



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatnivå

Sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter inom palliativ vård på vårdavdelning

En litteraturöversikt

Nurses experience on the care of patients in palliative care in the ward

Författare: Sofie Törnberg och Ebba Lidegran

Handledare: Anne Friman och Riitta-Maija Tammilehto

Granskare: Inger Johansson

Examinator: Ingrid From

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 2018-01-18

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

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

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

Ja

Nej

Abstrakt

Bakgrund

Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Inom palliativ vård, då inte en botande vård längre går att uppnå är istället målet att främja hälsa och lindra lidande. Att vårda en patient i livets slutskede är en stor utmaning för sjuksköterskan, som har en avgörande roll i den palliativa omvårdnaden av patienten.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter inom palliativ vård på vårdavdelning

Metod

En litteraturöversikt som baseras på 12 vetenskapliga artiklar, varav 8 kvalitativa och 4 kvantitativa. Artiklarna söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Bearbetning av artiklarnas resultat gjordes utifrån Forsberg och Wengström's (2016) metod.

Resultat

Sjuksköterskors upplevelser utformade fyra kategorier med tillhörande subkategorier: *Kommunikationssvårigheter*: samarbete, vårdrelation, *Tids- och resursbrist*: påverkan på omvårdnadsarbetet, planering och prioritering, *Kunskap*: acceptera döden samt *Utbildning*.

Slutsats

Sjuksköterskor ansåg att ovan nämnda upplevelser hade betydelse i omvårdnadsarbetet av patienter i palliativ vård. De menade att okunskap och tids- och resursbrist försvårade omvårdnadsarbetet, vilket skapade en känsla av otillräcklighet. Kommunikation ansågs vara en viktig faktor för samarbete och skapande av god vårdrelation men kommunikation var i många fall svår att bemästra. Utbildning inom området efterfrågades för att möjliggöra kompetensutveckling av kunskap för sjuksköterskan i omvårdnaden av patienter inom palliativ vård.

Nyckelord

Litteraturöversikt, otillräcklighet, palliativ vård, sjuksköterska, upplevelse, utbildning.

Abstract

Background

Nurses essential responsibilities are to promote health, prevent disease, restore health and relieve suffering. In palliative care, when a cure is no longer possible, the goal is to promote health and relieve suffering. Caring for a patient at the end of life is a major challenge for the nurse, who plays a crucial role in palliative care of the patient.

Aim

To describe the nurse's experiences of nursing patients in palliative care in the ward.

Method

A literature review based on 12 scientific articles, both quantitative and qualitative. Searches of the articles was made in databases Cinahl and PubMed. Analysis of the articles' results was based on Forsberg and Wengström's (2016) method.

Results

Nurses experiences formed four categories with belonging subcategories: *Communication difficulties*: cooperation, care relationship, *Time- and resource shortages*: impact on nursing, planning and prioritization, *Knowledge*: accepting death and *Education*.

Conclusion

Nurses felt that the mentioned experiences were significant in the nursing work of patient in palliative care. They ment that lack of knowledge and time- and resource shortage complicated nursing work, which created a sense of insufficiency. Communication was considered to be an important factor for cooperation and care relationship, but in many cases it was difficult to master. Education in the field was requested to enable the development of knowledge for the nurse in the care of patients in palliative care.

Keywords

Education, experience, inadequacy, litterature review, nurse, palliative care.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Palliativ vård	1
Lidande och livskvalitet.....	1
Omvårdnad vid palliativ vård	3
Behovet av palliativ vård.....	4
Sjuksköterskans roll i förhållande till palliativ vård	4
Patientnära relationer	5
Anhörigstöd	5
Fastställande av fortsatt vård.....	6
Teoretisk referensram	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	8
Inklusionskriterier.....	8
Exklusionskriterier	9
Värdering av artiklarnas kvalitet	11
Tillvägagångssätt	11
Analys och tolkning av data	11
Etiska överväganden	11
Resultat	12
Kommunikationssvårigheter	12
Samarbete	12
Vårdrelation	13
Tids- och resursbrist	14
Påverkan på omvårdnadsarbetet.....	15
Planering och prioritering.....	15
Kunskap	16
Acceptera döden	16

Utbildning	17
Diskussion	18
Sammanfattning av huvudresultat	18
Resultatdiskussion	18
Kommunikationssvårigheter	18
Tids- och resursbrist	20
Kunskap och utbildning	21
Metoddiskussion	22
Etikdiskussion	23
Klinisk betydelse för samhället	24
Slutsats	25
Förslag till vidare forskning	25
Referenser	26
Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitativa studier	
Bilaga 2. Granskningsmall för kvantitativa studier	
Bilaga 3. Artikelmatris	

Introduktion

Hälso- och sjukvården kommer dagligen i kontakt med patienter som befinner sig i livets slutskede. Ofta är sjuksköterskan den i vårdteamet som kommer närmast patienten och kan komma att bli en trygg punkt för patienten under den sista tiden i livet. Under utbildningen till sjuksköterska och framförallt under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) har situationer där känslan av otillräcklighet uppstått. Sjuksköterskan upplever sig inte kunna göra tillräckligt för patienten. Det har medfört dialoger med handledare, medarbetare och studiekamrater, som handlat om att vårda en patient i livets slutskede och de känslor och utmaningar som uppstår. I och med en kommande karriär som sjuksköterska, som kommer innebära möten med patienter i livets slutskede anses detta vara ett område värt att granska. Genom att ta reda på sjuksköterskors upplevelser av vården för patienter i livets slutskede skulle det kunna medföra hjälp och stöd i den kommande karriären som sjuksköterska.

Bakgrund

Palliativ vård

När en botande vård inte längre går att erbjuda blir målet att främja högsta möjliga livskvalitet för patienten. Ordet palliativ har olika innebörd utifrån olika beskrivningar och betyder i vårdsammanhang att lindra utan att bota (Henoch, 2013). Palliativ vård fastslås i Socialdepartementet (2015) som benämningen på vård i livets slutskede. En beskrivning av ordet palliativ vård kan hittas hos Socialstyrelsen (2006) som har anslutit till World Health Organization's (WHO) definition av begreppet. Palliativ vård syftar till att förebygga lidande, lindra lidande och förbättra livskvaliteten för patienten och dess anhöriga. Det sker genom att tidigt identifiera de problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom, vilket innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem. Målet är tillika att tidigt kunna bedöma och ge lindrande behandling (WHO, 2002). Socialstyrelsen (2013) har formulerat fyra hörnstenar i den palliativa vården utifrån WHO's definition, vilka är symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående.

Lidande och livskvalitet

När det kommer till hälsa och lidande, anses lidande ha en negativ inverkan på hälsan och känslan av att känna sig hel. Wiklund Gustin (2014) menar att det inte bara är kroppen som lider utan hela människan. Lidande kan inom religioner beskrivas som en del av livet. Att

lindra lidande berör både patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella förutsättningar. Lidande inom palliativ vård kan ofta förknippas med det fysiologiska lidandet, men lidandet kan även orsakas av andra faktorer (Socialdepartementet, 2015; Kennedy et al., 2014).

Det fysiska lidandet kan handla om kroppslig smärta, minnesförlust, medicinska behandlingar och biverkningar från behandlingar (Von Baarsen, 2008). Inom det fysiska lidandet anses smärta vara det mest omtalade problemet som patienter inom palliativ vård lider av, enligt Bass (2010), som dessutom menar att smärtan ofta är svår att behandla. Smärta kan beskrivas som en komplex fysiologisk och anatomisk process som är individuell och ska behandlas individuellt, ibland med stöd från en smärtspecialist (Page, 2017). Det psykiska lidandet kan handla om förlusten av den/dem man älskar, dels av patienten och dels av de anhöriga. Det kan även handla om förlusten av ett livsarbete eller att förväntningarna på livet förändras, vilket kan bidra till en försämrade självkänsla och ett försämrade självförtroende. Att känna ett psykiskt lidande kan uppträda på många olika sätt som genom förnekelse, rädsla, ångest och ilska (Van Baarsen, 2008). O'Grady, Dempsey och Fabby (2012) menar att om behovet av det psykiska lidandet förbises kan det leda till att relationen mellan patienten och vårdpersonalen äventyras och vården försämras. De menar även att alla patienter i palliativ vård är i behov av bedömning av det psykiska lidandet för att därefter kunna upprätta en vårdplan för att hjälpa både patienten och närstående i lidandet.

Vid det sociala lidandet kan patienten känna en förlust av sin sociala roll eller roll i familjen (Rattner & Berzoff, 2016). Patienten kan känna rädsla för att bli en börda för anhöriga. Brist på stöd kan även uppstå och kan få patienten att känna sig sviken från anhöriga, vilket kan innebära att ensamhet uppstår för patienten i sin livssituation enligt Van Baarsen (2008). Det existentiella lidandet kan handla om förlusten av tro, hopp och livsmening. I studier av Bruce, Schreiber, Petroskaya och Boston (2011) beskrivs det att existentiella problem vid palliativ vård ofta handlar om ångest som kan komma utifrån tankar om meningen med livet och rädslan för att dö. Det kan stimulera patienter i palliativ vård att söka sig till andlighet för att finna mening med livet och den situation de befinner sig i (Van Baarsen, 2008; Bauer-Wu, Barret & Yeager, 2007).

Livskvalitet är ett brett begrepp som berör fysiska och psykiska tillstånd, sociala relationer, graden av oberoende och betydelsefulla händelser i den enskilda patientens livsmiljö. WHO (u.å) definierar livskvalitet som individens perspektiv på sin livssituation utifrån bakgrund

och de värdesammanhang som individen befinner sig i, kopplat till de normer, mål, intressen och förväntningar som uppstår i livet. Den palliativa vårdens fokus är att lindra den enskilda patientens lidande för att på så sätt kunna öka patientens livskvalitet. Om de fysiska, psykiska, social och existentiella behoven identifieras, bedöms och åtgärdas kan patientens livskvalitet även förbättras enligt Kavalierator et al. (2017).

Omvårdnad vid palliativ vård

Den palliativa vården brukar delas in två faser, den tidiga fasen och den sena fasen. I den tidiga fasen ligger fokus på en livsförlängande behandling som anses vara lämplig för patienten, denna fas kan ofta vara lång. Den senare fasen är istället ofta kort och där ligger fokus på att lindra lidandet och höja livskvaliteten för patient och närstående, inför patientens sista tid i livet. Tidpunkt för övergång från den tidiga fasen till den sena fasen är ofta svår att identifiera (Socialstyrelsen, 2013).

Medicinsk teknik och symtomlindring har utvecklats under de senaste åren och är till stor hjälp vid palliativ vård. Det som inte får glömmas under denna fas i livet är den grundläggande omvårdnaden av patienten då vissa kroppsliga funktioner inte längre är kontrollerbara. Detta ger ofta upphov av starka känslor hos patienten, vilka är viktiga att respektera. Behovet av hjälp ökar och patienten blir mer och mer beroende av andra för att klara av dagen. Det är av största vikt att patienten tillåts vara delaktig i sin vård, att patientens värdighet stöds, att arbeta respektfullt och etiskt samt att patientsäkerhet och förebyggande arbete står i fokus, samtidigt som hänsyn till patientens självbestämmande måste beaktas. Detta innefattar många olika områden, såsom vätska och näring, elimination, personlig hygien, sömn och vila, andning, kommunikation och andra dagliga behov och sysslor (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2016).

För att kvalitetssäkra en god omvårdnad kan vården ta stöd av Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP), där fokus ligger på identifiering, bedömning och åtgärder för den enskilda patienten. NVP bygger på frågeställningar som patienten, anhöriga och vårdpersonal behöver beakta för att kunna planera den fortsatta vården. Frågeställningarna rör patientens förståelse om sjukdomstillstånd, förekomst av symtom och lidande, delaktighet och önskemål i vården samt stöd till patienten och anhöriga (Palliativt Utvecklingscentrum, u.å).

Behovet av palliativ vård

I och med att världens befolkningsmängd ständigt ökar, medför det att även trycket på sjukvården ökar (Henoeh et al., 2016). Enligt beräkningar utförda år 2011 var över 29 miljoner människor i världen i behov av palliativ vård, en siffra som har ökat och kommer att fortsätta öka enligt, Woitha et al. (2016). Bara i Sverige beräknas det att ca 90 000 människor avlider varje år och ca 80 % av dem anses vara i behov av någon form av palliativ vård. Sammanfattningen av dessa studier är att behovet i dagsläget är stort och kommer att bli större i framtiden (Woitha et al., 2016; Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2006).

År 2003 kom Europarådet, vars arbete främjar mänskliga rättigheter, ut med rekommendationer till regeringar både i och utanför Europa (EU) gällande palliativ vård. Syftet var att uppmuntra till att skapa en hälsopolitik kring ämnet och införa åtgärder och lagar, vilket ansågs kunna bidra till en förbättrad palliativ vård för EUs medborgare. I studien av Woitha et al. (2016) där syftet var att granska resultatet av Europarådets rekommendation, påvisas att länder i EU ligger före i utvecklingen jämfört med andra länder utanför EU. I stort sett hälften av länderna i EU har skapat en nationell palliativ vårdplan eller strategi. Europarådets rekommendation tyder på att förbättringar skett, dock diskuterar Woitha et al. (2016) att det behöver ske en utveckling i ännu större omfattning för att nå upp till de behov som finns.

Sjuksköterskans roll i förhållande till palliativ vård

Sjuksköterskan strävar efter att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Detta utgör de fyra grundläggande ansvarsområdena, vilka beskrivs i International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). När hälsa inte längre går att återställa, då patienten är i livets slutskede, ligger det i sjuksköterskans ansvarsområde att tillsammans med patienten och anhöriga, istället underlätta förutsättningarna för bästa möjliga livskvalitet under patientens sista tid (Verschuur, Groot & Sande, 2014).

Sjuksköterskans engagemang inom palliativ vård är av stor betydelse, varav en del handlar om ett förebyggande arbetssätt. Verschuur et al. (2014) menar att det förebyggande arbetet inför palliativ vård kan stödja patienten i hur vården kommer att fungera. Genom att föra en öppen dialog om frågor kring döden med patienten kan sjuksköterskan hjälpa till att aktivera patienten i sin egen vård och behandling, vilket kan främja patientens livskvalitet (Jakobsson,

Andersson & Öhlén, 2014). Förutseende av framtida eventuella problem, patientens önskemål samt råd och information är viktiga aspekter att förhålla sig till. Tidig identifiering av smärta eller andra problem gynnar det kommande palliativa skedet, både för sjuksköterskan och närstående men inte minst för patienten (Verschuur et al., 2014).

Vanligen är dödsprocessen långsam och markerad av episoder med försämring av något slag, följt av återhämtning. Detta är en osäker tidslinje som ofta kan leda till att patientens palliativa vårdbehov förbises. Jakobsson et al. (2014) menar att gemensamma synsätt och mål är grundläggande för att uppnå hög vårdkvalitet. Sjuksköterskor tenderar att försena introduktionen av palliativ vård tills en tydlig händelse sker, vilket leder till onödigt lidande för patienten (Wilson, Avalos & Dowling, 2016). Ett tidigt initiativ från sjuksköterskans sida kan istället ge patienten och dess närstående möjlighet att diskutera viktiga ämnen, frågor och viljor inför en palliativ vård. Detta ger patienten en chans att förbättra sin livskvalitet. Processen inom palliativ vård kan diskuteras i tre dimensioner; att tidigt identifiera patienter i behov av palliativ vård, samarbete med vårdpersonal samt konsultation med patienten i fråga (Verschuur et al., 2014; Wilson et al., 2016).

Patientnära relationer

Relationer har betydelse för välmåendet. I begreppet relation ingår även förhållandet mellan patient och sjuksköterska, där betoningen finns i det sanna mötet som gör att patienten känner sig sedd. Familjerelationer är primära, men sjuksköterskan och patienten kan utveckla en unik relation som kan få stor betydelse för patienten i sjukdomsförloppet. Sjuksköterskans tekniska kunskaper är väsentliga, men för att en god relation ska uppstå är det av största vikt att uppnå en känsla av närvaro, vilket har välgörande effekter på patienten (Sand & Strang, 2013). Det är stora ansvarsområden en sjuksköterska har, innefattande arbetsledning, professionell etik, patient- och närstående relationer, hygien, medicinering, smärta och bekvämligheter. Sjuksköterskan har ofta rollen som spindeln i nätet mellan olika professioner och ska samtidigt bibehålla patientens värdighet (Albuquerque, 2016).

Anhörigstöd

Många patienter som är nära döden känner trygghet och närhet av sina nära och kära. Vad en sjuksköterska inte får glömma är att även den anhörige behöver hjälp och stöd i det som kan kännas som ett kaos, att förlora sin mamma, pappa, syskon, eller barn. Att som sjuksköterska identifiera när en patient är döende och i behov av palliativ vård är en utmaning och varje

individens process mot den fasen är unik. Det är därför viktigt att anhöriga får information om detta, för att skapa förståelse och samarbete mot ett gemensamt förhållningssätt. När tiden är inne för palliativ vård sätts en osynlig tidslinje upp, där de anhöriga inser att återstående tid med patienten är begränsad (Gröthe, Biong & Grov, 2013).

Enligt Götze, Brähler, Gansera, Polze och Köhler (2014) har de anhöriga som är mycket involverade i patientens sjukdom sämre livskvalitet än den övriga befolkningen. Endast 5 % uppgav sig ha fått professionellt psykologiskt stöd under en månads tid. Sambanden mellan missnöje kring partnerskap och psykisk ångest var hög, vilket tyder på att de anhöriga inte får tillräckligt med stöd kring denna tid (Götze et al., 2014).

Fastställande av fortsatt vård

Som tidigare beskrivet är ett av sjuksköterskans främsta mål att främja hälsa. Kulturen ger en känsla av- och inriktning mot att bota, att utföra undersökningar och behandlingar. När det inte längre finns någon bot och återhämtningen är osäker är det viktigt att utföra ett så kallat brytpunktssamtal. Enligt Socialstyrelsen (u.å.) sker detta samtal mellan läkare och patient där diskussion gällande innehållet av fortsatt vård tas upp utefter patientens tillstånd, behov och önskemål. Vid övergång till den sena palliativa fasen är det huvudsakliga målet att utföra lindrande åtgärder, inte att utföra livsförlängande åtgärder (Socialstyrelsen, u.å.). Patient och anhörig ska få förståelse för att tillståndet är obotbart eller att eventuella behandlingar inte längre är meningsfulla, utan snarare skulle skada eller orsaka onödigt lidande för patienten. Det bör kommuniceras mellan alla av patientens personal, patienten själv och anhöriga, om patienten vill att denna/dessa är närvarande. Patienten och anhörig får därmed chans att påverka hur patientens sista tid i livet ska vara och personalen kan då vidta erforderliga åtgärder (Socialstyrelsen, 2016).

Det finns faktorer som utgör hinder för diagnostisering av döende, där exempelvis orealistiskt hopp om förbättring och behandling spelar in. Oro, rädsla eller bristande kommunikation är också något som förhindrar förloppet mot palliativ vård. Professioners oenighet om patientens tillstånd leder till olika budskap gentemot patient och anhörig, vilket blir förvirrande. Först när professionerna är eniga kan patienten diagnostiseras som döende och personalen kan då fokusera på lämpliga åtgärder för patienten (Ellershaw & Ward, 2003; Kennedy et al., 2014).

För att överkomma dessa hinder ställs krav på sjuksköterskan gällande kommunikation kring döden och döende med patient och anhörig samt tydlig kommunikation professioner emellan.

Sjuksköterskans kliniska blick ställs på prov där professionell erfarenhet av symtom som en döende kan påvisa ska tydliggöras och reflekteras kring. Dessutom ska patientens eventuella kulturella och religiösa traditioner relaterat till döende tillämpas (Ellershaw & Ward, 2003). Skulle ett brytpunktssamtal inte äga rum skapas enligt Ellershaw och Ward (2003) missförstånd och komplexa förhållanden mellan patient och anhörig och sjukvårdspersonal. Patienten och den anhörige förlorar förtroende för professionerna, däribland sjuksköterskan, vilket påverkar den fortsatta vårdrelationen negativt.

Teoretisk referensram

Omvårdnad är en viktig faktor inom hälso- och sjukvården, inte minst när det gäller att skapa en värdig sista tid i livet för en människa. Varje människa är unik och har egna värderingar och tankar. Att vårda en patient i ett palliativt skede är, likt all omvårdnad, personcentrerat och därmed även komplext. Denna litteraturöversikt inspireras av omvårdnadsteoretikern Virginia Hendersons teori där nedan beskrivna grundläggande behov kan implementeras inom palliativ vård. Hendersons teori om grundläggande behov omfattar de biologiska, psykologiska, sociala, andliga och moraliska komponenterna. I sin teori beskriver hon 14 grundläggande behov inom områden där problem kan förekomma, för att vägleda vårdpersonal inom klinisk omvårdnad. Exempel på några av dessa 14 grundläggande behov är att hjälpa patienten att: andas, inta lämplig kroppsställning/växla kroppsställning, vila/sova, hålla kroppstemperatur, undvika faror/skador såsom infektion, ge uttryck för sina önskemål och känslor samt att utöva sin religion (Henderson, 1982). Denna teori gynnar vården i och med att den ger möjlighet att bedöma patienten och människan i sin helhet, samt att teorin bjuder in till ett kritiskt tänkande för sjuksköterskor. Sjuksköterskan arbetar således med utmaningen att upptäcka vad just denna patient har för behov och vad denne vill (Fernandes, Guedes, Silva, Borges & Freitas, 2016). Genom att arbeta utifrån Hendersons teori kan WHO's syfte med den palliativa vården uppnås. De grundläggande behoven Henderson beskriver kan förebygga lidande, lindra lidande och främja livskvaliteten (Henderson, 1982; WHO, 2002).

Problemformulering

Att möta patienter i livets slutskede sker dagligen inom sjukvårdens alla verksamheter där sjuksköterskan spelar en avgörande roll i vården av patienter med palliativ vård. Inom palliativ vård är syftet att lindra lidande och förbättra livskvalitet, då en botande vård inte

längre är möjlig. Behovet av palliativ vård kommer att öka i framtiden vilket kommer innebära en utmaning för sjukvården och således också sjuksköterskan. I palliativ vård är det av vikt att se människan i sin helhet. Att tidigt kunna identifiera behovet av palliativ vård anses kunna lindra lidandet för patienten. Utan kunskap inom området palliativ vård kan istället onödigt lidande uppstå och ge en försämrad livskvalitet för patienten. Att beskriva och diskutera sjuksköterskans upplevelser kring palliativ vård anses vara av vikt inom det valda området eftersom sjuksköterskan spelar stor roll kring vad som är en oundviklig del av livet. Detta för att identifiera känslor, brister och resurser i palliativ vård, för att därigenom identifiera förbättringsområden.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter inom palliativ vård på vårdavdelning.

Metod

Design

Arbetet har utformats som en litteraturöversikt, vilket syftar till en sammanställning av tidigare kunskap och forskning inom ett specifikt vetenskapligt område (Rosén, 2012; Polit & Beck, 2008; Friberg, 2012).

Urval

För att söka artiklar till litteraturöversikten användes databaserna PubMed och Cinahl, vilka är breda databaser som ger svar på sökningar inom medicin- och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). Sökord som användes till denna litteraturöversikt var: "nurse", "nursing", "perspective", "experience", "view", "palliative", "care", "end-of-life", "aspect", "registered nurse", "feeling", "inadequate", "attitudes". Sökningarna gjordes med orden var för sig, i kombination med varandra samt med booleska operatoren "AND" (Östlundh, 2012).

Inklusionskriterier

Avsikten var att välja ut artiklar där sjuksköterskans upplevelser av palliativ vård var i fokus. Artiklar utifrån andra professioner, exempelvis undersköterskor, läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut granskades i detta skede men endast artiklar där sjuksköterskans perspektiv var

separerade från de andra professionerna valdes. Många sökningar gav svar på artiklar innehållande cancersjuka patienter, vilka inkluderades i litteraturöversikten, eftersom cancer i många fall leder till palliativ vård för patienten (Widell, 2015; Jakobsson et al., 2014). Åldern på artiklarna begränsades till att välja ut de som är gjorda mellan år 2007-2017. Endast artiklar på engelska och de som är peer reviewed valdes (Östlundh, 2012).

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier tillämpades för att begränsa sökningarna i syfte för att utesluta barn under 18 år samt specialistvård, förutom inom den palliativa sektorn. Även primärvård, psykiatri och kommunala institutioner exkluderades eftersom föreliggande litteraturöversikt fokuserar på sjuksköterskans arbete på vårdavdelning. I vissa artiklar ingick undersökningar från flera olika institutioner, vilka endast godkändes om undersökningar på vårdavdelning fanns med samt att dessa var separerade från andra institutioner.

De sökta artiklarna sorterades genom att läsa abstrakten och valdes ut om de kunde besvara syftet i studien. De valda artiklarna laddades ner i fulltext. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskades och av de valda artiklarna var 8 av dem kvalitativa och 4 av dem kvantitativa studier (Rosén, 2012). Trettio två artiklar lästes men 20 artiklar valdes bort på grund av vissa kriterier, bland annat exklusionskriterier men även avseende kvalitetsgranskningar. Somliga artiklar som ansågs kunna besvara syftet i litteraturöversikten visade sig vara litteraturöversikter, vilka därmed exkluderades. En del ansågs inte kunna besvara studiens syfte och andra artiklar uppfyllde inte kriterier i nedanstående beskrivna kvalitetsgranskningar, varpå även dessa exkluderades. Se Tabell 1.

Tabell 1, databassökning och urval

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl	Palliative care AND Nurse AND Perspective AND View	18086 2810 236 24	0 0 0 9	0 0 0 3	0 0 0 1
Cinahl	Nursing AND Palliative care AND Experience AND View	169628 3978 813 48	0 0 0 12	0 0 0 4	0 0 0 1
Cinahl	End of life nursing AND Nurse perspective AND Experience	2682 141 71	0 0 16	0 0 6	0 0 3
Cinahl	Registered nurse AND Palliative care AND Aspect	13287 272 12	0 0 5	0 0 2	0 0 1
Cinahl	Palliative care AND Perspective AND Nurse feeling	18096 951 13	0 0 6	0 0 3	0 0 3
Cinahl	End of life care AND Nurse AND Inadequate	9036 1803 46	0 0 10	0 0 3	0 0 2
PubMed	Nurse perspective AND End of life care	413 12	0 3	0 2	0 1
PubMed	Nurse experience AND Palliative care	1230 62	0 10	0 4	0 0
PubMed	Nurse experience AND End of life care	1230 69	0 6	0 2	0 0
PubMed	Registered nurse AND Attitudes AND Palliative care	8369 1349 54	0 0 1	0 0 1	0 0 0
PubMed	Nurse experience AND End of life care AND Palliative care	2300 128 64	0 0 5	0 0 2	0 0 0
Summering		475	83	32	12

Värdering av artiklarnas kvalitet

Kvalitetsbedömning av artiklarna gjordes utifrån Forsberg och Wengström (2016) samt Willman, Stoltz, och Bahtsevani's (2011) modifierade mall. Två typer av mallar användes, en för kvantitativa artiklar och en för kvalitativa artiklar (Bilaga 1 och 2). Mallarna består av 29 respektive 25 ja- och nejfrågor varpå poängen för artiklarna översattes till procent. De 12 artiklar som valdes uppnådde hög kvalitet, motsvarande 80-100 %. Se bilaga 1 och 2 för granskningsmall för kvalitativa studier samt granskningsmall för kvantitativa studier. Resterande artiklar ansågs ha låg- till medel kvalitet och exkluderades.

Tillvägagångssätt

Sökning av artiklar gjordes av båda författarna med tillämpning av ovan nämnda sökord, enskilt, men i nära samarbete med varandra. Första steget var att enskilt läsa titlar och abstrakt för att sedan välja ut de lästa abstrakten som passade litteraturöversiktens syfte. Dessa presenterades sedan för varandra, varpå fulltexten lästes tillsammans. Därefter gjordes slutgiltiga val om vilka artiklar som skulle läggas fram i litteraturöversikten (Rosén, 2012). Se bilaga artikelmatris.

Analys och tolkning av data

Alla artiklarna som analyserades ansågs kunna besvara litteraturöversiktens syfte. Analysarbetet delades in i flera mindre steg. Först lästes texten noggrant för att lära känna materialet. Nästa steg innebar att kort sammanfatta vad materialet handlar om och sedan hitta gemensamma nämnare, för att söka mönster i artiklarna. Mönstren kan innebära motsatser, likheter eller skillnader. Därefter tillämpades kategorier och subkategorier. Det sista steget i analys och tolkning var att diskutera och tolka resultaten (Forsberg & Wengström, 2016)

Etiska överväganden

De studier som användes har genomgått noggranna etiska överväganden eller erhåller tillstånd från etisk kommitté. Enligt Codex's (2017) rekommendation gällande etiska forskningsprinciper har deltagarna i studierna informerats och givit samtycke till deltagande. Objektiv bearbetning utfördes utifrån artiklarna och i litteraturöversikten förekommer inga vinklingar eller uteslutande av resultat (Forsberg & Wengström, 2016). Översättning av innehållet gjordes noggrant med hjälp av ordböcker, Google Translate samt diskussioner kring ordval, för att skapa en opartisk återgivning av resultatet.

Resultat

Utifrån analysarbetet av studierna som litteraturoversiktens resultat bygger på identifierades fyra kategorier: *Kommunikationssvårigheter*, *Tids- och resursbrist*, *Kunskap* och *Utbildning*, vilka tydligt beskriver samt påverkar sjuksköterskans upplevelser kring området. Utifrån *Kommunikationssvårigheter* tillämpades subkategorier: samarbete samt vårdrelation, utifrån *Tids- och resursbrist* tillämpades: påverkan på omvårdnadsarbetet samt planera och prioritera och utifrån *Kunskap* tillämpades: acceptera döden.

Kommunikationssvårigheter

Kommunikationssvårigheter beskrevs i sju av tolv artiklar och sjuksköterskor upplevde att brist i kommunikation var ett omfattande problem vid omvårdnad av patienter i palliativ vård (Smith et al., 2009). Wallerstedt och Andershed (2007) menar att sjuksköterskor bör ha god kommunikation med patienter, anhöriga, sjuksköterskor emellan samt andra professioner och instanser inom vården. Detta för att kunna skapa samarbete mellan professioner samt en vårdrelation till patient och anhöriga.

Samarbete

Garner, Goodwin, McSweeney & Kirchner (2013) menar att samarbete mellan sjuksköterskan och andra professioner inom vården är avgörande för att kunna bedriva en fungerande vård för patienten. Att misstag och missförstånd inom vården uppstår menar Smith et al. (2009) ofta beror på brist i kommunikation mellan olika vårdprofessioner och vårdinstanser. När en otillräcklig kommunikation uppstår mellan olika professioner och instanser inom vården kan det skapas irritation dem emellan (Wallerstedt & Andershed, 2007). Det framkom i Wallerstedt och Andershed's (2007) studie att samarbetet sjuksköterskor emellan ofta fungerade bra. Att kunna vända sig till sina kollegor om råd ansågs som en stor hjälp för sjuksköterskans arbete med patienter i palliativ vård.

Samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare beskrevs dock som varierande. Sjuksköterskor upplevde att det kunde vara svårt att ha en fungerande kommunikation med en del läkare. De upplevde att vissa läkare uttryckte en osäkerhet och rädsla i beslutstagandet av behandling och fortsatt vård av patienter i palliativ vård. Det kunde leda till att läkaren tog beslut utan att ha diskuterat beslutet med patienter och anhöriga, vilket ledde till att ansvaret föll på sjuksköterskan. Detta medförde att sjuksköterskan fick ansvaret att meddela patient och

anhöriga, vilket kunde upplevas som en påfrestande situation för sjuksköterskan. Stöd från verksamhetschefer upplevdes otillräckligt enligt ett flertal sjuksköterskor. Önskan om mer stöd och hjälp från verksamhetscheferna framkom (Wallerstedt & Andershed, 2007). För att förbättra kommunikationen mellan sjuksköterskor och andra professioner ansågs utbildning i ämnet vara ett steg till förbättring (Smith et al., 2009; Garner et al., 2013).

Vårdrelation

Att skapa en vårdrelation mellan sjuksköterskan, patient och anhöriga framkom som en viktig faktor för att kunna bidra till en god omvårdnad i livets slutskede, där kommunikationen ansågs vara en av de viktigaste komponenterna (Mishelmovich, Arber & Odelius, 2016; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskor själva menade att de hade otillräcklig kunskap om hur de skulle kommunicera med patienter och anhöriga i en studie av Zheng, Guo, Dong & Owens (2015). Sjuksköterskan strävar efter att vara pålitlig i sin profession, vilket anses vara viktigt för att kunna leda patienter och anhöriga i den döende processen. De påtalar vilja att bry sig genom att visa kreativitet och genomföra givande vård vilket kan medföra välbefinnande hos patient och anhörig. Att bry sig i denna process har betydelse på olika sätt, där patientstöd i livets slutskede samt stöd till familjemedlemmar är viktiga element (Andersson, Salickiene & Rosengren, 2016).

Att skapa en vårdrelation med patienten upplevde sjuksköterskor kunde bidra till en bättre förståelse av patientens livssituation. Det medverkade till att förtroende kunde skapas mellan sjuksköterskan och patienten, vilket kunde underlätta för sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet och samtidigt öka patientens livskvalitet. Att vara ett stöd för en patient i livets slutskede handlar mycket om att vara medveten om patientens känslor och önskningar (Mishelmovich et al., 2016; Andersson et al., 2016). Det kunde dessutom öppna upp för djupare samtal med patienten där existentiella problem lättare kunde tas upp, vilket kunde vara givande för både patienten och sjuksköterskan (Mishelmovich et al., 2016). Genom att skapa en god kommunikation med patienten ansågs det kunna medföra en ökad medvetenhet hos patienten om det allvarliga sjukdomstillstånd denne befinner sig i. Det kunde bidra till att patienten var mer mottaglig för information om olika behandlingsalternativ samt att sjuksköterskan lättare kunde stödja patienten i val av fortsatt vård och behandling (Garner et al., 2013; Mishelmovich et al., 2016).

En annan viktig aspekt i sjuksköterskans arbete var att visa respekt och ge stöd åt de anhöriga. Det framkom att anhöriga inte alltid har vetskap om patientens sjukdomstillstånd och vad palliativ vård innebär. Därför ansågs en god kommunikation med de anhöriga vara viktig för att kunna informera dem om patientens sjukdomstillstånd. På så sätt kunde sjuksköterskan hjälpa dem att förbereda sig emotionellt för den palliativa vården och dess steg. Att ha en god vårdrelation med anhöriga visade sig även vara till hjälp för kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten (Zheng et al., 2015). Att inkludera anhöriga i patientens omvårdnad anses vara psykiskt, socialt och emotionellt viktigt för patienten. Att ha en kommunikation med anhöriga bidrog även till att sjuksköterskan lättare kunde få en helhetsbild av patienten (Zheng et al., 2015). Resultat från en annan studie visade dock att anhöriga i vissa fall kunde upplevas som ett hinder i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Det kunde handla om anhöriga som var upprörda, vilket ofta berodde på brist i kommunikationen (Dillworth et al., 2015).

Om kommunikationen upplevdes otillräcklig kunde det leda till att patienten och anhöriga kände ett minskat förtroende för sjuksköterskan och därmed upplevde en sämre vård. Det kunde även leda till att sjuksköterskans arbetssituation upplevdes ansträngd, vilket skapade en känsla av otillräcklighet (Garner et al., 2013).

Tidsbrist och resursbrist

Brist på tid och resurser framkom i negativ bemärkelse i sex av tolv artiklar. Resultatet i Wallerstedt och Andershed's (2007) studie visade att tids- och resursbrist var de främsta orsakerna till att försvåra omvårdnadsarbetet för sjuksköterskan. I Dillworth et al.'s (2015) studie framkom det att sjuksköterskor upplevde behov av mer tid och mer resurser för att kunna stödja patienten och anhöriga i den palliativa vården. Garner et al. (2013) menar att brist på personal och ökad arbetsbelastning påverkade sjuksköterskans omvårdnadsarbete negativt. I en annan studie förklarar en sjuksköterska att känslan av att kunna ha gjort mer ofta uppstod men att den höga arbetsbelastningen resulterade i tidsbrist (Arantzamendi, Addington-Hall, Saracibar & Richardson, 2012). Att jobba kvällar, nätter och helger upplevdes mer påfrestande eftersom det ofta var färre personal på plats, vilket kunde skapa oro för sjuksköterskorna. Känslan av att inte hinna med omvårdnadsarbetet för samtliga patienter uppstod (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Påverkan på omvårdnadsarbetet

Sjuksköterskor i Wallerstedt och Andershed's (2007) studie beskrev att tidsbrist ofta förekom i omvårdnadsarbetet, vilket upplevdes påfrestande och detta kunde framkalla stress. Att kunna stödja och hjälpa patienter med psykiska, sociala och emotionella behov ansågs vara komplext när tid inte fanns till för att kommunicera och skapa en vårdrelation med patienten (Dillworth et al., 2015). Att tiden inte räckte till för att fokusera på patientens psykiska, sociala och existentiella behov beskrevs även av sjuksköterskor i en studie av Michael et al. (2016). Tiden var begränsad för sjuksköterskorna att hinna observera patientens olika behov. De beskrev att behoven hos patienter med palliativ vård ofta var omfattande och den begränsade tid sjuksköterskorna hade gjorde identifieringen av behoven komplex. De upplevde att de fysiska behoven prioriterades före de psykiska, sociala och existentiella behoven. Sjukhusvistelser för patienter i sjukvården har blivit allt kortare enligt Garner et al. (2013). Det har resulterat i att sjuksköterskorna ansågs ha mindre tid för att kunna skapa en vårdrelation med patienten och utföra den omvårdnad patienten var i behov av. En sjuksköterska upplevde att det inte kändes bra att behöva påskynda vården och skicka hem patienter och anhöriga, vilket skapade en känsla av otillräcklighet (Garner et al., 2013).

Planering och prioritering

Otillräcklighet belyses då sjuksköterskerollen innebär ansvar för flera patienter samtidigt under tidspress. Sjuksköterskor anmärker att det är mycket de vill göra, men inte har tid eller resurser till. Att vara sjuksköterska innebär att ha ett ansvar gentemot arbetsuppgifter, patienter och anhöriga, där bland annat prioriteringar står i fokus (Andersson et al., 2016). Sjuksköterskor i Michael et al.'s (2016) studie beskrev att dokumentation, att lära sig behärska ny utrustning och nya behandlingssätt tog tid från att istället fokusera på patienten. Att göra upp en plan för omvårdnadsarbetet var i många fall omöjlig då planen sällan kunde fullföljas. Sjuksköterskorna upplevde att vård av en patient i livets slutskede ofta innebar mycket tidsåtgång hos den patienten. Det gjorde det komplext att hinna utföra omvårdnadsarbetet, särskilt när sjuksköterskan hade ansvar för fler svårt sjuka patienter samtidigt (Wallerstedt & Andershed, 2007; Arantzamendi et al., 2012). I Wallerstedt & Andershed's (2007) studie berättar en sjuksköterska att efter vissa arbetspass var det svårt att förstå hur denne ens hade tagit sig igenom arbetspasset och klarat av den påfrestande situationen. Prioriteringar i omvårdnadsarbetet ansågs vara till hjälp för att skapa mer tid (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Kunskap

Kunskapens betydelse inom palliativ vård togs upp i sex av tolv artiklar. Att använda sig av tidigare erfarenheter ansågs ha varit till hjälp för sjuksköterskor då kunskapen de redan hade kunde utnyttjas, exempelvis om de hade arbetat som undersköterskor tidigare. Då fanns redan förmågan att tillämpa vissa praktiska kunskaper, tekniker och procedurer som krävs för arbete nära patienter i livets slutskede (Garner et al., 2013). Erfarenhet inom omvårdnad har betydelse beträffande kunskapen kring ämnet, särskilt gällande fysiska och psykiska aspekter. De som visade sig ha bättre förståelse kring dessa var de som arbetat i 6 år eller mer. Överlag visade Hou et al.'s (2014) studie att endast 68 % av de arbetande sjuksköterskorna uppvisade adekvat kunskap om omvårdnaden. Andersson et al. (2016) påtalar att frustration fanns hos många sjuksköterskor då känslan av otillräcklighet och okunskap kring ämnet palliativ vård synliggjordes, vilket i sin tur påverkar kvaliteten av vården. De kan känna sig oförberedda på denna typ av vård.

En studie av Wallerstedt och Andershed (2007) visade att varje möte med patienter bidrog med en kontinuerlig utveckling av kunskap, både för sjuksköterskorna själva men även i framtida patientmöten. Detta kunde på sikt öka deras professionella förhållningssätt som i sin tur leder till ett självsäkert accepterande av utmaningar. Varje situation med svårt sjuka patienter och dess anhöriga är unik och en sjuksköterska ur studien som var osäker i sitt förhållningssätt upplevde att patienten och den anhörige hjälpte henne i situationen. Det som framkom utifrån detta var att sjuksköterskan kände att mötet var så pass naturligt att hon inte behövde tänka på sitt förhållningssätt (Wallerstedt & Andershed, 2007). Att arbeta nära döende och död ansågs vara utmanande, men samtidigt utvecklande för sjuksköterskan gällande självkännet och livserfarenhet (Andersson et al., 2016).

Acceptera döden

Många sjuksköterskor menar att döden bör ses som en del av livet, en normal process, för att kunna acceptera döden. Som strategi hjälpte det att tänka på att patienten levt ett långt liv och nu börjar lida av sitt sjukdomstillstånd, vilket gjorde att döden kunde accepteras som det bästa tänkbara för patienten. För att finna tröst i samband med döden ville sjuksköterskor rama in patientens fysiska tillstånd och den oundvikliga upplevelsen av döden. Vissa upplevde att de efter några års erfarenhet insåg att de måste acceptera att döden är utom deras kontroll och att

de gjort vad de kunnat. För att kunna separera känslorna från arbetet ansågs erfarenheten vara en bidragande faktor (Peterson et al., 2010).

Att söka stöd, tröst och råd från arbetskamrater var en vanlig strategi bland sjuksköterskor när det handlar om att hantera döden. Särskilt nya sjuksköterskor upplevde sig finna störst stöd och tröst av medarbetare. Det behövs utökad utbildning för sjuksköterskor som stödjer dem kring utformning av strategier för att ta hand om döende patienter samt hantering och resurser när patienten väl har dött (Peterson et al., 2010).

Enligt Mishelmovich et al. (2016) upplevde sjuksköterskor att det är svårare att acceptera döden när det handlar om en yngre person, då dessa oftast har en mer aktiv livsstil och upplever större förlust av att dö. Ibland jämförde sig sjuksköterskor med patienter som var i deras egen ålder vilket kunde leda till ångest och känslor gentemot patientens lidande som gjorde det svårare att acceptera döendet hos den patienten. Med erfarenhet i sin sjuksköterskeroll kunde de lära sig att acceptera sin egen dödlighet genom förmågan att känna patientens känslor samt att relatera till dem med medkänsla. Andersson et al. (2016) menar att döden är en del av livet och som sjuksköterska är det även en del av jobbet, något som inte går att undvika.

Utbildning

I flertalet, åtta av tolv artiklar, (Andersson et al., 2016; Garner et al., 2013; Wilson et al., 2016; Smith et al., 2009; Dillworth et al., 2015; Hou et al., 2014; Arantzamendi et al., 2012; White & Coyne, 2011) identifierades brist på utbildning för sjuksköterskor kring omvårdnaden inom palliativ vård. Utbildning är nödvändigt för att få stöd i beslutsprocesser i anknytning till vård i livets slutskede (Dillworth et al., 2015). Behovet om att minska luckorna i kunskap och skicklighet finns och för det krävs kontinuerlig utbildning inom livets slutskede (Hou et al., 2014).

Ur etiska aspekter är utbildning inom smärtlindring aktuell, då sjuksköterskor som ansvarar för en döende patient upplever ångest kring smärtlindringen av dessa patienter, då oron finns att de är undermedicinerade. I relation till hur generella mål ska tillämpas i praktiken till en specifik behandling är ännu en aspekt som sjuksköterskor finner förvirrande och behöver riktlinjer för (Smith et al., 2009). White och Coyne's (2011) studie bedömer att utbildning om symtomhantering är eftersläpande samt att fortsatta utbildningar bör finnas för att förbättra symtomhanteringen i syfte att lindra lidande. Själva planeringen av livets slutskede där

sjuksköterskans initiativ- och kommunikationsförmåga är av stor betydelse är också något som upplevdes utmanande. Detta initierar till mer utbildning och träning för att våga samt bemästra dessa utmaningar (Garner et al., 2013). Kliniska riktlinjer angående livets slutskede efterfrågas och behövs för att förbättra omvårdnaden i dessa situationer (Andersson et al., 2016). Om möjlighet till vidareutbildning finns för att bli specialist inom palliativ vård, skapas kunskap och trygghet i professionen (Wilson et al., 2016).

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden kring patienter i palliativ vård på vårdavdelning. Resultaten visade att många olika faktorer avgjorde hur sjuksköterskans upplevelser påverkades. Resultaten delades in i fyra kategorier med tillhörande subkategorier: *Kommunikationssvårigheter*: samarbete, vårdrelation, *Tids- och resursbrist*: påverkan på omvårdnadsarbetet, planering och prioritering, *Kunskap*: acceptera döden, samt *Utbildning*.

En återkommande faktor i litteraturoversiktens resultat var otillräcklighet (Andersson et al., 2016; Zeng et al., 2015; Arantzamendi et al., 2012; Dillworth et al., 2015; Michael et al., 2016; Garner et al., 2013; Wallerstedt & Andershed, 2007). Otillräcklighet framkommer bland annat på grund av tidsbrist och vid brist på kunskap, men även vid situationer där läkares kommunikation med patient och anhörig var bristfällig vilket ledde till att ansvaret föll över på sjuksköterskan. Sjuksköterskors vilja att ge en god vård i livets slutskede var övergripande, vilket kan kopplas till Hendersons teori om patienters grundläggande behov (Henderson, 1982), men återkommande tecken på okunskap och tid utgjorde ett hinder i viljan att göra gott. Känslan av otillräcklighet anknyts till sjuksköterskans vilja att göra mer, varpå sjuksköterskan stressar för att hinna/orka/kunna göra mer, vilket till slut kan resultera i utmattning.

Resultatdiskussion

Kommunikationssvårigheter

I litteraturoversiktens resultat visade sig brist i kommunikation mellan sjuksköterskan, patient, anhöriga, andra vårdprofessioner och vårdinstanser vara ett omfattande problem (Smith et al.,

2009). I bakgrunden beskrivs att palliativ vård ges när en botande vård inte längre kan uppnås. Henoch (2013) menar att målet istället blir att lindra patientens lidande och främja patientens livskvalitet. Resultatet menar att sjuksköterskan bör ha en god kommunikationsförmåga för att kunna ge patienten god omvårdnad (Wallerstedt och Andershed, 2007). Detta tyder på att bristande kommunikation gör det svårt att uppfylla målen för den palliativa vården. För att kunna ha en fungerande kommunikation är det viktigt att samarbete mellan sjuksköterskan och andra vårdprofessioner finns. Samarbete mellan vårdpersonal antyder Jakobsson et al. (2014) är en av de tre dimensioner i processen av palliativ vård som presenteras i bakgrunden.

Det som framkommer i resultatet är att samarbetet sjuksköterskorna emellan fungerade bra medan samarbetet med andra professioner, som läkare och verksamhetschefer, fungerade sämre (Wallerstedt & Andershed, 2007). Som beskrivet i bakgrunden ska ett brytpunktsamtal mellan läkare och patient förekomma för att ta ställning till fortsatt behandling i den palliativa vården (Socialstyrelsen, u.å). Sker inte detta brytpunktsamtal kan det bli sjuksköterskan som patienten vänder sig till för frågor och funderingar angående behandling, vilket inte ligger i sjuksköterskans ansvar. Vid dessa situationer är det förståeligt att upplevelse av stress och otillräcklighet uppstår hos sjuksköterskan. Kanske hade stöd från verksamhetschefer i detta fall varit till nytta. Resultatet visade dock att stödet från verksamhetschefer upplevdes otillräckligt (Wallerstedt och Andershed, 2007). Det tyder på att en förbättring i kommunikation och samarbete dem emellan hade varit aktuellt. En annan studie gjord av Thomson, Outram, Gilligan och Levette-Jones (2015) menar att det ofta finns okunnighet mellan olika professioners ansvarsområden. Det kan bidra till att professioner går ihop och tycker att andra professioner inte utför sitt arbete rätt. Det uppstår en minskad respekt och ett minskat förtroende för varandra, vilket påverkar samarbetet negativt (Thomson et al., 2015). Detta tyder på att förståelse för varandras professioner behöver skapas för att kunna förbättra kommunikationen och samarbetet och på så sätt bedriva en god och personcentrerad vård för patienten.

I bakgrunden påpekas stöd och skapandet av en vårdrelation till patient och anhöriga som en viktig del i sjuksköterskans ansvarsområde (Sand & Strang, 2013; Gröthe et al., 2013). I resultatet framkom att sjuksköterskor ansåg sig ha för lite kunskap i hur de ska kommunicera med patienter och anhöriga i palliativ vård. Det ledde till känslan av otillräcklighet i sitt professionella utförande, som skapade stress och ångest (Zheng et al., 2015; Garner et al., 2013). Mer träning och utbildning i kommunikation för sjuksköterskan upplevdes nödvändig för att uppnå en förbättring (Smith et al., 2009). Resultatet anser att erfarenhet är en

bidragande faktor i omvårdnadsarbetet och kan även vara en bidragande faktor i skapandet av en vårdrelation (Hou et al. (2014). Dock måste erfarenhet växa fram under en längre tid och som sjuksköterska kan det bli aktuellt att inse att en förbättring i kommunikationen kan, och kanske måste få, ta sin tid.

Tids- och resursbrist

Resultatet påpekar att brist på tid för sjuksköterskan att utföra omvårdnadsarbetet ofta uppstod (Wallerstedt & Andershed, 2007; Dillworth et al., 2015; Arantzamendi et al., 2012; Garner et al., 2013; Michael et al., 2016). En del av tiden kunde gå åt till att behärska ny utrustning, bekanta sig med nya behandlingssätt och att föra dokumentation. Sjuksköterskorna upplevde detta som nödvändigt samtidigt som de menade att den tiden hade behövts för att fokusera på patienten (Michael et al., 2016). Tidsbristen som uppstod gjorde det svårt att kunna observera alla de fysiska, psykiska, sociala och existentiella behoven hos patienten (Dillworth et al., 2015). De fysiska, psykiska, sociala och existentiella behoven beskrivs i en annan studie gjord av Kennedy et al. (2014) som de fyra typerna av lidande. Kan inte dessa behov observeras och lindras uppfylls inte heller WHO:s (2002) mening med den palliativa vården som är att lindra lidande och främja livskvalitet för patienten. Som stöd skulle tidigare beskrivna NVP kunna användas, som kan bidra till att den teoretiska kunskap som finns om omvårdnad i palliativ vård på ett enklare sätt kan omvandlas till klinisk praktik (Palliativt Utvecklingscentrum, u.å). Ytterligare ett stöd kan vara att använda sig av Hendersons teorier om människans grundläggande behov, för att säkerställa att patientens omvårdnadsbehov uppfylls (Henderson, 1982).

Sjuksköterskans engagemang i den palliativa vården beskrivs i bakgrunden ha en stor betydelse, där ett förebyggande arbetssätt belyses (Verschuur et al., 2014). För att ett förebyggande arbete skall kunna införas är det av vikt att den tid och de resurser som behövs finns. I resultatet framkommer dock att tids- och resursbrist var två av de främsta faktorerna som försvårade sjuksköterskans omvårdnadsarbete, där hög arbetsbelastning och brist på personal belystes som förekommande orsaker (Wallerstedt & Andershed, 2007; Garner et al., 2013). En sätt för att skapa mer tid ansågs vara prioriteringar i omvårdnadsarbetet enligt resultatet (Wallerstedt och Andershed, 2007). Vid prioriteringar i omvårdnadsarbetet skulle dock ett förebyggande arbete troligen prioriteras efter det som behövs göras för stunden, vilket tyder på att ett förebyggande arbetssätt kan vara svårt att tillämpa. Resultatet påpekar

att planering, som kan behövas vid prioritering, ofta var svår eftersom planen sällan kunde fullföljas (Michael et al., 2016).

Kunskap och utbildning

I bakgrunden belyses att det finns breda mål under begreppet "palliativ vård", som både kan menas som livsförlängande vård respektive lindrande av lidande i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013). Litteraturoversiktens resultat tyder på att vetenskapen om vilka sjuksköterskor som förstår skillnader kring dessa är okänd, men det bringar en möjlighet för utbildning inom ämnet. Det är av vikt att ha förståelse kring dessa mål och eventuella behandlingar för att kunna förbättra vården i sig. Fynd i resultatet föreslår att de som har kunskap bör ha en ledande roll kring framtida förbättringar inom den palliativa vården (Smith et al., 2009).

En studie i resultatet visade att endast 68 % av sjuksköterskorna hade adekvat kunskap kring palliativ omvårdnad (Hou et al., 2014), vilket kan underförstås som att omvårdnaden inte alltid blir korrekt. Sjuksköterskor upplevde att erfarenhet har betydelse beträffande kunskapen om omvårdnad och enligt resultatet belystes att de som hade förståelse och kunskap i fysiska och psykiska aspekter hade arbetat i 6 år eller mer (Garner et al., 2013). Vad som kan tolkas utifrån detta är att erfarenhet är något som tar tid att bygga upp och att alla någon gång är nya inom sin profession. Det är alltså inte konstigt att de som arbetat en längre tid har mer kunskap än de som är nya i professionen. En annan aspekt är att alla har ett ansvar att utvecklas inom sitt arbete (Bindon, 2017). Detta är något som ibland skrämmer sjuksköterskor, att de själva har ansvaret att hålla sig uppdaterade. Bindon (2017) menar att sjuksköterskans ansträngningar påverkas negativt beträffande tidsbrist, kostnadsfrågor samt tillgång av utbildningsresurser. Denna artikel påpekar behovet av fortlöpande utbildningar, eftersom professionell utveckling är av vikt inom hälso- sjukvården.

Enligt resultatet är brist på utbildning inom palliativ vård påtalande (Smith et al., 2009; Dillworth et al., 2015; Hou et al., 2014; Arantzamendi et al., 2012; White & Coyne, 2011). Utbildning är även återkommande och anses vara lösningen till de flesta brister. I och med att döden är en naturlig del av livet och att sjuksköterskor ofta möter dessa patienter i sitt arbetsliv anses detta vara viktigt att diskutera. I bakgrunden belystes att världens befolkningmängd ständigt ökar (Hench et al., 2016), vilket även medför att patienter i behov av palliativ vård ökar. Detta kan med andra ord betyda att stora delar av världens

befolkning inte kommer få de grundläggande omvårdnadsbehoven, som Hendersons teori beskriver (Henderson, 1982), tillgodosedda vid livets slutskede om inte utbildningen inom ämnet utökas och sker kontinuerligt. De utan erfarenhet kanske saknar den kompletta kliniska blick en sjuksköterska ska ha, där tecken och symtom kring behovet av palliativ vård förbises, vilket medför en försenad introduktion till palliativ vård och leder till onödigt lidande hos patienten. Resultatet visar att utbildning behövs för att sjuksköterskor ska kunna utforma strategier vid omhändertagande av döende samt resurser och hjälp till hantering när patienten har dött (Peterson et al., 2010).

Metoddiskussion

Arbetet utfördes som en litteraturöversikt, vilket sammanställer tidigare forskning kring ett specifikt område (Rosén, 2012; Polit & Beck, 2008; Friberg, 2012). Denna valda metod lämpas till litteraturöversiktens syfte som är att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter i palliativ vård på vårdavdelning. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar användes, vilket kan uppfattas som en styrka. De kvalitativa ger svar på en fördjupad förståelse kring sjuksköterskans upplevelser samtidigt som de kvantitativa ger ett bredare resultat beroende på ett större deltagarantal.

Något som kan tolkas som både positivt och negativt är de geografiska faktorerna i artiklarna. De som valdes ut till litteraturöversikten är spridda över hela världen. Detta kan ur en positiv bemärkelse ge ett brett resultat, men ur en negativ aspekt kan det innebära svårigheter att tolka och jämföra resultat, då socioekonomiska, kulturella samt religiösa omständigheter kan ha stor betydelse.

Tolv artiklar användes, vilka genomgick kvalitetsgranskning utifrån Forsberg och Wengström (2016) samt Willman et al.'s (2011) modifierade mall. Kvalitetsgraden på dessa ligger mellan 80 - 92 %, vilket innebär hög kvalitet och kan ses som en styrka då pålitligheten stärks. Ett större utbud av artiklar än de tolv som valdes, skulle kunna påverka resultatet då det hade gett en bredare uppfattning av sjuksköterskans upplevelse. Författarna valde att utesluta låg- och medelkvalitet på artiklarna, då de av hög kvalitet ansågs kunna besvara syftet, vilket då föll sig naturligt att välja bort de som var av lägre kvalitet. Resultatet skulle kunna ha påverkats om artiklar av medelkvalitet inkluderades, vilket kan yttra sig som en negativ vinkel i litteraturöversikten. Under arbetets gång har handledning förekommit, där handledare fått möjlighet att läsa och ge kritik och kommentera vad författarna har skrivit. Detta bör uppfattas

som en styrka då detta ökar litteraturöversiktens pålitlighet och för att författarnas förförståelse därmed inte bör påverka resultatet.

Databaserna som användes var Cinahl och PubMed, varav Cinahl var den som resulterade i flest artiklar till resultatet. Att begränsa sökningarna till två databaser kan ha påverkat litteraturöversikten då fler databaser skulle kunnat ge ytterligare grund till resultatet. Dessa kändes dock relevanta i förhållande till syftet och fler databaser skulle kunna resultera i samma svar på artiklar. Allteftersom sökningarna pågick utökades antalet sökord för att kunna finna det författarna sökte efter för att kunna besvara syftet. Analysmetoden innebar att sammanställa materialet och att tillämpa detta i kategorier. Författarna har först enskilt granskat artiklarna, för att sedan granska och jämföra dessa tillsammans, vilket kan stärka litteraturöversiktens trovärdighet. Utformning av kategorier utifrån artiklarna föreföll sig naturligt då likheterna kring sjuksköterskans upplevelser var påtagliga. Endast engelska artiklar valdes och översattes med hjälp av engelskt-svenskt lexikon samt Google Translate. En nackdel med utförandet av en litteraturöversikt är själva sammanställningen och tolkningen, vilket kan resultera i feltolkningar av resultatet. Översättningen gav även upphov till många diskussioner mellan författarna kring tolkningar, för att säkerställa förståelse och minska missuppfattningar i artiklarna.

Etikdiskussion

De valda artiklarna till resultatet ska i enlighet med Codex (2017) innehålla noggranna etiska överväganden eller vara godkända av etisk kommitté. Tanken var att endast inkludera artiklar som följde dessa krav, vilket uppnåddes. Under urvalsprocessen fann författarna att majoriteten av artiklarna var godkända av etisk kommitté. De resterande artiklarna innehöll noggranna etiska överväganden, vilket innebar att deltagarna fick information om studien och att deltagandet var frivilligt. De som deltog blev avidentifierade samt att studien var godkänd av institutionen som den utfördes på.

De artiklarna som valdes till resultatet har noggrant granskats och analyserats av båda författarna utifrån ett objektiva förhållningssätt, för att minska risken för inblandning av egna åsikter och värderingar. Detta gjordes både oberoende av varandra samt tillsammans. Artiklarna i resultatet härstammar från sex olika länder: Australien, USA, Sverige, England, Spanien och Kina. Detta ger ett begränsat mångkulturellt perspektiv och kan ses som en nackdel i denna litteraturöversikt.

Rollen som sjuksköterska innebär även ett etiskt ansvar som beskrivs i Svenska Sjuksköterskeföreningen's (2014) översatta version av ICNs etiska kod. De beskriver fyra grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskans som innebär att förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande. I den palliativa vården som inriktar sig på att främja hälsa och lindra lidande har således sjuksköterskan ett etiskt ansvar i omvårdnaden kring patienten i den palliativa vården.

Klinisk betydelse för samhället

Det beskrivs i litteraturöversikten att behovet av palliativ vård kommer att öka, i takt med att världens befolkning ständigt ökar. Detta i förhållande med att sjuksköterskor påpekar brist på kunskap inom området utgör ett hot mot framtida vården i livets slutskede. Det uppstår klart i denna litteraturöversikt att behov av utbildning behövs för att sjuksköterskor ska känna sig mer förberedda och mer säkra i sin profession, vilket i sin tur ökar patientens tillit och förtroende för sjuksköterskan. Utbildning bör även ske kontinuerligt för att följa utvecklingen inom hälso- sjukvården.

Denna litteraturöversikt uppmärksammar sjuksköterskans upplevelser samt vad som påverkar dessa. Litteraturöversikten skapar en förståelse för de problem som föreligger i samband med palliativ vård och detta bör tas i beaktande inom fortsatt utbildning till sjuksköterska, samt för de som redan är utbildade. Den brist på emotionellt stöd som sjuksköterskor upplever i samband med döende och död bör tas på allvar och utformning av strategier är av stor vikt. Litteraturöversikten bidrar med redskap som förslag till förbättring, exempelvis användandet av NVP, men fler aspekter bör förbättras. Sjuksköterskan påverkas även av attityder och förhållningssätt av läkare och verksamhetschefer, vilket tyder på att ytterligare undersökningar bör göras inom dessa områden för att identifiera bristerna kring vad som påverkar många andra professioner. Hälso- sjukvården och alla de berörda professioner som ingår i detta bör och ska sträva efter att fungera som ett team. Den uttalade tidsbristen inom sjuksköterskeyrket uppmanar till tydligare eller rent av förbättrade rutiner och ansvarsområden. Även detta för att ett fungerande team ska uppstå samt för att sjuksköterskan ska förmå sig att uppleva trygghet och ökad stolthet i sitt yrke.

Slutsats

Resultaten av denna litteraturöversikt beskriver sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad i palliativ vård samt att dessa påverkas av olika faktorer, vilka var kommunikationssvårigheter, tids- och resursbrist, kunskap och utbildning. Dessa faktorer var övergripande och påverkade varandra. Faktorerna förknippades ofta med känslan av otillräcklighet hos sjuksköterskor.

Att ha en fungerande kommunikation beskrevs som viktigt för att ett samarbete ska kunna fungera mellan sjuksköterskan och andra vårdprofessioner samt gentemot patient och anhörig. Vad som försvårar sjuksköterskans omvårdnadsarbete framkom i förhållande till tids- och resursbrist. Vad som istället upplevdes som underlättande var kunskap och erfarenhet i yrket, men erfarenhet tar tid att bygga vilket därför påtalar vikten av kontinuerlig utbildning inom palliativ vård. Utbildning identifierades som nödvändig kring de nämnda faktorerna och ansågs kunna lösa de flesta brister. Utökad utbildning möjliggör utveckling av kunskap för sjuksköterskan i sitt professionella förhållningssätt till omvårdnad av patienter i palliativ vård.

Förslag till vidare forskning

Författarna till litteraturöversikten uppmanar till vidare forskning inom palliativ vård med inriktning kring resurser som finns att tillgå, för att sprida de redan existerande tillvägagångssätten inom området. Forskning kring teamarbete inom hälso- sjukvård bör också utföras, för att undersöka brister och resurser för att kunna förbättra samarbetet mellan professioner och på avdelningar. Detta för att skapa en trygg och stabil arbetsplats, men även för att patienten ska få bästa möjliga vård av ett sammansvetsat team.

Denna litteraturöversikt grundar sig utifrån sjuksköterskan och dennes upplevelser kring palliativ vård. Det hade även varit intressant att undersöka detta ur patientens perspektiv, för att skapa en uppfattning av patientens upplevelser kring sjuksköterskans förmågor och attityder.

Referenser

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

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

Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M., & Richardson, A. (2012). Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring. *International Journal of Palliative Nursing* *8*(12), 597-605. doi: 10.12968/ijpn.2012.18.12.597

Bass, M. (2010). Anatomy and physiology of pain and the management of breakthrough pain in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, *16*(10), 486-492. Från <http://web.a.ebscohost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=29a0c266-7d01-435a-bde4-0bd25f86f2c3%40sessionmgr4010>

Bauer-Wu, S., Barrett, R. & Yeager, K. (2007) Spiritual perspective and practices at end-of-life: a review of the major world religions and application to palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, *13*(2), 53-58. Från <http://web.a.ebscohost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=59214d03-363e-47a5-a5bc-102e17e5a941%40sessionmgr4010>

Bindon, S. (2017). Professional Development Strategies to Enhance Nurses' Knowledge and Maintain Safe Practice. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, *106*(2), 99-110. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.002>

Bruce, A., Schreiber, R., Petroskaya, O., & Boston, P. (2011). Lounging for ground in a ground(less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. *Biomed Central Nursing*. *10*(2), 1-9. Från <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-10-2>

Codex. (2017). *Forskning som involverar människan*. Hämtad 28 november, 2017, från Codex, <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

- Dillworth, J., Dickson, V., Mueller, A., Shuluk, J., Yoon, H., & Capezuti, E. (2015). Nurses' perspectives: Hospitalized older patients and end-of-life decision-making. *British Association of Critical Care Nurses*, 21(2), 1-11. doi: 10.1111/nicc.12125
- Ellershaw, J., & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: The last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124925/pdf/30.pdf>
- Fernandes, B., Guedes, M., Silva, L., Borges, C., & Freitas, M. (2016). Nursing process based on Virginia Henderson applied for a working elderly. *Journal of Nursing*, 10(9), 3418-3425. doi: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201630
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Garner, K., Goodwin, J., McSweeney, J., & Kirchner, J. (2013). Nurse Executives' Perceptions of End-of-Life Care Provided in Hospitals. *Journal of Pain and Symptom Management* 45(2), 235-243. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.021
- Gröthe, Å., Biong, S., & Grov, E.K. (2013). Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit. *Cambridge University Press*, 13, 1547-1558. doi: 10.1017/S1478951513000825
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care in Cancer*, 22(10), 2775-2782. doi: 10.1007/s00520-014-2257-5
- Henderson, V. (1982). *Grund principer för patient vårdande verksamhet*. Stockholm: Liber.
- Henoch, I. (2013). Palliativ - En begreppsanalys. *Socialmedicinsk tidskrift* 90 (1), 6-17. Från <http://socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/view/957>
- Henoch, I., Carlander, I., Holm, M., James, I., Kenne Sarenmalm, E., Lundh Hagelind, C., Lind, S., ... Öhlen, J. (2016). Palliative Care Research - A Systematic Review of foci, designs

and methods of research conducted in Sweden between 2007 and 2012. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 5-25. doi: 10.1111/scs.12253

Hou, Y.-F., Zhao, A.-P., Feng, Y.-X., Cui, X.-N., Wang, L.-L., & Wang, L.-X. (2014). Nurses' knowledge and attitude on comfort nursing care for hospitalized patients. *International Journal of Nursing Practice* 20, 573-578. doi: 10.1111/ijn.12200

Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2014). Livets slutskede. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 179-212). Lund: Studentlitteratur.

Kavalieratos, D., Gelfman, P., Tycon, L., Riegel, B., Bekelman, D., Ikejiani, D., ... Arnold, R. (2017) Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(15), 1919-1930.
doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1016/j.jacc.2017.08.036>

Kennedy, C., Brooks-Young, P., Brunton-Grey, C., Larkin, P., Connolly, M., Wilde-Larsson, B., ...Chater, S. (2014). Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Journals*, 4(3), 263-270. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000621

Michael, N., O'Callaghan, C., Brooker, J., Walker, H., Hiscock, R., & Phillips, D. (2016). Introducing a model incorporating early integration of specialist palliative care: A qualitative research study of staff's perspectives. *Palliative Medicine*, 30(3), 303-312. doi: 10.1177/0269216315598069

Mishelmovich, N., Arber, A., & Odellius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurses specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 21, 153-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.006>

O'Grady, E., Dempsey, L., Fabby, C. (2012) Anger: a common form of psychological distress among patients at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 592-596. Från
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=108023801&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep644zOX0OLCmr0%2BepNSrqu4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpt0mwp7VQuePfgex44Dt6fIA>

Page, N. D. (2017). Integration of Specialized Pain Control Services in Palliative Care: A Nationwide Web-based Survey. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(2), 212-216. doi: 10.4103/0973-1075.204233

Palliativt utvecklingscentrum (u.å) Introduktion till Nationell Vårdplan för Palliativ vård - NVP [Broschyr]. Hämtad 27 november 2017. Lund: Palliativt utvecklingscentrum. Från: <http://palliativtutvecklingscentrum.se/vardpersonal/nationell-varldplan-nvp/>

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.-C., Kershek, S., Scherr, C., ... Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help?: A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9), 432-438. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.9.78636

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rattner, M. & Berzoff, J. (2016). Rethinking Suffering: Allowing for Suffering that is Intrinsic at End of Life. *Journal of Social Work in End of Life & Palliative Care*, 12(3), 240-258. DOI: 10.1080/15524256.2016.1200520

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. Hämtad 10 november, 2017, från Regionala cancercentrum i samverkan, <http://media.palliativ.se/2017/01/V%C3%A5rdprogram.pdf>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (1.uppl.) (s. 429-445) Lund: Studentlitteratur.

Sand, L. & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet: om existentiell kris och coping i palliativ vård*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur

Smith, A., Fisher, J., Schonberg, M., Pallin, D., Block, S., Forrow, L., ... McCarthy, E. (2009). Am I Doing the Right Thing?: Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 54(1), 86-93. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.08.022

Socialdepartementet. (2015). *Döden angår oss alla: Värdig vård vid livets slut*. Från <http://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

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

Socialstyrelsen. (2016). *Ny rekommendationer om vård i livets slutskede*. Hämtad 20 september, 2017, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/nyarekommendationeromvardilivetslutskede>

Socialstyrelsen. (2016). *Brytpunktssamtal*. Hämtad 10 november, 2017, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojaldre/brytpunktssamtal>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C., & Levette-Jones, T. (2015) Interprofessional Experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork and patient-centred care. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 634-640. doi: <http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.3109/13561820.2015.1040873>

Van Baarsen, B. (2008). Suffering, Loneliness, and the Euthanasia Choice: An Explorative Study. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(3), 189-213. doi: 10.1080/15524250902822366

Verschuur, E., Groot, M., & Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: A Dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245. Från

<http://web.a.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2a5530bf-4389-466e-a24b-979cd8d218ee%40sessionmgr4008>

Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(1), 32-40. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x

White, K., & Coyne, P (2011). Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of-life Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 711-717. doi: 10.1188/11.ONF.711-717

Widell, M. (2015). *Palliativ vård*. (1. uppl.) Stockholm: Sanoma utbildning.

Wiklund Gustin, L. (2014) Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.269-295). Lund: Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Wilson, O., Avalos, G., & Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing*, 25(11), 600-605. Från <http://web.b.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4e66b606-4de0-4f43-b4c4-2bc164a7b717%40sessionmgr101>

Woitha, K., Carrasco1, J., Clark, D., Lynch, T., Garralda, E., Martin-Moreno, J., & Centeno, C. (2016). Policy on palliative care in the WHO European region: an overview of progress since the Councils of Europe's (2003) recommendation 24. *European Journal of Public Health*. 26(2), 230-235. doi:10.1093/eurpub/ckv201

World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Guidelines*. Geneva. Från <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42494/1/9241545577.pdf>

World Health Organization. (u.å). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva. Från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index1.html>

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

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitativa studier

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

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

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

Bilaga 2. Granskningsmall för kvantitativa studier

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

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

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

Bilaga 3. Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. 2016 Sverige	To be involved: A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av omvårdnad av döende patienter på kirurgavdelning	Kvalitativ studie. Intervjuer.	6 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna var personligt påverkade och kände sig oförberedda att hantera döende patienter, beroende på brist på kunskap om palliativ vård.	84 %
Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M., & Richardson, A. 2012 Spanien	Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring	Att beskriva spanska sjuksköterskors beredskap i att ta hand om svårt sjuka patienter.	Kvantitativ studie. Observationer, intervjuer och undersökningar	22 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna upplevde kompetens att utöva fysisk vård, men inte emotionell vård. De kände brist på stöd vid omvårdnaden av svårt sjuka patienter.	80 %
Dillworth, J., Dickson, V., Mueller, A., Shuluk, J., Yoon, H., & Capezuti, E. 2015 USA	Nurses' perspectives: Hospitalized older patients and end-of-life decision-making	Att undersöka problem identifierade av sjuksköterskor, angående beslutstagande i vård i livets slutskede.	Kvantitativ studie. Undersökning	393 sjuksköterskor	Oenighet gällande mål i livets slutskede. Ineffektivt möte mellan läkare och patient samt anhörig. Brist på tid samt orealistiska förväntningar.	80 %
Garner, K., Goodwin, J., McSweeney, J., & Kirchner, J. 2013 USA	Nurse Executives' Perceptions of End-of-Life Care Provided in Hospitals	Att undersöka sjuksköterske chefers uppfattning av av palliativ vård i sjukhusmiljö.	Kvalitativ studie. Intervjuer.	10 sjuksköterske chefer.	Sjuksköterske cheferna belyste behovet av bättre kommunikation, utökad utbildning och mer resurser för att kunna ge en god palliativ vård.	88 %

Fortsättning bilaga 3

Artikelmatis

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Hou, Y.-F., Zhao, A.-P., Feng, Y.-X., Cui, X.-N., Wang, L.-L., & Wang, L.-X. 2014 Kina	Nurses' knowledge and attitude on comfort nursing care for hospitalized patients	Att undersöka sjuksköterskors kunskap och attityd om omvårdnad av patienter.	Kvantitativ studie. Undersökning	311 sjuksköterskor	Det är stora skillnader på kunskap mellan sjuksköterskor på olika avdelningar, gällande omvårdnad.	82 %
Michael, N., O'Callaghan, C., Brooker, J., Walker, H., Hiscock, R., & Phillips, D. 2016 Australien	Introducing a model incorporating early integration of specialist palliative care: A qualitative research study of staff's perspectives	Att undersöka personalens upplevelser av övergång från vård som är fokuserad på livets slutskede till specialistvård som omfattar tidig integration.	Kvalitativ studie. Intervjuer, fokusgrupper samt anonyma frågeformulär	32 medicin-, sjuksköterske- och administrativ-personal	Personalen betraktade inte den nya modellens som följsam till principerna i palliativ vård, då modellen innebar ett snabbare arbets sätt.	88 %
Mishelmovich, N., Arber, A., & Odellius, A. 2016 England	Breaking significant news: The experience of clinical nurses specialists in cancer and palliative care	Att undersöka upplevelser hos sjuksköterskor i palliativ vård, vid levererandet av signifikant meddelande till patienter med avancerad cancer.	Kvalitativ studie. Intervjuer.	10 specialistsjuksköterskor (ex. cancer).	Erfarna sjuksköterskor kände självsäkerhet i levererandet av signifikanta meddelanden till patienter. Det försvårades om det var till en yngre patient.	80 %
Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.- C., Kershek, S., Scherr, C., ... Pincon, D. 2010 USA	Where do nurses go for help?: A qualitative study of coping with death and dying	Att undersöka sjuksköterskors resurser för att kunna hantera döden av en patient.	Kvalitativ studie. Intervjuer och undersökningar	15 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter	Kommunikation med patienter och anhöriga samt med medarbetare är en stor del av stödprocessen. Att förstå resurserna sjuksköterskor har för att hantera döden är ett steg mot att hantera stressen för sjuksköterskor i livets slutskede.	84 %

Fortsättning bilaga 3

Artikelmatis

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod Design	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Smith, A., Fisher, J., Schonberg, M., Pallin, D., Block, S., Forrow, L., ... McCarthy, E. 2009 USA	Am I Doing the Right Thing?: Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department	Att undersöka attityder, upplevelser och tankar av sjukvårdspersonal om palliativ vård på akutvårdsavdelning.	Kvalitativ studie. Gruppintervju.	Totalt 26 deltagare, varav 6 sjuksköterskor.	Attityd- och strukturbarriärer behöver överkommas för att förbättra palliativ vård på akutvårdsavdelningar.	80 %
Wallerstedt, B., & Andershed, B. 2007 Sverige	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser om omvårdnad för döende patienter utan palliativa specialister.	Kvalitativ studie. Intervjuer.	9 sjuksköterskor	Ambitioner att ge vård av kvalitet fanns hos sjuksköterskorna, men de upplevde otillfredsställdhet p.g.a. otillräckligt samarbete, stöd, tid och resurser.	84 %
White, K., & Coyne, P 2011 USA	Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of- life Care	Att bedöma kompetensen som anses vara viktigast i vård i livets slutskede.	Kvantitativ studie. Frågeformulär.	714 sjuksköterskor	Symtomhantering anses vara den viktigaste kompetensen i vård i livets slutskede. Det finns luckor i utbildningen.	86 %
Zheng, R.-S., Guo, Q.- H., Dong, F.-Q., & Owens, R. G. 2015 Kina	Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study	Att klarlägga kinesiska sjuksköterskors upplevelse av omvårdnad av cancersjuka patienter.	Kvalitativ studie. Intervjuer.	28 sjuksköterskor	Villigheten hos sjuksköterskorna att utföra god palliativ vård fanns, men kvaliteten försämrades p.g.a. brist på kunskap och förtroende.	92 %