens 4 hörnstenar**

Palliativa vårdens fyra hörnstenar har tagits fram av Socialdepartementet (SOU 2001:6) för att fungera som riktlinjer och stöd för all personal inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med patienter som inte längre kan bli botade men som ändå anses behöva behandling för att bibehålla livskvalitet. Hörnstenarna innefattar: Symtomlindring, mångprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till anhöriga (Socialstyrelsen, 2013).

### **Symtomlindring**

Symtomlindring innebär att lindra fysisk smärta, ge stöd i psykosociala och existentiella frågor Socialstyrelsen (2013). Henson et al. (2020) beskriver att patienter i livets slutskede ofta drabbas av smärta, illamående, andningssvårigheter och utmattnings. Då dessa symptom har en stor negativ påverkan på patientens livskvalitet är det angeläget att dessa lindras. Symptomen kan effektivt lindras med hjälp av läkemedel och icke farmakologisk behandling (Henson et al. 2020). Att kunna samtala och få stöd i existentiella och psykosociala frågor ansågs minst lika viktig uppgav palliativa patienter i Michel et. Al (2023).

### **Mångprofessionellt samarbete**

Mångprofessionellt samarbete innebär att olika yrkesgrupper bör samverka för att möta patientens och anhörigas behov. Läkare, sjuksköterskor, dietister, undersköterskor, kuratorer m.fl. som arbetar med



patienten i centrum (Socialstyrelsen, 2013). I en studie av Dickman et al. (2021) beskriver palliativa patienter en ökad trygghet vid kontakt med vården när flera professioner samverkar kring denne, de upplevde bättre symtomlindring med färre läkemedelsbiverkningar, ökad egenmakt samt bättre förmåga att hantera sin situation (Dickman et al. 2021).

### **Kommunikation och relation**

Kommunikation och relation som ett verktyg att förbättra patientens livskvalitet. Genom att sjukvården har god kommunikation sinsemellan men även till patienten och de anhöriga (Socialstyrelsen, 2013). Patienter i Collin et al. (2018, s. 38) beskriver att vid kontakt med sjukvården begränsas möjligheten att kunna prata om livets slutskede och döden, brist på rak och tydlig kommunikation leder till att dem skapar egna föreställningar om att palliativ vård är en försköning för ordet döden (Collin et al. 2018, s. 38). I Virdun et al. (2020) lyfts god kommunikation och relation som en viktig del av att få palliativ vård, patienterna i studien uppgav att dem kände sig bättre informerade vilket gav dem kontroll över situationen samt en känsla av att vara delaktiga i sin vård (Virdun et al. 2020).

### **Stöd till anhöriga**

Stöd till de anhöriga kan ges på olika sätt beroende på vad den enskilde individen behöver, Socialstyrelsen (2013) beskriver att anhörigas behov skiljer sig beroende på vilken miljö den palliativa patienten vårdas i. I de fallen patienten vårdas i hemmet utformas stödet vanligtvis som avlastande åtgärder för anhöriga, om vården i stället ges i någon sjukvårdsinrättning ges den i form av samtal. Anhöriga kan även vara i behov av stöd efter det att patienten avlidit (Socialstyrelsen, 2013). I Wittman et al. (2016) beskriver anhöriga vikten av att få känna delaktighet genom den palliativa processen, att veta att slutet var nära hjälpte dem att vara förberedda för döden. Även efter döden kände anhöriga att det var viktigt att få prata med en sjuksköterska för att få information och känna sig bekräftade i sin sorg (Wittman et al. 2016).

### **Sjuksköterskan och palliativ vård**

Att vårda människor palliativt i livet slutskede ställer höga krav på sjuksköterskans kunskap, både teoretiskt samt kunskap som erhålles genom erfarenhet. Enligt Svensk Sjuksköterskeförning (SSF), finns fyra grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskor: Att främja och återställa hälsa, arbeta förebyggande, lindra patienters lidande och att främja en värdig död (SSF, 2023, s. 4). Sjuksköterskors roll i den palliativa vården beskrivs i en litteraturstudie (Sekse et al., 2018, s. e24-33) som att vara den personen närmst patienten i dennes slutskede av livet. Trots att flertalet professioner arbetar runt patienten och att anhöriga står vid dennes sida, är det sjuksköterskan som ständigt är närvarande på vårdenheten och dygnet runt ger patienten omvårdnad på olika sätt. Sjuksköterskorna beskriver arbetet således som att alltid vara tillgänglig, närvarande och dedikerad. Detta innebar även att vara patientens advokat och dennes bro till annan hälso- och sjukvårdspersonal och patientens familj, på det sätt att denne skulle koordinera patientens vård, följa denna noggrant, se till att patienten förstod all information som delgivits och att patientens önskan följdes. Detta beskrevs som att alltid "göra det som behövdes" om det så var att symtomlindra den smärtande kroppen, men även psykosocial och spirituellt lindring då även patientens själ kan smärta. Andra åtgärder som beskrevs var de som bevarade patientens värdighet, exempelvis att kamma håret. Att vara dedikerad sitt arbete även i svåra situationer ansågs också vara en stor del av rollen och något som sjuksköterskorna var stolta över (Sekse et al., 2018, s. e24-33).

Enligt annan forskning upplever sjuksköterskor att de är oförberedda inför de utmaningar som finns i vården av en döende patient. I en intervjustudie från Australien (Croxon et al., 2018, s. 339) beskriver sjuksköterskor att de under deras första tid i yrkesrollen inte var beredda på att palliativ vård och

vård i livets slutskede skulle vara en så stor del av arbetet även på andra somatiska avdelningar. De menade att de inte visste hur de skulle vårda patientgruppen på rätt sätt och att det saknades rätt stöd för att komma fram till vilka omvårdnadsåtgärder som skulle tilltas. Detta ledde till att sjuksköterskor även hade starka känslor relaterat till patienters död, där de uttryckte att de inte hade tillräcklig erfarenhet eller kunskap att hantera händelsen. Detta härleddes till att utbildningen sjuksköterskorna hade fått gällande vård i livets slutskede hade brister, främst gällande kommunikation med patienter och anhöriga (Croxon et al., 2018, s. 339-342). Även sjuksköterskestudenter upplever att den utbildning de får brister i denna vårdform, påvisar en litteraturöversikt från United Kingdom av (Cavaye & Watts, 2014, s. 300–302). I resultatet beskrivs det att även om studenterna känner sig mer medvetna om vad vård i livets slutskede är det sista året av utbildningen än under det första, känner sig majoriteten ändå inte förberedda eller pålästa nog att möta vårdformen när de avslutar sin utbildning. Studenterna upplever att denna typ av utbildning hade varit viktig för dem, men att denna inte hade tillhandahållits (Cavaye & Watts, 2014, s. 300-302).

## **Teoretiskt ramverk**

### **De 6 S:n – personcentrerad vård i en palliativ kontext**

Personcentrerad vård bygger i enlighet med McCormack och McCance (2006) på fyra pelare; förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerade processer och resultat. *Förutsättningar* innebär sjuksköterskans professionella kompetens inom sitt yrke. Detta kan anses vara dennes tekniska och medicinska kunskaper men även hängivenhet och engagemang för sitt yrke. Hängivenhet och engagemang tyder på att sjuksköterskan vill vårda patienten på bästa sätt. Sjuksköterskan bör även känna sig själv, sina egna värderingar och övertygelser väl för att veta hur patienten skulle kunna påverkas av dessa. *Vårdmiljö* betyder i sammanhanget den strukturella organisationen samt de interprofessionella relationer och samarbete som finns där patienten vårdas, då detta anses påverka kvaliteten på den personcentrerade vårdens processer och utfall. *Personcentrerade processer* är sjuksköterskans sätt att arbeta utefter patientens värderingar och övertygelser och baseras på en god kommunikation med denne. Att veta vad som har varit viktigt i patientens liv och hur de upplever den vård de får är av vikt för att skapa en god personcentrerad vård som patienten kan vara delaktig i. Slutligen är *resultat* de förväntade resultaten den personcentrerade vården har haft vilket är starkt kopplat till patientens tillfredsställelse av vården som givits (McCormack & McCance, 2006, s. 475–477).

Den personcentrerade vården utvecklas för palliativ vård med modellen "De 6 S:n" som står för Självbild, Självbestämmande, Sociala relationer, Symtomlindring, Sammanhang och Strategier (Ternstedt et al., 2017). En persons *självbild* är dennes sammanfattade bild av vem denne är, vilket genom livet är i ständig förändring. I en palliativ kontext betyder detta att en person ska få leva så nära sina värderingar och så sann mot sig själv som möjligt enda till sitt dödsfall. Det är således sjuksköterskans arbete att undersöka patienters självbild och hur denna påverkas av sjukdom och en kommande död (Ternstedt et al., 2017, s. 83–90). *Självbestämmande* innebär att beakta och främja patientens delaktighet i sin vård och sitt liv. Detta har däremot sina gränser i hur de egna valen påverkar andra människor och i vilka lagar, direktiv och vårdpraxis som finns där patienten befinner sig. Olika individer vill bestämma olika mycket i sin vård och denna vilja kan förändras genom sjukdomsförloppet, vilket sjuksköterskan bör vara följsam till (Ternstedt et al., 2017, s. 91–104). *Sociala relationer* innebär dels att stödja patienten att kunna bibehålla viktiga relationer i livets slutskede, men även att stödja de anhöriga att ha styrka att finnas där för den döende patienten. Här är det viktigt att identifiera personer i patientens närhet som är viktiga för patienten och som denne önskar ha nära under livets slut. För sjuksköterskan är det viktigt att vara lyhörd inför de önsknings

patienter och anhöriga har, stödja det ömsesidiga beroende som finns dem emellan, vara behjälplig i den sorg och smärta som kan uppkomma samt svara på frågor och funderingar (Ternestedt et al., 2017, s. 105–117). *Symtomlindring* är sjuksköterskans sätt att arbeta med patientens smärta och obehag. Detta kan dels höra till den fysiska kroppen och de symtom som patientens sjukdom medför, men även psykisk-, social- och existentiell smärta (Ternestedt et al., 2017, s. 119–133). *Sammanhang* och *strategier* är sammanvävda i den palliativa kontexten då sammanhang är att blicka tillbaka på hur patienten har levt sitt liv och på så sätt även kunna hitta goda strategier för vården fram till livets slutskede. Detta kan grunda sig i patientens livsvärld och tro, alltså det som har varit meningsfullt för patienten under dennes liv. Ofta framkommer denna typ av information mest naturligt i vardagligt samtal på vårdavdelningen, exempelvis när andra omvårdnadsbehov blir tillgodosedda. Det är viktigt att sjuksköterskan finns tillgänglig för sådana samtal, men även att denne inte tränger sig på. Strategier för den tiden som finns kvar av livet handlar om att hitta en form av acceptans inför vad som komma skall och finna meningsfullhet i den tiden som finns kvar. Det är inte alltid så att en patient försonas med döden innan denna inträffar och det är inte heller alltid så att den som försonats med sin kommande död är fri från ångest. Att skapa meningsfullhet med patienten på dennes egna premisser är exempel på en strategi. Exempelvis kanske patienten vill samla sin familj för avsked, hjälpa till att planera sin egen begravning eller lämna gåvor till efterlevande familj (Ternestedt et al., 2017, s. 135–152).

## **Problemformulering**

Personer som vårdas palliativt i livets slutskede är en patientgrupp som många sjuksköterskor kommer att möta under sin yrkeskarriär, vilket innebär att det krävs kunskap och förståelse för att kunna bemöta fysiska, psykiska och existentiella behov vid livets slut. Trots detta visar tidigare forskning att sjuksköterskor känner sig oförberedda att möta de utmaningar som uppstår i denna vårdkontext. Eftersom döendet är en naturlig del av livet som påverkar både patienter och deras anhöriga, är det viktigt att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av den palliativa vården i livets slutskede. Genom att belysa befintlig kunskap, erfarenheter och utmaningar inom detta område kan vi bidra till en ökad förståelse för hur palliativ vård i livets slutskede praktiseras och därigenom förbättra vården för både patienter och deras anhöriga.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård i livets slutskede.

## **METOD**

### **Design**

Forskningsmetoden litteraturoversikt valdes för att besvara studiens syfte. Polit och Beck (2021, s. 82) beskriver att en litteraturoversikt är en metod som är lämplig för att skriftligen sammanställa befintlig forskning. I enlighet med Polit och Becks (2021, s. 85) 9-stegsmodell har författarna strukturerat sitt arbete med att finna relevanta vetenskapliga artiklar att basera arbetet på, se figur 1. I **steg 1** (figur 1) formulerades problemformuleringen samt ett syfte.

Figur 1. Polit och Becks 9-stegsmodell. Fritt översatt av författarna.

En kvalitativ ansats har hjälpt författarna att analysera artiklar som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård och således få en uppfattning om helheten (Polit & Beck, 2021, s. 85). Vidare syftar ansatsen enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 44) att hjälpa förstå och tolka människors upplevelser av omvärlden vilket författarna anser är rätt tillvägagångssätt för att svara på syftet.

## Urval

I urvalet av vetenskapliga originalartiklar var inklusionskriterierna artiklar som undersökte sjuksköterskors erfarenheter av att ge palliativ vård i livets slutskede, av en kvalitativ ansats, peer reviewed, skrivna på engelska, publicerade 2013–2024, vuxna (CINAHL)/19 år+ (PubMed) och slutenvårdsmiljö.

Exklusionskriterierna var litteraturöversikter eller artiklar av kvantitativ ansats, anhöriga och patienters perspektiv, hemsjukvård, pediatrik samt om de specifikt handlade om specialistsjuksköterskor. Om artiklarna däremot inkluderade både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor och de grundutbildade sjuksköterskorna var majoriteten av deltagarna så användes artikeln. Detta på grund av att denna litteraturstudie är en kandidatuppsats på grundnivå, författarna strävade således efter att fokusera på att undersöka sjuksköterskor som är grundutbildade.

## Datainsamling

Enligt **steg 2** (figur 1) identifierades sökord och databaser. Databaserna CINAHL och PubMed användes för att söka efter artiklar. CINAHL och PubMed är databaser som innehåller publikationer från hela världen inom fält som hälsa och sjukvård, exempelvis omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2021). Efter att viktiga ord som överensstämde med syftet med studien identifierats användes CINAHL Subjects Headings och Svensk Mesh för att hitta söktermer som var kompatibla med de två databaserna. Målet var att sökningarna på de två databaserna skulle vara så lika som möjligt men med överseende att termer kunde skilja sig åt något för att överensstämna med vad som fick träffar i respektive databas. I **steg 3** (figur 1) användes sökorden Nurse (sjuksköterska), experience (erfarenhet), challenge (utmaning), understanding (förståelse), view (synsätt), palliative care (palliativ vård), end of life care (vård i livets slutskede), terminal care (terminalvård) och hospice care (hospisvård) användes för att ge sökträffar med artiklar innehållande sjuksköterskans erfarenheter och upplevda utmaningar av vård i livets slutskede.

Det användes tre olika funktioner i databaserna för att uppnå önskade sökresultat. Den första funktionen är booleska operatörer som AND (och) och OR (eller). Genom att använda AND mellan sökorden paras dessa ihop vilket ger sökresultat med alla sökord inkluderade. Om OR används mellan sökord så ger sökresultatet träffar med antingen det ena eller det andra sökordet. Den andra funktionen är trunkering, vilket ger resultat med olika ändelser på ett ord där \* används. Nurs\* ger således sökresultat med olika ändelser eller böjningar av ordet som exempelvis nurses eller nursing. Den tredje funktionen som användes var att med hjälp av förkortningen TI (title) kunna få sökträffar med sökorden i titeln. Detta är en funktion som kan användas i både CINAHL och PUBMED. I enlighet med **steg 4** (figur 1) granskades abstrakt av artiklar som ansågs vara relevanta.

Sökningen i CINAHL (sökmatris i bilaga 3) resulterade i 95 stycken träffar, efter att samtliga titlar lästs exkluderades 63 stycken då de var kvantitativa, fokusera på fel yrkesgrupp eller vårdform som till exempel pediatrik. I **steg 4** (figur 1) lästes resterande 32 artiklars abstrakt och i **steg 5** (figur 1) lästes 17 stycken i sin helhet. 3 stycken artiklar exkluderades då de var dubletter från PUBMED och av resterande artiklar valdes 7 stycken ut för att de ansågs kunna besvara syftet.

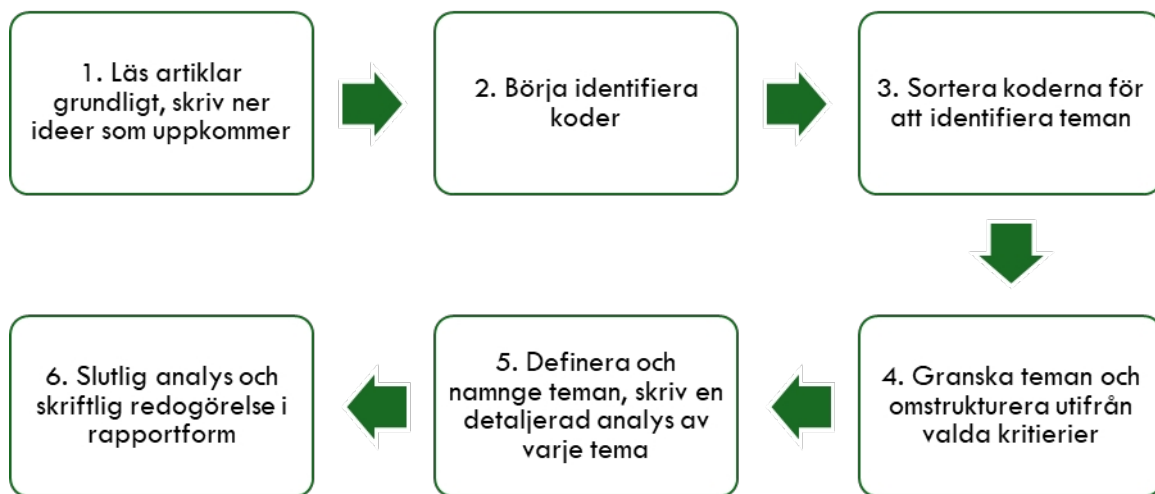
Sökningen i PUBMED (sökmatris i bilaga 4) resulterade i 26 stycken träffar, efter att samtliga titlar lästs exkluderades 9 stycken då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. I **steg 4** (figur 1) lästes 17 stycken abstrakt och i **steg 5** (figur 1) lästes 5 stycken artiklar i sin helhet. 3 stycken valdes sedan ut för att de ansågs kunna besvara syftet.

I **steg 6** (figur 1) sammanställdes information från varje artikel i en artikelmatris (bilaga 2). Artikelmatrisen ger en överskådlig bild av resultatartiklarna där en kort sammanfattning av varje artikels resultat översätts till svenska men även information om årtal, land och författare redovisas.

I **Steg 7** (figur 1) granskades totalt 10 stycken resultatartiklar. Artiklarnas kvalitet bedömdes i enlighet med Statens beredning för medicinsk och social utvärderings mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2022). Se SBU:s mall bifogad i bilaga 1. SBU (2023) är en statlig myndighet som fått i uppdrag att skapa granskningsmallar som stödjer granskaren att väga styrkor, svagheter och bias i materialet. Mallen består av fem frågor om studiens metodik som ska vägleda granskaren att bedöma huruvida och i vilken grad studien har metodologiska brister (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022). Se bedömning av vetenskapliga artiklar i artikelmatris (bilaga 2). Av totalt 10 vetenskapliga artiklar bedömdes 3 stycken vara av medelhög- och 7 stycken av hög kvalitet och inkluderades i litteraturstudien.

## **Dataanalys**

En induktiv tematisk analys valdes för att analysera text för att kunna identifiera teman som återfanns i materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Braun och Clarke (2006, s.87–93) beskriver hur analysen bör struktureras i dessa sex steg, se figur 2.



Figur 2. Braun och Clarkes sex steg för analys. Fritt översatt av författarna.

Författarna påbörjade analysen genom att i **steg 1** (figur 2) läsa varje artikel minst en gång enskilt. Idéer och tankar skrevs ner för att sedan diskuteras gemensamt. Varje meningsbärande enhet markerades med penna för att sedan skrivas ner i ett separat dokument. Braun och Clarke (2006, s. 87) lyfter fram att genom att grundligt bekanta sig med materialet skapas en solid grund att vila analysen på (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Utifrån **steg 2** (figur 2) kondenserades de meningsbärande enheterna för att sedan bilda koder, detta utfördes var för sig men diskuterades gemensamt i efterhand. Vidare i **steg 3** (figur 2) sorterades koderna och förslag på teman diskuterades. I **steg 4** (figur 2) granskades kodningen och teman ytterligare en gång för att säkerhetsställa att förslagen på teman var av relevans för att besvara syftet. Detta i enlighet med **steg 8** (figur 1) i Polit och Becks niostegsmodell.

Braun och Clarke (2006, s. 83) beskriver den induktiva analysmetod som en metod som låter teman födas fram ur data. I enlighet med Braun och Clarke (2021) bör forskaren däremot vara medveten om sin förförståelse och dess påverkan på objektiviteten för studien. I enlighet med detta skapades i **steg 5** (figur 2) de slutgiltiga teman och subteman ur det manifesta materialet, vilka reflekterades över kontinuerligt för att säkerställa att de var så texttrogna som möjligt och inte blev en förvriden tolkning. I **steg 6** (figur 2) analyserades resultatet och sammanställdes skriftligen. Detta steg är även knutet till **steg 9** (figur 1) i Polit och Becks niostegsmodell. I tabell 1 presenteras ett exempel på analysprocessen för varje identifierat tema:

Tabell 1. Exempel analysprocess.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subtema	Tema
----------------------	--------------	-----	---------	------

<p>“Nurses described how they provided personalized and singular care tailored to the preferences, wishes, and needs of each patient. “  <b>Parola et al. (2018)</b></p>	<p>Sjuksköterskor skräddarsyr omvårdnaden utifrån behov och önskan för varje patient.</p>	<p>Personcentrerad vård</p>	<p>Skräddarsydd vård för livets slutskede</p>	<p>Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede</p>
<p>“Nurses’ narratives indicated that service-related factors such as a severe shortage of specialists, a lack of support from health systems, and poor teamwork led to challenges in providing adequate palliative care.”  <b>Akbaran-Rokni et al. (2023)</b></p>	<p>Strukturella brister på resurser, specialister och interprofessionellt samarbete påverkar kvalitén negativt på den palliativa vården.</p>	<p>Strukturella brister</p>	<p>Strukturella brister och interprofessionellt samarbete</p>	<p>Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna</p>

## Etiska aspekter

Genom åren har flera forskningsetiska koder tagits fram för att skydda forskningsdeltagare, 1964 antog World Medical Association (WMA) Helsinforsdeklarationen som innehåller etiska principer för all forskning som berör identifierbara prover och data. En av de grundläggande principerna i resolutionen är att samtycke ska inhämtas från individen och att omsorgen för denne alltid bör gå före alla andra intressen (World Medical Association, 2022).

Enligt Polit och Beck (2021) ska det tydligt framgå att deltagarna har informerats, vad syftet med studien är, hur data kommer att hanteras och skyddas samt att deltagarens anonymitet garanteras (Polit & Beck, 2021).

För att säkerhetsställa god forskningsetik har författarna till denna litteraturöversikt valt att systematiskt och genomgående arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt. Vid val av ämne diskuterades om litteraturöversikten var etiskt försvarbar och på vilket sätt den kunde bidra med ny kunskap. För att en artikel skulle vara aktuell att ingå i litteraturöversikten var det viktigt att den var peer reviewed samt att den innehöll etiska överväganden. Då materialet var på engelska ställdes det höga krav på att översättningen återgav textens innebörd och inte enbart var direkta översättningar. Det var i analysen viktigt att vara texttroga och ständigt reflektera över de egna tolkningar som kan ha gjorts, författarna återvände således till de valda artiklarna för att validera analysresultatet. Stor vikt lades vid att referera korrekt i enlighet med APA 7 (Södertörns Högskola, 2021) och undvika plagiering.

# RESULTAT

Resultatet av 10 stycken vetenskapliga artiklar identifierade 2 teman och 4 subteman vilka redovisas i tabell 2. Artiklarna är utförda i följande länder i Iran (2 stycken), Singapore (1 stycken), USA (2 stycken), Österrike (1 stycken), Portugal (1 stycken) UK (1 stycken) och Norge (2 stycken).

Tabell 2. Teman och subteman.

1.0 Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede	1.1 Skräddarsydd vård för livets slutskede
	1.2 Stödja anhöriga i en påfrestande situation
2.0 Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna	2.1 Arbete med döden som en naturlig del av vardagen
	2.2 Strukturella brister och interprofessionellt samarbete

## 1.0 Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede

I temat "1.0 Att ge palliativ omvårdnad och stöd i livets slutskede" identifierades två subteman. "1.1 Skräddarsydd vård för livets slutskede" beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som är nära döden och vad som är viktigt när de ger dem vård. I "2.2 Mötet med de anhöriga i en påfrestande situation" reflekterar sjuksköterskor över anhängvårdens vikt i palliativ vård, samt vilka utmaningar detta kan föra med sig.

### 1.1 Skräddarsydd vård för livets slutskede

Palliativ vård sågs som en förutsättning för att kunna ge patienten en värdig död enligt sjuksköterskor (Galijeh et al., 2016). I en artikel (Skorpen et al., 2020) beskrev sjuksköterskor att det var viktigt att skapa plats för en värdig död, vilket ansågs vara svårt i en sjukhusmiljö. Deltagarna upplevde att det fanns mer önskvärda miljöer att få dö på, exempelvis hemma eller på ett äldreboende. Överlag upplevde dock deltagarna att en god plats för döden var den med bland annat tillit, empati och frånvaro av stress och höga ljud (Skorpen et al., 2020).

Det rådde delade uppfattningar om vad som borde prioriteras först i omvårdnaden av den döende patienten. Sjuksköterskor ansåg att fysisk symtomlindring var en prioritet och nödvändighet för att ge en bekväm och värdig död (Johnson & Gray, 2013; Efstatiouh & Walker, 2014). När patienterna var så svårt sjuka att de inte längre kunde kommunicera skiftade fokus helt till fysisk symtomlindring vilket i detta skede ansågs vara den enda aspekt som kunde adresseras (Ong et al., 2017). I kontrast till denna inställning menade andra sjuksköterskor (Parola et al., 2018; Wells & Bressler, 2023) att palliativ vård särskiljer sig från kurativa vårdformer då det går bortom den fysiska symtomlindringen, som kommunikation och emotionellt stöd som får patienten att må bra i sig själv. De menade dock att både fysiska och psykiska symtom är vanliga såsom ångest och smärta, det är därför vanligt att dessa ständigt monitoreras av sjuksköterskan (Wells & Bressler).

Att veta att patientens död är oundvikligt hjälper sjuksköterskan att prioritera omvårdnaden (Johnson & Gray, 2013). Sjuksköterskorna framhöll att erfarenhet spelade en betydande roll i deras förmåga att välja att vara närvarande i svåra situationer och att de tidigare vänt sig till mer erfarna kollegor för stöd. Möjligheten att få vara närvarande och att kunna bemöta psykosociala och existentiella frågor och problem med medkänsla och ärlighet ansågs nu som värdefullt (Johnson & Gray, 2013). I en annan studie (Efstatiouh & Walker, 2014) uppgav sjuksköterskor att de ofta valde att vårda patienten som



de själva hade velat att deras anhöriga skulle vårdas i livets slutskede samt använt åtgärder som fungerat väl vid tidigare vårdtillfällen. Sammanfattningsvis menar sjuksköterskor i Johnson och Gray (2013) att genom att integrera mänskligt värde och medkänsla med kunskap och färdigheter blev resultatet av vården mer meningsfullt.

Sjuksköterskor betonade vikten av att vårda patienten som en unik individ och arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Galijeh et al., 2016; Johnson & Gray, 2013; Parola et al., 2018). Genom att lära känna patientens önsknings och behov kan sjuksköterskan skraddarsy omvårdnaden (Parola et al., 2018) och det som identifieras som extra viktigt för patienten kan komma att diktera dess vårdplan för livets slutskede (Johnson & Gray, 2013). Patientfullmakten ansågs vara en betydande del av vårdplanen som bör vara engagerad genom hela den palliativa fasen via kommunikation, planering och samarbete, detta för att säkerställa att patientens önskemål tillmötesgås och respekteras även när patienten är för sjuk för att medverka (Johnson & Gray, 2013; Skorpen et al., 2020). Genom att skapa en omfattande vårdplan underlättas informationsöverföringen till patienter och deras anhöriga vilket skapar trygghet och leder till att de är mer förberedda inför vad som väntade (Skorpen et al., 2020). Sjuksköterskor uppgav att det i detta avseende var viktigt att vara fördomsfri och respektfull inför alternativa perspektiv för patientens känslomässiga och fysiska välmående (Johnson & Gray, 2013). Personcentrerad vård kan även uppnås genom att ha god förståelse för patienters rådande kunskapsläge av sjukdomsbilden, sjuksköterskan kan då genom personcentrerad utbildning stärka, stötta och uppmuntra denne att ta egna beslut kring sin vård. Detta ansågs lindra ångest och öka följsamheten till vårdplanen (Johnson & Gray, 2013).

För att kunna vårda personcentrerat och ge patienten ett värdigt avslut är det viktigt att skapa en god relation med denne (Galijeh et al., 2016; Johnson & Gray, 2013). Genom att visa ett genuint intresse för patientens livshistoria i samband med sjuksköterskans kontinuerligt visade stöd skapas en tillitsfull relation (Johnson & Gray, 2013). Enligt sjuksköterskor i Galijeh et al. (2016) är tillit en grundläggande förutsättning för att utveckla en vårdande relation och att bli accepterade av patienten och dess familj. Sjuksköterskor upplevde att det underlättade relationskapandet om det hade gemensamma intressen, var i samma ålder eller om patienten vårdades under en längre tid (Galijeh et al., 2016).

Trots goda förberedelser går det inte att undvika att somliga patienter inte vill kännas vid den kommande döden (Skorpen et al., 2020). I Galijeh et al (2016) uppges sjuksköterskorna att det är mer krävande att stötta patienter i livets slutskede än patienter som behandlas kurativt då de var i stort behov av att lindra rädslor och ångest inför sin kommande död.

## **1.2 Stödja anhöriga i en påfrestande situation**

Sjuksköterskor ansåg att anhörigvård var lika angeläget att tillhandahålla som patientvård i livets slutskede. Anhörigvård grundade sig i stöd, att lyssna, kommunikation och ge uppmuntran (Efstathiou & Walker, 2014; Ong et al., 2017; Wells & Bressler, 2023; Zeilinger et al., 2022). En del av kommunikationen var i utbildande syfte, eftersom det var av stor vikt att översätta svåra medicinska termer (Wells & Bressler, 2023; Ong et al., 2017). På grund av den rädsla de anhöriga kände inför patientens sjukdom och kommande död var de sårbara och i behov av extra stöd av sjuksköterskorna (Wells & Bressler, 2023; Ong et al., 2017). I Johnson och Gray (2013) talade deltagarna om att det är viktigt att inkludera de anhöriga i patientens vårdplan och samtidigt vara mycket uppmärksamma på hur patientens döende påverkar dem. De var också av stor vikt för dem att skapa goda relationer med de anhöriga, där sjuksköterskorna även lade vikt vid att lära sig deras namn. Vidare utvecklade sjuksköterskorna att de även gav stöd till anhöriga genom att utföra ritualer, så som firanden, som

hedrade patientens livshistoria (Johnson & Gray, 2013). Relationer baserade på tillit och respekt med anhöriga upplevdes vara en grund till att även få tillbaka mycket stöd i omvårdnaden av patienten, vilket uppskattades (Mæhre et al., 2023). Deltagarna i Efstathiou och Walker (2014) poängterar att det är viktigt att sammanföra patienter och anhöriga i livets slutskede, vilket de gjorde genom att vara tillgängliga men samtidigt göra sitt yttersta att ge dem tid att vara med varandra i avskildhet. Bilden av patientens sista tid i livet är ett minne som den anhöriga alltid kommer att bära med sig, således var det viktigt för sjuksköterskorna att värna extra mycket om patientens värdighet (Ong et al., 2017). Sjuksköterskor upplever att deras personliga erfarenheter av döden hjälpte deras förståelse för anhörigas behov (Wells & Bressler, 2023).

Kommunikation fortsatte att vara viktig även efter patientens död för att stötta de anhöriga med deras sorg och förlust, vilket de gjorde genom att erbjuda anhörigsamtal 4–6 veckor efter dödsfallet (Skorpen et al., 2020). Att anhörigvården inte tar slut efter dödsfallet kunde också upplevas som påfrestande (Zeilinger et al., 2022) och det råder en osäkerhet kring när denna vård bör upphöra och hur mycket resurser som bör investeras (Efstathiou & Walker, 2014).

Sjuksköterskors syn på patientens behov och vad anhöriga önskar går inte alltid i linje med varandra, vilket kan upplevas som en utmaning och en förlängning på patientens lidande (Johnson & Gray 2013; Wells & Bressler, 2023). Även patientens önskemål kunde skilja sig från de anhörigas, exempelvis angående behandlingsalternativ som patienten nekade, vilket kunde skapa konflikter och hindra vårdplaneringen inför livets slut (Skorpen et al., 2020). Det var således viktigt att anhöriga var väl insatta i patientens situation och vårdplanen för att undvika konflikter och starka negativa känslor såsom ilska. Exempelvis upplever sjuksköterskor det känslomässigt utmanande när de behöver stödja anhöriga som har svårt att acceptera att patienten vårdas i livets slutskede och inte längre kurativt (Parola et al., 2018). Vidare beskriver sjuksköterskor i Johnson and Gray (2013) det som ångestfyllt överlag att se de anhörigas emotionella lidande.

## **2.0 Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna**

I temat “2.0 Reflektion av yrkesrollen och faktorer som påverkar denna” identifierades två subteman. “2.1 Arbete med döden som en naturlig del av vardagen” tar upp sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta nära döden och vilka känslor och tankar det väcker hos dem. I “2.2 Strukturella brister och interprofessionellt arbete” reflekterar sjuksköterskorna över hur deras omgivning påverkar dem, dels på en strukturell och organisatorisk nivå men även i det egna interprofessionella teamet.

### **2.1 Arbeta med döden som en naturlig del av vardagen**

Den palliativa vården ställer krav på sjuksköterskans förmåga att arbeta ur ett helhetsperspektiv och axla olika yrkesroller som inte nödvändigtvis ingår i dennes beskrivning. I de situationer patienter eller anhöriga var i akut behov av känslomässigt stöd upplevde sjuksköterskor att de behövde kliva in och agera psykolog, socialarbetare eller diakon när dessa inte var tillgängliga, exempelvis på helg- eller kvällstid. Detta kunde göra att sjuksköterskorna kände sig förvirrade över sina prioriteringar och vilka avgränsningar som gällde för sjuksköterskans yrkesroll (Zeilinger et al., 2022). Sjuksköterskor (Johnson & Gray, 2013) upplevde även att vård i livets slutskede innebär ett mycket stort ansvar vilket kunde kännas frustrerande. Bland annat kunde de känna sig skyldiga när medicin- eller omvårdnadsåtgärder inte gav goda resultat och som att de själva var fullkomligt ansvariga för hela patientens situation (Johnson & Gray, 2013).

Det rådde delade meningar om hur givande det var att vårda patienter i livets slutskede. Enligt sjuksköterskor kunde det ibland kännas meningslöst eller omotiverat, då vårdformen konflikterade med

sjuksköterskans uppdrag att förlänga och bevara liv (Akbarian-Rokni et al., 2023; Galijeh et al., 2016; Wells & Bressler, 2023). Andra sjuksköterskor uttryckte att utmaningarna med palliativ vård vägdes upp av känslor av att göra nytta, tacksamhet och självförverkligande (Parola et al., 2018; Johnson & Gray, 2013; Ong et al., 2018; Wells & Bressler, 2023). Sjuksköterskor uttryckte i två studier att det var professionellt och personligt utvecklande att få ge patienter en fridfull död, vilket var extra påtagligt när anhöriga uttryckte sin uppskattning (Galijeh et al., 2016; Wells & Bressler, 2023).

Det framkom att sjuksköterskor påverkas av att arbeta med döden även efter arbetstid. Att ständigt vara nära sorg och lidande kunde leda till känslomässig utmattning (Zeilinger et al., 2022; Akbarian-Rokni et al., 2023). Sjuksköterskor i Ong et al. (2018) och Galijeh et al. (2016) förklarar att deras arbete med döden kunde leda till att de desensibiliserades vilket inte var önskvärt i yrkesrollen som sjuksköterska. I Wells och Bressler (2023) nämner sjuksköterskor även att de kände rädsla inför att uppfattas som kallhjärtade. Försök till att distansera sig själva från sitt arbete skedde ofta på egen hand utanför arbetstid och helt utan professionellt stöd (Zeilinger et al., 2022). I Parola et al (2018) uttrycks även svårigheter att distansera sig själva i ett arbete där de ständigt behöver skifta fokus från att vårda andra människor till att ta hand om sig själv, vilket kunde ge upphov till känslor som utmattning och maktlöshet.

Relationen som utvecklades till de som vårdades kunde resultera i starka känslor som sorg i samband med dennes dödsfall. Även när anhöriga reagerade starkt på dödsfallet, när en patient var ung, gravid, hade ung partner eller barn rapporterades känslolösa reaktioner hos sjuksköterskorna (Ong et al., 2018). Om patienten i stället upplevdes lida mycket var däremot känslor av lättnad dominerande där mängden lidande också resulterade i mängden upplevd lättnad vid dödsfallet. Detta kan relateras till den rapporterade syn sjuksköterskorna hade på döden som ett slut på det lidande patienten kände (Ong et al., 2018). I Galijeh et al. (2016) utvecklade deltagarna synen på döden som en transformation, där sjuksköterskorna kan hjälpa den döende patienten att lämna sin fysiska kropp bakom sig "likt en fjäril som lämnar puppan". Att vårda döende patienter kunde även ge upphov till egna existentiella funderingar. Det ansågs i viss bemärkelse positivt att de i arbetet konfronterades med sin egna syn på död och att detta i sin tur kunde minska rädslan inför denna, samt påverka synen på det egna livet och vad de skulle vilja förändra med det (Parola et al., 2018; Galijeh et al., 2016). En sjuksköterska nämnde även att denne utvecklade en inre styrka att möta livets utmaningar (Galijeh et al., 2016).

## **2.2 Strukturella brister och interprofessionellt samarbete**

I tre studier (Akbarian-Rokni et al., 2023; Galijeh et al. 2016; Wells & Bressler, 2023) framkom frustration över brist på personal och specialister i palliativ vård, vilket ansågs påverka arbetsbelastningen och vården av patientgruppen negativt. Utbildningsmöjligheterna ansågs således vara begränsade inom området, exempelvis avsaknaden av specialistutbildningar i vissa länder som bidrar till brist på specialister i palliativ vård (Akbarian-Rokni et al., 2023). Detta kan leda till att sjuksköterskor uttrycker egna brister på förståelse och utbildning gällande både fysiska- och psykiska omvårdnadsåtgärder samt vård av krävande multisjuka patienter i livets slutskede (Wells & Bressler, 2023). Sjuksköterskor (Maehre et al., 2022; Wells & Bressler, 2023) menar även att nyexaminerade sjuksköterskor saknar tillräckligt med erfarenheter av palliativ vård vilket kan påverka deras förmåga att ge stöd till patienter och anhöriga. Det framgick även att nyexaminerade sjuksköterskor inte uppfattade omfattningen av palliativ vård även i andra vårdssammanhang, exempelvis intensivvård, vilket synliggjorde ett behov av att förtydliga rollbeskrivningen samt införa utbildningstillfällen och diskussioner om palliativ vård på arbetsplatsen (Wells & Bressler, 2023).

Brist på utbildning och således brist på kunskaper och färdigheter i vårdformen skapade känslor av otillräcklighet inför att bemöta patienters vårdbehov, vilket rapporterades i sex stycken studier (Akbarian-Rokni et al., 2023; Johnson & Gray, 2013; Mæhre et al., 2022; Ong et al., 2018; Parola et al., 2018; Wells & Bressler, 2023; Zeilinger et al., 2022). Detta kunde uppstå när sjuksköterskan inte lyckats lindra patientens smärta och lidande (Parola et al., 2018; Mæhre et al., 2022; Wells & Bressler, 2023) eller när språkliga, kulturella och spirituella barriärer hindrade sjuksköterskan från att nå fram till patienter och anhöriga på ett optimalt sätt (Zeilinger et al., 2022).

I Zeilinger et al. (2022) framkom det att dålig framförhållning kunde leda till att patienter skrevs in i palliativ vård för sent för att kunna förbättra deras livskvalitet innan dödsfallet, vilket ledde till missnöje hos patienter och sjuksköterskor. I två andra studier upplevde sjuksköterskor att de hade otillräcklig tid för att ge god vård och utföra sina arbetsuppgifter på grund av hög arbetsbelastning (Galijeh et al., 2016; Wells & Bressler, 2023). Tidsbristen tycktes även påverka sjuksköterskornas chanser att utveckla goda relationer till patienter vilket i sin tur ansågs vara en barriär (Galijeh et al., 2016) men även deras möjligheter att förbereda patienter och deras anhöriga inför livets slut och vad det innebär vilket av anhöriga uppfattades som hänsynslöst (Wells & Bressler, 2023).

Bristande interprofessionellt samarbete ansågs vara en stor utmaning i den palliativa vården och dess kvalitet (Akbarian-Rokni et al., 2023; Mæhre et al., 2022). Sjuksköterskor i Zeilinger et al. (2022) beskriver att deras synsätt på hur vården bör utformas i livets slutskede skiljer sig från läkare. Sjuksköterskors målsättning var att ge patienten ett värdigt slut på livet, vilket kunde ignoreras av läkaren som fortsatte ordinera kurativa behandlingar trots att patienten var i en aktiv döendefas (Zeilinger et al., 2022). Även i Johnson och Gray (2013) upplevde sjuksköterskorna att de inte kände sig hörda av läkare vilket i sig skapade konflikt. Det rapporterades även i Efstatiouh och Walker (2014) att kommunikationen brister med läkare om hur vården bör fortskrida efter att beslut tagits om patientens avslutade behandling. Dåligt samarbete med läkare resulterade ofta i att patientens medicinska behov inte kunde tillgodoses i tid (Skorpen et al., 2020). I Ong et al. (2017) och Zeilinger et al. (2022) uppgav sjuksköterskor att kommunikation med läkare kunde försvåras av en rådande hierarki vilket förhindrade interprofessionellt samarbete och sjuksköterskans möjlighet att påverka vårdplaneringen. Denna maktobalans leder till att sjuksköterskor upplever en brist på autonomi i sitt arbete (Ong et al. 2017).

Ju längre en läkare arbetat med palliativ vård och anammat det palliativa vårdkonceptet, desto enklare var det att samarbeta med för att uppnå god vård i livets slutskede (Zeilinger et al., 2022). Interprofessionellt arbete ansågs vara av stor vikt för att ge högkvalitativ vård i livets slutskede (Akbarian-Rokni et al., 2023), för att arbeta patientcentrerat (Johnson & Gray, 2013) och även för att uppnå en god medicinsk symtomlindring (Skorpen et al., 2020). Det interprofessionella teamet är i palliativ vård en resurs där de med varandra kan dela med sig av åsikter, känslor, tvivel och fina stunder vilket stärker teamet och det individuella välmåendet (Parola et al., 2018).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Författarna till denna litteraturöversikt ämnade att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter palliativt i livets slutskede. Valet av studiedesign utgick från vilken metod som bäst kunde besvara syftet. Olika studiedesigner diskuterades men valet föll på en litteraturöversikt då författarna önskade sammanställa befintlig forskning inom ämnet (Polit och Beck, 2021, s. 82).

För att säkerhetsställa en god kvalitet på studien har reflektioner och diskussioner förts under varje steg i forskningsprocessen. Enligt Lincoln & Guba (1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 569-570) bör forskare eftersträva att ge en sanningsenlig bild av verkligheten för att för att öka studiens kvalitet bör följande kriterier uppfyllas: *trovärdighet (credibility)* vilket uppnås genom att tolkningen av den erhållna data ger en sanningsenlig bild av resultatet samt hur detta har genomförts. *Pålitlighet (dependability)* innebär att studien ska kunna återskapas med samma eller liknande resultat. *Bekräftelsebarhet (confirmability)* innebär att resultatet ska återspegla den faktiska data utan att låta den egna förförståelse påverka tolkningen, oberoende forskare ska kunna komma fram till samma resultat. *Överförbarhet (transferability)* innebär hurvida resultatet kan appliceras till andra grupper, kontext eller sammanhang. Slutligen är *äkthet (authenticity)* vikten av att studien ger en rättvis bild av deltagarna och deras historier (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 569-570). Fortsättningsvis kommer metod och arbetsprocess att diskuteras utifrån dessa kriterier.

Både Polit och Becks (2021, s. 85) och Braun och Clarkes (2006, s. 87-93) modeller var till god hjälp för författarnas arbetsprocess. Att ha använt dessa tydliga modeller för datainsamling och dataanalys kan ses som en av studiens styrkor då det gör det möjligt att återskapa resultatet, det vill säga stärker studiens *pålitlighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 569). Då det var första gången för båda författarna att skriva en kandidatuppsats fann de däremot hinder på vägen som modellerna inte kunde assistera i, exempelvis obeslutsamhet gällande syfte, svårigheter med artikelsökningar och en brist på planering eller förståelse för vad som borde prioriteras i förhand. Hade modellerna däremot inte använts hade denna börda varit större då de bidrog med behjälplig struktur för arbetets process.

Artikelsökning var en process som författarna fick göra om flera gånger för att få ett bra antal träffar. Se sökmatiser för fullständiga och slutgiltiga sökningar i CINAHL och PUBMED (bilaga 3 och 4). Sökord lades till som understanding (förståelse), view (synsätt) och challenges (utmaningar) utöver experiences (erfarenheter) trots att orden inte stod med i syftet eftersom att de orden i samråd med handledare ansågs vara en del av eller varianter av erfarenheter. Författarna valde även i samråd med handledare att inkludera studier som innehöll specialistsjuksköterskor eller med sjuksköterskor som arbetade på specifika vårdavdelningar som exempelvis intensivvårdsavdelningar. Detta skulle kunna påverka resultatet i den mån att specialistsjuksköterskor har mer kunskaper än grundutbildade sjuksköterskor eller att vårdavdelningar såsom en intensivvårdsavdelning har en annan vårdpraxis än exempelvis en palliativ vårdavdelning. Detta skulle kunna ses som en svaghet i *överförbarhet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) då resultatet möjligtvis skulle kunna differentiera från en studie som endast är gjord på grundutbildade sjuksköterskor eller på palliativa avdelningar. Med detta i åtanke valde författarna artiklar med grundutbildade sjuksköterskor i majoritet av deltagarna samt var noggranna med att det faktiskt var palliativ vård i livets slutskede som beskrevs, oavsett vilken vårdavdelning sjuksköterskorna arbetade på. Med detta fick sökningarna fler träffar och litteraturöversiktens resultat fick perspektiv från olika vårdmiljöer vilket ansågs vara intressant utifrån

syftet. Artiklar publicerade före 2013 exkluderades, vilket ansågs ge en mer aktuell bild av det rådande kunskapsläget.

För att säkerställa att de valda artiklarna höll en god kvalitet granskades de i enlighet med SBU's mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik, se denna i Bilaga 1 (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022). 7 stycken artiklar ansågs vara av hög kvalitet i enlighet med granskningsmallen. 3 stycken var av medelhög kvalitet vilket innebar att artiklarna hade få brister i form av oklarheter kring exempelvis forskarnas bakgrund eller förförståelse relaterad till det valda ämnet. Författarna ansåg att dessa brister endast påverkade artiklarnas kvalitet obetydligt och valde således att inkludera dessa i resultatet. Att använda en granskningsmall hjälper författarna att fastställa de valda artiklarnas *bekräftelsebarhet* och *äkthet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) vilket i sin tur påverkar hur väl denna litteraturstudie återspeglar faktisk data utan bias samt ger en rättvis bild av sjuksköterskors erfarenheter.

De valda artiklarna lästes och kodades initialt var för sig på grund av tidsbrist (men diskuterades tillsammans efterhand). Detta skulle kunna ses som en svaghet i *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) om någon av författarna missade en meningsbärande enhet som den andra skulle ha uppfattat och således inte ge en fullständig bild av artiklarnas deltagares erfarenheter, men då båda författarna arbetade grundligt, utefter syftet samt granskade varandras meningsbärande enheter och kodningar löpande ansågs det inte påverka resultatet. Att koda materialet var för sig ledde till en spridd kodning och extra arbete för författarna som tillsammans fick omarbeta kodningen att bli mer enhetlig. Initialt identifierades 5 teman och 15 subteman som efter noggrannare granskning och analys av meningsbärande enheter omstrukturerades i 3 teman och 7 subteman. Efter att resultatet blivit skrivet upplevde författarna i samråd med handledare att resultatet behövde mer bearbetning och kondensering, detta resulterade i att det slutligen resulterade i 2 teman och 4 subteman totalt. Att omarbeta texten på detta sätt skulle också kunna resultera i svagheter i litteraturstudiens *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) vilket författarna har försökt motarbeta genom att ständigt gå tillbaka till meningsbärande enheter och valda artiklar för att säkerställa att det slutgiltiga resultatet speglar materialet som det bygger på. Det är även möjligt att argumentera för att omarbetningar skulle styrka arbetets *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) då detta påvisar att författarna grundligt bearbetat materialet. Författarna är således väl införstådda i materialets faktiska mening och betydelse, vilket resulterar i ett trovärdigt resultat.

Då alla valda artiklar till resultatet var skrivna på engelska krävdes det att författarna översatte innehållet. Detta gjordes med hjälp av Google translate, Svensk Mesh och författarnas egna språkkunskaper. Eftersom författarnas modersmål inte är engelska kan detta anses vara en svaghet för studien då innebörden i texten kan feltolkas. Författarna diskuterade därför varje översättning för att stärka översättningens *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570).

Analysen gjordes med en induktiv ansats vilket betyder att de teman som valts är baserade på återkommande fynd i materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Genom att arbeta textnära stärks studiens *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 569). En analysprocess är dock inte statisk utan kräver att författarna är reflekterande och flexibla inför de fynd som påträffas så länge processen redogörs noggrant, menar Braun och Clarke (2019, s. 589).

Då båda författare har en viss förförståelse för palliativ vård och vård i livets slutskede finns det risk för bias vilket skulle kunna ses som en svaghet i *bekräftelsebarheten* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570). En av författarna har arbetat som vårdbiträde på en palliativ avdelning i 9

månader samt har båda författarna kommit i kontakt med döden både privat och vid verksamhetsförlagd utbildning. Med detta i åtanke har författarna ständigt ställt frågan "står detta i materialet eller är det vår egen tolkning?" under analysprocessen. Genom att vara reflexiva inför sina egna möjliga tolkningar av materialet och ständigt återgått till artiklarna för att försäkra sig om att resultatet speglar materialet har författarna hanterat sin förförståelse och arbetat med att få en bättre *bekräftelsebarhet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570).

För att säkerhetsställa resultatets *överförbarhet* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570) har författarna tydligt redovisat tillvägagångssätt, sökkriterier och sökningar, artikelmatris och resultatet med tillhörande referenser. Studiens artiklar har en stor geografisk spridning, vilket författarna har diskuterat huruvida detta kan påverka studiens resultat och *överförbarhet*. Resultatet har visat att sjuksköterskor har liknande erfarenheter av att vårda palliativt men att strukturella hinder var mer utmärkande i artiklarna från Iran vilket kan påverka *överförbarheten* (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2020 s. 570).

Sammanfattningsvis anser författarna att studien både har sina metodologiska styrkor och svagheter och att de med denna metoddiskussion bidrar till studiens transparens.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt har varit att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av palliativ vård. Resultatets fyra subteman kommer nedan att diskuteras i relation till studiens bakgrund, annan forskning samt det teoretiska ramverket De 6 S:n och personcentrerad vård.

### Personcentrerad vård är väsentligt i skapandet av omvårdnadsstrategier

Nedan diskuteras subtemat "Skräddarsydd vård i livets slutskede".

Resultatet visar att sjuksköterskor beskriver att de upplever symtomlindring som en av deras viktigaste uppgifter i palliativ vård. Vilken typ av symtomlindring som var viktigast skiljde sig, då några upplevde den fysiska symtomlindringen som viktigast medan andra påpekade att vikten av den psykiska symtomlindringen var det som var utmärkande för palliativ vård. Att symtomlindring är en viktig aspekt av palliativ vård är i enlighet med Socialstyrelsen (2013) som beskriver symtomlindring som en hörnsten i palliativ vård. *Symtomlindring* är även en av de 6 S:n för personcentrerad palliativ vård (Ternestedt et al., 2017). Både Socialstyrelsen (2013) och Ternestedt et al., (2017) beskriver de fysiska, psykiska och existentiella aspekterna av symtomlindring som likvärdigt centrala för god palliativ vård. Detta styrks även i annan forskning av Michel et al. (2023) där patienter beskriver att de likväl behöver samtal och stöd som en del av symtomlindringen som fysisk symtomlindring. Detta skulle kunna tolkas som att symtomlindring är en central aspekt av palliativ vård men att typen av symtomlindring - fysisk, psykisk eller existentiell, bör prioriteras utefter patientens vårdbehov i enlighet med personcentrerad vård.

Att prioritera hur omvårdnaden skulle utformas visade resultatet förbättrades med sjuksköterskors erfarenhet. Sjuksköterskor beskrev att erfarenhet ökade deras benägenhet att välja att vara närvarande och bemöta patienter med ärlighet och medkänsla i svåra situationer. De beskrev även att erfarenhet gav dem möjlighet att använda sig av åtgärder som tidigare visat sig vara effektiva. Forskning visar att vårdpersonal undviker att samtala om svåra ämnen som döden vilket skapar egna föreställningar hos patienterna (Virdun et al. 2020). Enligt Croxon et al. (2018) anser sjuksköterskor att de brister i erfarenhet och kunskap i början på deras yrkeskarriär, vilket resulterar i att de överväldigas av starka känslor när de möter patienter i livets slutskede. Sammanfattningsvis tolkas

detta som att brist på erfarenhet kan leda till sämre tillfredsställelse för patienter och att sjuksköterskor har svårare att hantera de känslor som uppkommer vid vård i livets slutskede.

I resultatet framkom det att sjuksköterskor värderar personcentrerad vård och att detta var starkt kopplat till att patienter fick ett värdigt avslut på sitt liv. Sjuksköterskorna utövade personcentrerad vård genom att lära känna patienten och dess livshistoria. Detta kallas i modellen De 6 S:n patientens *självbild*, hur denne ser på sig själv och sin sjukdom och dess *sammanhang*, hur denne har levt sitt liv (Ternestedt et al., 2017). Patientens självbild och sammanhang är sedan till grund för de *strategier* som kan användas för att skapa meningsfullhet i den tiden som fanns kvar (Ternestedt et al., 2017). Även detta beskrev sjuksköterskor sig göra i resultatet, genom att använda patientens livshistoria för att utforma en vårdplan. Vidare beskrev sjuksköterskorna att de genom god kommunikation och relationsskapande till patienten kunde ta reda på dennes önsningar och behov. En hörnsten i palliativ vård anses vara *kommunikation och relation* enligt Socialstyrelsen (2018), som menar att detta kan öka patientens livskvalitet. I annan forskning (Virdun et al., 2020) understryker även patienter vikten av god kommunikation med sjuksköterskor och hur detta stärker deras känsla av delaktighet i vården. *Självbestämmande* i De 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) inbegriper även delaktighet och vikten av att sjuksköterskan främjar denna samt är följsam till hur mycket eller lite patienten vill vara delaktig och bestämma i sin egen vård.

#### **Att stödja anhöriga är en del av personcentrerad vård**

Nedan diskuteras subtemat "Stödja anhöriga i en påfrestande situation".

Resultatet visar att anhörigvård är lika viktigt som patientvård. Det är vanligt att anhöriga upplever rädsla och sårbarhet samt är i behov av stöd i form av information och uppmuntran. God kommunikation ansågs vara en förutsättning för att bättre stötta och förbereda den anhörige för patientens död, men även efter döden var de i behov av stöd för att hantera sorg och förlust. När anhöriga inte hade förståelse för vårdformen och således svårt att acceptera situationen kunde konflikter uppstå. Det upplevdes som påfrestande av sjuksköterskorna att bevittna anhörigas svårigheter och emotionella lidande. Hörnstenen *Kommunikation och relation* Socialstyrelsen (2013) och *Sociala relationer* i De 6 S:n, betonar vikten av att se anhöriga som en viktig del i patientens liv och genom kommunikation kan sjuksköterskan identifiera vilka personer som är viktiga för patienten att ha i sin närhet. Ternestedt et al. (2017) menar att sjuksköterskan bör vara lyhörd inför anhörigas önsningar, de funderingar som kunde uppstå och stödja dem i deras smärta och sorg. Relationen mellan patient och anhörig kunde ses som ett ömsesidigt beroende, som sjuksköterskan skulle hjälpa dem att bibehålla i balans, utan att någon part påfrestades för mycket (Ternestedt et al., 2017). Den fjärde hörnstenen *Stöd till anhöriga*, Socialstyrelsen (2013) som beskriver även att anhöriga behöver stöd både under den palliativa fasen och efter patientens död. Annan forskning visar att stöd i form av information till anhöriga, resulterade i att de kände sig mer delaktiga i den palliativa processen samt var bättre förberedda på patientens död (Wittman et al., 2016). Sjuksköterskor i Pejosi et al. (2021) menar att anhörigas brist på kunskap kunde leda till konflikter och hotfulla situationer vilket stödjer resultatet.

#### **Sjuksköterskans förutsättningar kan vara ett hinder för att praktisera personcentrerad vård**

Nedan diskuteras subtemat "Arbete med döden som en naturlig del av vardagen".

Sjuksköterskor beskriver i resultatet att palliativ vård ibland innebär att behöva axla roller man inte är van vid, så som psykolog, socialarbetare eller diakon, då man är en av de professioner som är tillgängliga dygnet runt på vårdenheten. Detta kunde anses frustrerande, då sjuksköterskorna upplevde att de fick bära ett stort ansvar. De upplevde även att det var påfrestande att arbeta med död och



lidande och att de ofta fick hantera de starka känslorna på egen hand utanför arbetstid. Den stora arbetsbördan och de känslor som uppkom i samband med patienters död kunde leda till att sjuksköterskorna blev emotionellt utbrända eller desensibiliserade vilket ansågs vara oönskvärt för yrkesrollen. Enligt annan forskning (Sekse et al., 2018) beskriver sjuksköterskor sin roll inom palliativ vård som att alltid vara tillgänglig, närvarande och dedikerad, vilket styrker resultatartiklarna. Enligt McCormac och McCance (2006) är sjuksköterskans *förutsättningar* viktiga för att möjliggöra god personcentrerad vård, vilka innefattar dennes engagemang och hängivenhet till sitt yrke. Sjuksköterskans vilja att vårda patienten på bästa sätt kan således härledas till dennes *förutsättningar* (McCormac & McCance, 2006). Man skulle således kunna ställa sig frågande till hur dedikerad, engagerad och hängiven en sjuksköterska har ork att vara när denna ständigt är utsatt för att bära ett stort ansvar samt bevittna lidande och till följd av detta känner sig emotionellt utbränd och desensibiliserad. I denna mån skulle sjuksköterskans *förutsättningar* kunna påverka dennes förmåga att på ett framgångsrikt sätt implementera personcentrerad vård och således De 6 S:n.

### **Vårdmiljön påverkar sjuksköterskans möjligheter att stödja patientens unika behov**

Nedan diskuteras subtemat "Strukturella brister och interprofessionellt samarbete".

Brister i utbildning och kunskap i vårdformen, personalbrist och tidsbrist ansågs vara stora strukturella utmaningar för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna beskrev att brister i utbildning och kunskap gav orsak till dåliga prioriteringar i omvårdnaden och att personal- och tidsbrist gjorde att arbetsbelastningen blev för hög. Båda delar bidrog till att vårdkvaliteten blev lidande. Beskrivna brister härledde till att sjuksköterskorna kände sig otillräckliga och inte lyckades möta de vårdbehov deras patienter hade, främst gällande kommunikation och relationsskapande. *Vårdmiljö* beskrivs i McCormac och McCance (2006) som bland annat den organisation som sjuksköterskan arbetar i. En fungerande vårdmiljö anses vara vital i personcentrerad vård, då denna påverkar vårdkvaliteten till hög grad (McCormac & McCance, 2006). Kommunikation och relationsskapande blev lidande enligt sjuksköterskorna i resultatet, vilket går att knyta an till två hörnstenar i palliativ vård; *Kommunikation och relation* och *Stöd till anhöriga* (Socialstyrelsen, 2013). De två hörnstenarna är viktiga i den aspekt att de höjer livskvaliteten för både patient och anhöriga vid vård i livets slutskede genom samtal och informationsutbyte (Socialstyrelsen, 2013). Detta går även att relatera till De 6 S:n (Ternstedt et al., 2017) och *Sociala relationer* som innebär sjuksköterskans förmåga att stödja patienten att bibehålla relationer, att stödja anhöriga och vara dem behjälpliga i dödsprocessen. Man kan således tolka det som att utmaningar relaterat till *vårdmiljö* gör att sjuksköterskorna upplever sig otillräckliga att implementera god palliativ vård i linje med *kommunikation och relation, stöd till anhöriga* och *sociala relationer*.

Interprofessionellt arbete beskrevs som både en förutsättning och en utmaning. Bland annat rapporterade sjuksköterskorna att det kunde uppstå meningsskiljaktigheter med läkare i hur vården borde fortskrida efter avslutad kurativ behandling och att sjuksköterskorna inte kände sig hörda. Detta kunde påverka vården i den mån att patienternas symtomlindring inte blev fullgod ur ett medicinskt perspektiv. När det interprofessionella samarbetet fungerade sågs detta däremot göra vården mer patientcentrerad och förbättra symtomlindringen. Det goda samarbetet tycktes korrelera med att yrkesrollerna hade mer erfarenhet inom palliativ vård och resulterade i att sjuksköterskorna kände sig mer stöttade och välmående. Ett fungerande *mångprofessionellt samarbete* är en hörnsten i den palliativa vården enligt Socialstyrelsen (2013) och beskrivs i annan forskning (Dickman et al., 2021) ge flertalet fördelar i den palliativa vården som ökad trygghet, bättre symtomlindring, minskade läkemedelsbiverkningar, ökad egenmakt och förmåga att hantera patientens egna situation. Dickman et al.'s (2021) forskning styrker således resultatet i denna litteraturstudie. Det interprofessionella arbetet går således att härleda till god eller bristande medicinsk *Symtomlindring* som är ett av de 6

S:n i modellen för god personcentrerad palliativ vård (Ternstedt et al., 2017). Även McCormac och McCance (2006) tar upp interprofessionellt samarbete som avgörande för en god personcentrerad vård i begreppet *Vårdmiljö*, vilket också styrker resultatet.

## SLUTSATSER

Att ha ett personcentrerat förhållningssätt i palliativ vård ansågs centralt och förmågan att ge vård på detta sätt förbättrades i relation till sjuksköterskors erfarenhet. Även anhörigvård ansågs vara likvärdig patientvården och som en del av ett personcentrerat förhållningssätt. Det finns riktlinjer och modeller som syftar till att ge god vård i livets slutskede på ett personcentrerat sätt, exempelvis Socialstyrelsens fyra hörnstenar för palliativ vård och De 6 S:n för personcentrerad palliativ vård. Trots detta stöter sjuksköterskor på hinder i form av bristande utbildning, dålig arbetsmiljö och stor arbetsbörda vilket påverkar sjuksköterskans möjligheter att utöva personcentrerad vård. Detta kunde resultera i att sjuksköterskor kände sig otillräckliga och oförberedda när de skulle ge vård i livets slutskede, vilket kunde leda till starka emotionella reaktioner eller desensibilisering som sjuksköterskan fick hantera på egen hand. Detta riskerar att leda till dålig vårdkvalitet.

En förutsättning för att kunna förbättra vårdkvaliteten inom palliativ vård är att sjuksköterskan får möjlighet att utveckla sin kompetens mer redan under sjuksköterskeutbildningen men även med löpande fortbildning under sitt yrkesverksamma liv. Detta skulle resultera i mer förberedda sjuksköterskor, kapabla att hantera de svåra situationer och känslor som kan uppstå när patienter vårdas i livets slutskede.

Författarna anser att det skulle vara värdefullt att forska mer i sjuksköterskors copingstrategier relaterat till att ge vård palliativ i livets slutskede och den påfrestning detta innebär. Exempelvis skulle det vara intressant att undersöka hur copingstrategier används på arbetsplatser och om det ges möjlighet till detta under arbetstid. Författarna föreslår att undersöka sjuksköterskors upplevelser av interprofessionella "debriefing-samtal" i relation till att hantera utmanande och komplexa omvårdnadssituationer eller patientfall.

## REFERENSER

Alexander, S. C., Ladwig, S., Norton, S. A., Gramling, D., Davis, J. K., Metzger, M., DeLuca, J., & Gramling, R. (2014). Emotional distress and compassionate responses in palliative care decision-making consultations. *Journal of palliative medicine*, 17(5), 579–584. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0551>

\*Akbarian-Rokni, M., Mardani-Hamooleh, M., Abbasi, M., Seyedfatemi, N. & Pezaro, S. (2023). Nurses' perceptions of the challenges involved in providing of end-of-life care to people with heart failure: a context-based study. *BMC Palliative Care* 22(180). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01305-2>

Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) (2022). *Teoretiska grunder för vårdande*. (Upplaga 2). Liber.

Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18:3, 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101

Cavaye, J., & Watts, J. H. (2014). Student Nurses Learning About Death, Dying, and Loss: Too Little, Too Late? *Illness, Crisis & Loss*, 22(4), 293–310. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.2190/IL.22.4.c>

Collins, A., McLachlan, S. A., & Philip, J. (2018). Communication about palliative care: A phenomenological study exploring patient views and responses to its discussion. *Palliative medicine*, 32(1), 133–142. <https://doi.org/10.1177/0269216317735247>

Croxon, L., Deravin, L., & Anderson, J. (2018). Dealing with end of life-New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), 337–344. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.13907>

\*Efsthathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(21–22), 3188–3196. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.12565>

Flierman, I., Nugteren, I. C., van Seben, R., Buurman, B. M., & Willems, D. L. (2019). How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 18(1), N.PAG. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12904-019-0439-0>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Fjärde utgåvan. Natur och Kultur. Stockholm.

\*Ghaljeh, M., Iranmanesh, S., Nayeri, N. D., Tirgari, B., & Kalantarri, B. (2016). Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 588–597. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.12968/ijpn.2016.22.12.588>

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness,

Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Hui, D., Dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Souza Crovador, C., & Bruera, E. (2015). Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*, 121(6), 960–967. <https://doi.org/10.1002/cncr.29048>

International Association of Hospice and Palliative Care (u.å) *What is Palliative Care?* Hämtad 29 Februari 2024 från <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/what-is-palliative-care/>

\*Johnson, S. C., & Gray, D. P. (2013). Understanding Nurses' Experiences of Providing End-of-Life Care in the US Hospital Setting. *Holistic Nursing Practice*, 27(6), 318–328. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1097/HNP.0b013e3182a72c83>

\*Mæhre, K. S., Bergdahl, E., & Hemberg, J. (2023). Patients', relatives' and nurses' experiences of palliative care on an advanced care ward in a nursing home setting in Norway. *Nursing Open*, 10(4), 2464–2476. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1002/nop2.1503>

McCormac, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5): 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Michel, C., Seipp, H., Kuss, K., Hach, M., Kussin, A., Riera-Knorrenschild, J., & Bösner, S. (2023). Key aspects of psychosocial needs in palliative care - a qualitative analysis within the setting of a palliative care unit in comparison with specialised palliative home care. *BMC palliative care*, 22(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01227-z>

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

\*Parola, V., Coelho, A., Sandgren, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2018). Caring in Palliative Care: A Phenomenological Study of Nurses' Lived Experiences. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(2), 180–186. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1097/NJH.0000000000000428>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2020/21). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Portz, J. D., Graney, B. A., & Bekelman, D. B. (2022). "Made Me Realize That Life Is Worth Living": A Qualitative Study of Patient Perceptions of a Primary Palliative Care Intervention. *Journal of palliative medicine*, 25(1), 28–38. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0015>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2023). *Palliativ vård. Nationellt vårdprogram*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-cancerrehabilitering.pdf>

Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 27: e21–e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Utbildningsdepartementet. Hämtad 27 november 2023 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/)

\*Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(23/24), 4818–4826. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.15528>

Socialdepartement. (2001). *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Hämtad 25 februari 2024 från <https://www.regeringen.se/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla/>

Socialstyrelsen (2023). Statistikdatabas för dödsorsaker. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>

Socialstyrelsen (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 26 februari 2024 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer: *Stöd för styrning och ledning*. (Socialstyrelsen, nr 2013-6-4). Edita Västra Aros. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad 27 november 2024 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2023). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Hämtad 28 november 2024 från <https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/#granskningsmall>

Svensk sjuksköterskeförening International Council of Nurses (2023). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. (Reviderad 2021). Svensk sjuksköterskeförening.

Södertörns Högskola (2021). *Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola*. Hämtad den 21 februari 2024 från [https://www.sh.se/download/18.55720cd517dc29e7e71954d3/1642604491348/APA-guide\\_HT21\\_V2.pdf](https://www.sh.se/download/18.55720cd517dc29e7e71954d3/1642604491348/APA-guide_HT21_V2.pdf)

Ternstedt, B-M., Henoch, I., Österlind, J. & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n – En modell för perconcentrerad palliativ vård*. (2 uppl). Studentlitteratur.

Virdun, C., Lockett, T., Lorenz, K., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2020). Hospital patients' perspectives on what is essential to enable optimal palliative care: A qualitative study. *Palliative medicine*, 34(10), 1402–1415. <https://doi.org/10.1177/0269216320947570>

\*Wells, C., & Bressler, T. (2023). "Unaware and Unprepared": Experiences of Critical Care Nurses Providing End-of-Life Care; A Qualitative Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 25(2), 105–113. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1097/NJH.0000000000000934>

Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L., & van der Heide, A. (2016). How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences. *Journal of pain and symptom management*, 52(2), 235–242.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.009>

World Health Organization (2020). *Palliative care*. Hämtad 21 februari 2024 från

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Medical Association (2022). WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 22 mars 2024 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Xiao, J., Brenneis, C., Ibrahim, N., Bryan, A. & Fassbender, K. (2021). Definitions of Palliative Care Terms: A Consensus-Oriented Decision-Making Process. *Journal of Palliative Medicine*. Sep 2021.1342-1350. <http://doi.org/10.1089/jpm.2020.0679>

\*Zeilinger, E. L., Gabal, A., Adamidis, F., Popov, P., Jaeger, K., Hufgard-Leitner, M., Brettner, R., Titzer, H., Masel, E. K., & Unseld, M. (2022). Challenges in Palliative Care Nursing at a University Hospital: A Qualitative Interview Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(5), E219–E225. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1097/NJH.0000000000000886>

# BILAGOR



# BILAGA I. SBUs granskningsmall

## Bedömning av studier med kvalitativ metodik

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

### Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i synthesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien?

Vilken teori eller filosofisk hållning anges författarna från?

Frågor tyfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning? Ja Nej Oklart

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet: Ja Nej Oklart

Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?

Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvariga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten? Ja Nej Oklart

Kommentarer:

### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget: Ja Nej Oklart

Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?

Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?

Validerades tolkningarna?

Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister: Ja Nej Oklart

Har forskarna någon relation till studie/deltagarna som kan påverka datainsamlingen?

Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?

Var forskarna oberoende av finansiering eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?

Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

### Frågor som används i samband med bedömning i CERQual

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i synthesen.

### 4. Relevans

Studien är relevant.

Studien har partiell relevans.

Studien har mindre relevans.

Relevansen går inte att bedöma.

Kommentarer:

### 7. Kohärenns

Stödfrågor: Ja Nej Oklart

Användes huvuddelen av data i analysen?

Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?

Underbyggde insamlade data resultatet?

Tamn antagat. Finns det allvariga svagheter som kan leda till bristande kohärenns i det sammansatta vetenskapliga underlaget?

Kommentarer:

### 8. Tillräckliga data

Stödfrågor: Ja Nej Oklart

Var antalet studie/deltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)

Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?

Kommentarer:

## BILAGA II. Artikelmatris

Författare, land och år.	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Akbarian-Rokni, M., Mardani-Hamooleh, M., Abbasi, M., Seyedfatemi, N. & Pezaro, S.  Iran  2023	Nurses' perceptions of the challenges involved in providing end-of-life care to people with heart failure: a context-based study	Att undersöka sjuksköterskors utmaningar i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt i livets slutskede.	<b>Design:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> 33 sjuksköterskor  <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer  <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys	Följande teman identifierades:  1) Konsekvenser relaterade till empati-utbrändhet och känslor av meningslöshet och  2) Brist på resurser från hälso- och sjukvården i form av specialister, stöd och gott interprofessionellt samarbete.  Författarna menar att mer forskning, resurser och erkännande behövs för vårdtypen.	Hög kvalitet
Efstathiou, N. & Walker, W.  UK  2014	Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study	Att undersöka intensivvård-sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter och deras familj i livets slutskede efter avslutad kurativ behandling.	<b>Design:</b> <b>Deskriptiv, exploratorisk design av kvalitativ ansats</b>  <b>Urval:</b> 13 sjuksköterskor	Följande teman identifierades:  1) Att vårda den döende patienten och dess anhöriga  2) Att vara en uppmuntrande närvaro  3) Att återknyta kontakt mellan patient och anhöriga	Medelhög kvalitet

			<p><b>Datainsamling:</b> <b>Semistrukturera de intervjuer</b></p> <p><b>Analys:</b> <b>Tolkningsfenomenologisk analys</b></p>	<p>4) Att handskas med känslor och tvetydighet</p> <p>Resultatet belyser hur sjuksköterskorna upplever arbetet med vård i livets slutskede i närvaro av de utmaningar de står inför med vårdformen.</p>	
<p>Ghaljeh, M., Iranmanesh, S., Nayeri, N., Tirgari, B. &amp; Kalantarri, B.</p> <p>Iran</p> <p>2016</p>	<p>Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slutskede patienter i Iran.</p>	<p><b>Design:</b> <b>Hermeneutisk fenomenologisk metod</b></p> <p><b>Urval:</b> 10 sjuksköterskor</p> <p><b>Datainsamling:</b> <b>Semistrukturera de intervjuer</b></p> <p><b>Analys:</b> <b>Tematisk innehållsanalys</b></p>	<p>Följande teman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Att se patienten som en unik person</li> <li>2) Att vara närvarande och öppen inför patienten som en unik person</li> <li>3) Personlig och professionell utveckling som resultat av ett nära samspel mellan sjuksköterska och patient</li> </ol> <p>Vårdande relationer till patienter och personcentrerad vård är absolut nödvändiga i vård i livets slut.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Johnson, S. &amp; Gray, P.</p> <p>USA</p> <p>2013</p>	<p>Understanding Nurses' Experience of Providing End-of-Life Care in the US Hospital Setting</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slutskede i en sjukhusmiljö.</p>	<p><b>Design:</b> <b>Hermeneutisk fenomenologisk metod</b></p>	<p>Följande huvudteman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Att konfrontera utmaningar</li> <li>2) Att förstå vård i livets slutskede</li> </ol>	<p>Hög kvalitet</p>

			<p><b>Urval: 13 sjuksköterskor</b></p> <p><b>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</b></p> <p><b>Analys: Tematisk innehållsanalys</b></p>	<p>3) Att översätta kunskapen om vård i livets slutskede till omvårdnadsåtgärder i praktiken</p> <p>Resultatet visar på att det föreligger många utmaningar i att vårda patienter i livets slutskede. Att vara personcentrerad och ha kunskap i vårdtypen hjälper sjuksköterskan att ge god vård till den döende patienten.</p>	
<p>Mæhre Sunde, K., Bergdahl, E. &amp; Hemberg, J.</p> <p>Norge</p> <p>2022</p>	<p>Patients', Relatives' and Nurses' experiences of palliative care on an advanced care ward in a nursing home setting in Norway</p>	<p>Att undersöka patienters, anhöriga och sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård vid en avancerad vårdenhet på ett äldreboende.</p>	<p><b>Design: Sekundär analys av kvalitativ ansats.</b></p> <p><b>Urval: 5 patienter, 6 anhöriga och 8 sjuksköterskor</b></p> <p><b>Datainsamling: Intervjuer</b></p> <p><b>Analys: Tematisk innehållsanalys</b></p>	<p>Följande teman identifierades:</p> <p>1) Önskan om en engagerad palliativ vård i en hopplös och ensam situation</p> <p>2) Patientens sökande efter förståelse av vård i livets slutskede i en okänd miljö</p> <p>3) Frånvaro av tillräcklig palliativ vård och kunskap leder till osäkerhet</p>	<p>Medelhög till hög kvalitet</p>

<p>Ong, K., Ting, K. &amp; Chow, Y.</p> <p>Singapore</p> <p>2017</p>	<p>The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life-care: A qualitative descriptive study</p>	<p>Att förstå intensivvård-sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede</p>	<p><b>Design:</b> <b>Deskriptiv design av kvalitativ ansats</b></p> <p><b>Urval: 10 sjuksköterskor</b></p> <p><b>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</b></p> <p><b>Analys: Tematisk innehållsanalys</b></p>	<p>Följande teman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Vårdkultur</li> <li>2) Meningen av liv och död</li> <li>3) Anspänning/Stress</li> <li>4) Att komma till rätta/acceptera</li> </ol> <p>Fynden belyser svårigheter sjuksköterskor möter i vård i livets slutskede samt dess konsekvenser. Detta understryker i sin tur vikten av att underlätta för sjuksköterskor som utövar vårdformen.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
--	--	--	---	---	---------------------

<p>Parola, V., Coelho, A., Sandgren, A., Fernandes, O. &amp; Apóstolo, J.</p> <p>Portugal</p> <p>2018</p>	<p>Caring in Palliative care – A Phenomenological Study of Nurses' Lived Experiences</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda vid en palliativ avdelning.</p>	<p><b>Design:</b> Deskriptiv fenomenologisk metod</p> <p><b>Urval:</b> 9 sjuksköterskor</p> <p><b>Datainsamling:</b> Ostrukturerade intervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Giorgis metod, tematisk innehållsanalys</p>	<p>Följande teman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Upplevelser av relationer till patient och anhöriga</li> <li>2) Upplevelser av relationen till sig själv</li> <li>3) Ansträngande upplevelser</li> <li>4) Givande upplevelser</li> <li>5) Teamet som stöttepelare</li> </ol> <p>Fynden belyser utmaningar och strategier i palliativ vård som sjuksköterskan upplever och skulle kunna vara värdefulla i framtagnig av nya interventioner för att underlätta för sjuksköterskor som vårdar i livets slutskede.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Skorpen Tarberg, A., Landstad B., Hole, T., Thronaes, M. &amp; Kvangarsnes, M.</p> <p>Norge</p> <p>2020</p>	<p>Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av medkännande/empatisk vård av cancerpatienter och dess anhöriga i olika stadier av den palliativa vården.</p>	<p><b>Design:</b> <b>Kvalitativ</b></p> <p><b>Urval:</b> 21 sjuksköterskor</p> <p><b>Datainsamling:</b> <b>Fokusgrupper</b></p>	<p>Följande teman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Information och dialog,</li> <li>2) Att skapa plats för döendet och</li> <li>3) De anhörigas acceptans av döden.</li> </ol> <p>Det genomgående resultatet av studien var vikten av att skapa plats för döendet med tillit,</p>	<p>Hög kvalitet</p>

			<b>Analys: Deduktiv innehållsanalys</b>	samarbete, goda relationer, medkännande, symtomlindrande och i frånvaro av konflikt och störande moment.	
Wells, C. & Bressler, T. USA 2023	“Unaware & Unprepared” Experiences of Critical Care Nurses Providing End-of-Life Care; A Qualitative Study	Att undersöka intensivvård-sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede.	<b>Design: Kvalitativ</b>  <b>Urval: 216 sjuksköterskor</b>  <b>Datainsamling: Frågeformulär med fritext frågor</b>  <b>Analys: Tematisk innehållsanalys</b>	Följande teman identifierades:  1) Vi kan inte “fixa” alla  2) Uppgiftsorienterad omvårdnad  3) En yrkesgrupp av trasiga individer  4) Omedvetna och oförberedda  5) En hand att hålla  Det genomgående resultatet belyser utmaningar med att ge vård i livets slutskede till patientgruppen. Ytterligare utbildning inom palliativ vård och livets slutskede anses absolut nödvändig.	Medelhög kvalitet
Zeilinger, E., Gabal, A., Adamis, F., Popov, P., Jaeger, K., Hufgard-Leitner, M., Brettner, R.,	Challenges in Palliative Care Nursing at a University Hospital – A Qualitative Interview Study	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av deras utmaningar, copingstrategier och behov av att förbättra det	<b>Design: Kvalitativ</b>  <b>Urval: 10 sjuksköterskor</b>	Följande teman identifierades i relation utmaningar;  1) brist på stödjande strukturellt ramverk,	Hög kvalitet

<p>Titzer, H., Masel E-K. &amp; Unseld, M.</p> <p>Österrike</p> <p>2022</p>		<p>dagliga arbetet i palliativ vård.</p>	<p><b>Datainsamling: Semistrukturera de intervjuer</b></p> <p><b>Analys: Tematisk innehållsanalys</b></p>	<p>2) konflikter i det interdisciplinära arbetet,</p> <p>3) konflikter med anhöriga och</p> <p>4) att hantera döendet i en specialiserad sjukhusmiljö.</p> <p>Ytterligare två teman identifierades: 1) Individuella lösningar och copingstrategier och</p> <p>2) Behov och förslag för förbättringar. Att arbeta med ett professionellt team samt att få tillräcklig utbildning.</p>	
---	--	--	---	--	--



## BILAGA III. Sökmatrix 1

### Sökmatrix CINAHL

Databas, Datum, Sökning.	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel#
CINAHL 20240208 S1	TI nurs*	Inga begränsningar	365682	0	0	0	0	
CINAHL 20240208 S2	TI palliative care or terminal care or end of life care or hospice care	Inga begränsningar	31712	0	0	0	0	
CINAHL 20240208 S3	TI experience or view or understanding or challenges	Inga begränsningar	241018	0	0	0	0	
CINAHL	S1 AND S2 AND S3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer reviewed</li> <li>- Skriven på engelska</li> <li>- 2013-2024</li> </ul>	95	95	32*	26**	7***	#4 #20 #30

20240208		- All adult						#37 #40 #71 #93
S4								

TI (title) används före sökordet för att finna sökträffar med sökordet i titeln.

\*63 artiklar var ej ur sjuksköterskans perspektiv, om pediatrik omvårdnad, ur ett specialistsjuksköterskeperspektiv eller besvarade ej syftet.

\*\*10 artiklar var ur specialistsjuksköterskors perspektiv, hade en kvantitativ metod eller besvarade ej syftet.

\*\*\*16 artiklar var ur specialistsjuksköterskors perspektiv eller svarade ej på syftet. 3 artiklar var dubletter som tidigare hittats i PUBMED.

## BILAGA IV. Sökmatrix 2

### Sökmatrix PUBMED

Databas, Datum, Sökning.	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel#
PUBMED 20240208 S1	TI nurs*	Inga	297,760	0	0	0	0	
Pubmed 20240208 S2	TI palliative care OR TI end of life care OR TI terminal care OR TI hospice care	Inga	27,953	0	0	0	0	

Pubmed 20240208 S3	TI experience OR TI view OR TI understanding OR TI challenge	Inga	426,972	0	0	0		
Pubmed 20240208 S4	S1 AND S2 AND S3	- Adult: 19+ years - English language - 2013- 2024 - Full text	26	26	17*	5**	3***	#14 #15 #17

TI (title) används före sökordet för att finna sökträffar med sökordet i titeln.

\*9 artiklar var ej ur sjuksköterskans perspektiv, om pediatrik omvårdnad, ur ett specialistsjuksköterskeperspektiv eller besvarade ej syftet.

\*\*12 artiklar var ur specialistsjuksköterskans perspektiv, hade en kvantitativ metod eller besvarade ej syftet.

\*\*\*2 artiklar svarade ej på syftet.



Box 1059 | 141 21 Huddinge  
Besøksadress Hålsøvågen 11  
Telefon 08 587 516 00 | [www.rkh.se](http://www.rkh.se)