



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans roll och upplevelser vid vård i livets slutskede

En litteraturstudie

Maarit Eriksson & Camilla Höglund

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Kerstin Stake - Nilsson

Examinator: Josefin Westerberg Jacobsson

Sammanfattning

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid vård i livets slutskede. Syftet var även att värdera vilken betydelse datainsamlingsmetoden har för de inkluderade artiklarna.

Metod: Beskrivande litteraturstudie baserad på 13 vetenskapliga artiklar som söktes i databaserna Cinahl och PubMed via Högskolan i Gävle. En metodologisk granskning av de ingående artiklarnas datainsamlingsmetod genomfördes.

Resultat: Vård i livets slutskede krävde teamarbete där både vårdpersonal, patient och närstående ingår. Sjuksköterskans roll innefattade ett professionellt förhållningssätt där patient och närstående inkluderades som en helhet. Resultatet visade betydelsen av sjuksköterskans närvaro och lyhördhet i omvårdnaden men beskrev även vikten av att bevara en balans mellan närvaro och distans. Sjuksköterskans upplevelser innefattade både positiva och negativa upplevelser, vilket påverkade sjuksköterskan både i privat- och arbetslivet. Tidsbrist och otillräcklig kunskap upplevdes som hinder för att uppnå god vård. Vård i livets slutskede upplevdes även som unikt och ett privilegium som gav sjuksköterskorna en personlig utveckling. Semistrukturerade intervjuer förekom i 6 artiklar och resterande 7 artiklar använde ostrukturerade intervjuer.

Slutsats: Sjuksköterskans roll innefattar flera element och för att utöva god omvårdnad vid vård i livets slutskede krävs ett professionellt förhållningssätt. Vård i livets slutskede ger sjuksköterskan både positiva och negativa upplevelser. Vald datainsamlingsmetod i de inkluderade artiklarna ger djupare förståelse för det fenomen som studeras.

Nyckelord: Sjuksköterskans roll, upplevelse, vård i livets slutskede

Abstract

Aim: To describe the nurse's role and experiences of end-of-life care. The aim was also to value which significance data collection method have for the included articles.

Method: Descriptive study based on 13 scientific articles which were searched in the databases Cinahl and PubMed through the University of Gävle. Methodological examinations of the included articles data collection method were performed.

Results: End-of-life care required teamwork where healthcare professionals, patients and families are included. Nurse's role comprised a professional approach in which the dying patient and relatives were included as a whole. The results showed the importance of the nurse's presence and responsiveness of care but also described the importance of maintaining a balance between presence and distance. Nurses' experiences included both positive and negative experiences, which affected the nurse both in private and professional life. Lack of time and knowledge were experienced by nurses as barriers to achieve good care. End-of-life care was perceived also as unique and a privilege that gave nurses a personal development. Semistructured interviews occurred in 6 articles and the remaining 7 articles used unstructured interviews.

Conclusion: Nurses role includes several elements and to practice good care in end-of-life care requires a professional approach. End-of-life care give nurses both positive and negative experiences. Selected data collection method in the included articles provides a deeper understanding of the phenomenon being studied.

Keywords: End-of-life care, experience, nurses role

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Sjuksköterskans allmänna roll	1
1.2	Definition av begrepp	1
1.3	Palliativa vårdens två faser	2
1.4	Fyra hörnstenar i palliativ vård	2
1.5	Möjligheten till god död	2
1.6	Närståendes upplevelser av vård i livets slutskede	3
1.7	Högre livslängd och förändrad vårdmiljö	3
1.8	Utbildning i vård i livets slutskede	4
1.9	Problemformulering	4
1.10	Syfte och frågeställningar	4
2.	Metod	5
2.1	Design	5
2.2	Databaser och sökord	5
2.3	Urvalskriterier	5
2.4	Sökstrategi	5
2.5	Dataanalys	6
2.6	Forskningsetiska överväganden	6
3.	Resultat	7
3.1	Sjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede	7
3.1.1	<i>Omvårdnadsroll</i>	7
3.1.2	<i>Kommunikation</i>	9
3.1.3	<i>Samarbete</i>	10
3.2	Sjuksköterskans upplevelser vid vård i livets slutskede	11
3.2.1	<i>Personlig utveckling</i>	11

3.2.2 Tid/tidsbrist	11
3.2.3 Copingstrategier.....	12
3.2.4 Existentiella upplevelser	12
3.2.5 Emotionella upplevelser.....	13
3.3 Metodologisk aspekt	15
4 Diskussion.....	17
4.1 Huvudresultat	17
4.2 Resultatdiskussion.....	17
4.2.1 Sjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede	17
4.2.2 Sjuksköterskans upplevelser av vård i livets slutskede.....	21
4.2.3 Metodologisk aspekt.....	25
4.3 Metoddiskussion.....	27
4.4 Allmän diskussion	29
4.4.1 Slutsats	30
5. Referenser	31
Bilagor	

1 Introduktion

1.1 Sjuksköterskans allmänna roll.

Sjuksköterskans grundläggande arbete är att förebygga sjukdom, främja och återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2007). I ”*kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*” beskrivs hur sjuksköterskans omvårdnadsarbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt och grundas på vetenskaplig och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete styrs av olika lagar, författningar, föreskrifter samt andra riktlinjer (Socialstyrelsen 2005). I omvårdnadsarbetet ska sjuksköterskan verka för en miljö där mänskliga rättigheter, religion och värderingar respekteras hos varje individ. För att upprätthålla sin yrkeskompetens har sjuksköterskan ett personligt ansvar genom ett livslångt lärande. Sjuksköterskan har även ett ansvar i att utveckla omvårdnaden genom att ta del av ny evidensbaserad forskning (SSF 2007).

En svensk studie (Carlson *et al.* 2010) beskrev hur legitimerade sjuksköterskor handledde sina sjuksköterskestudenter till att utveckla sin professionalitet och självständighet i omvårdnaden. De handledande sjuksköterskorna beskrev omvårdnaden som ett yrke de skulle vara stolta över. I studien beskrevs sjuksköterskans roll som tre olika inriktningar: medicinsk/teknisk-, administrativ- och vårdande roll. Den medicinsk/tekniska rollen var en roll som upptog en stor del i sjuksköterskans dagliga arbete där sjuksköterskan gav läkemedel, hanterade medicinskteknisk apparatur och utförde provtagning m.m. I den administrativa rollen var dokumentation och rapportering en stor och viktig del i sjuksköterskans dagliga arbete där ingick även att planera och prioritera de omvårdnadsåtgärder som behövdes. I den vårdande rollen ingick omvårdnaden av patienten och inkluderade även kommunikation med patient och närstående (Carlson *et al.* 2010).

1.2 Definition av begrepp

Upplevelse definieras enligt Norstedts svenska synonymordbok (2001) som erfarenhet, äventyr, händelse tilldragelse och öden (Norstedts svenska synonymordbok 2001).

Närstående är en person som finns nära en person med vård- eller omvårdnadsbehov. Det kan vara en person med direkt släktskap, men kan även vara en granne, vän eller person från en utökad familj (Ehrenberg & Wallin 2009).

Ordet *palliativ* betyder lindra och bemantla. En förklaring till begreppet palliativ är ett medel som ger tillfällig lindring eller hjälp utan att eliminera det onda (Henoch 2002).

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar *palliativ vård* som ett förhållningssätt där målet är att förbättra livskvaliteten för patienter och närstående vid livshotande sjukdom. Genom att tidigt upptäcka och behandla smärta, fysiska, psykosociala och existentiella problem förebyggs samt lindras lidande (Sepúlveda *et al.* 2002).

1.3 Palliativa vårdens två faser

Den palliativa vården delas in i två faser, i den tidiga fasen är målet att främja högre livskvalitet hos patienten. I den avslutande sena fasen övergår målet istället till att lindra lidande och främja hög livskvalitet både för patient och närstående. Den sena fasen är det som benämns vård i livets slutskede (Vårdhandboken 2013, Socialstyrelsen 2013).

1.4 Fyra hörnstenar i palliativ vård

Socialstyrelsens definition av palliativ vård är hälso- och sjukvård i syfte att främja livskvaliteten och lindra lidande för patienter med fortskridande, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård innefattar också hänsyn av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ett organiserat stöd till närstående. Socialstyrelsen har formulerat fyra hörnstenar i palliativ vård; *kunskap*, *teamarbete*, *kommunikation* och *stöd till närstående*. Dessa hörnstenar utgår från människovärdesprincipen samt Världshälsoorganisationens (WHO) definition av palliativ vård (Socialstyrelsen 2013).

Första hörnstenen innefattar kunskap där det beskrivs hur sjuksköterskan behöver ha kunskap inom området för att uppnå god kontroll av olika symtom såsom oro, smärta och ångest. Teamet runt patienten är den andra hörnstenen där all personal arbetar tillsammans för att tillgodose patientens alla behov. Genom god kommunikation, som är den tredje hörnstenen, mellan vårdpersonal och patient/närstående är det lättare att bedriva palliativ vård. Den sista hörnstenen, stöd till närstående, är av stor vikt då den närstående har en betydande roll i den palliativa vården. Stödet till närstående är viktigt såväl både under sjukdomstiden som efter dödsfallet. Oavsett ålder och diagnos på patienten skall de fyra hörnstenarna ingå i arbetet med palliativa patienter (Socialstyrelsen 2006).

1.5 Möjligheten till god död

Andershed (2006) beskrev i sin studie att målet med den palliativa vården är att ge patienten en god död (Andershed 2006). En god död beskrev Socialstyrelsen (2013) som bibehållen

självbild och integritet, bevarande av sociala relationer, god symtomlindring samt möjlighet att se sammanhang och skapa mening fram till livets slut. Det nationella kunskapsstödet är till för att stödja vårdgivarna att utveckla palliativa vården, underlätta kvalitetssäkring och uppföljning samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Detta nationella kunskapsstöd tillsammans med det nationella vårdprogrammet för palliativ vård kompletterar varandra och utgör en gemensam grund för ett gott omhändertagande av personer som befinner sig i livets slutskede (Socialstyrelsen 2013).

1.6 Närståendes upplevelser av vård i livets slutskede

Närstående upplevde en ökad sårbarhet i samband med vård i livets slutskede. Många gånger kändes situationen betungande vilket gav negativa konsekvenser som oro, ångest, hjälplöshet och osäkerhet. Många närstående upplevde ett behov av att få vara närvarande när tiden för den döende patienten började närma sitt slut. Behovet av ett avslut och att säga farväl var viktigt för de närstående. En förtroendefull relation med sjuksköterskan upplevdes positivt av de närstående samt att de hade en gemensam syn på vården av den döende patienten. Den största stressfaktorn som närstående upplevde var dålig symtomlindring för den döende patienten. De närstående hade behov av att försäkra sig om att patienten fick god kvalitet på vården och att patientens önsknings respekterades. Närstående upplevde stöd och trygghet då sjukvårdspersonalen agerade utifrån patientens bästa (Andershed 2006).

Närståendes uppfattning om hur de såg på dödsögonblicket påverkades av hur de generellt upplevde omvårdnaden vid vård i livets slutskede. De närstående antog en förespråkande roll i omvårdnaden av den döende patienten och vårdpersonalens förhållningssätt avgjorde om de närstående kände tillit till personalen eller inte (Donnelly & Battley 2010). Närstående upplevde behovet av kommunikation som viktigt för en bättre förståelse av omvårdnaden av den döende patienten (Andershed 2006). Kontinuerlig information till närstående visade sig vara en viktig aspekt hos kvinnor som vakade hos sina män vid vård i livets slutskede, detta upplevdes dock ofta som bristfälligt. Då kvinnorna hade vetskap om makens tillstånd och hur vården planerades blev det enklare att acceptera och relatera till makens successiva försämring. Genom att närvara vid makens dödsbädd blev det lättare att acceptera makens död och kvinnorna blev stärkta i att leva vidare (Mossin & Landmark 2011).

1.7 Högre livslängd och förändrad vårdmiljö

Livslängden i Sverige är hög, vilket ställer höga krav på sjukvården och dess kvalitet på vård i livets slutskede (Jacobsson *et al.* 2006). Drygt 90 000 personer avled i Sverige år 2010 och av

dessa var cirka 80 procent i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen 2013). En svensk studie visade att 47 procent av palliativa patienter avlider på sjukhus och den vård som där bedrivs är många gånger inte utformad för att bemöta patientens enskilda behov (Jacobsson *et al.* 2006). Socialstyrelsens rapport visar dock att färre äldre dör på sjukhus och vården av svårt sjuka och döende patienter har istället flyttats till särskilda boenden eller till det ordinära boendet (Socialstyrelsen 2013).

1.8 Utbildning i vård i livets slutskede

Enligt Socialstyrelsen är vård i livets slutskede ett lågprioriterat område inom grundutbildningen för vårdpersonal. I sjuksköterskeprogrammet ingår utbildning i vård i livets slutskede och beroende på lärosäte varierar undervisningens omfattning. Dagens undervisning varierar från 3 timmar till 5 veckors obligatorisk undervisning och detta leder till att kompetensen inom området varierar. För att vård i livets slutskede ska få en starkare ställning anser Socialstyrelsen att kursprogrammen behöver ses över (Socialstyrelsen 2006).

1.9 Problemformulering

Oavsett arbetsplats kommer sjuksköterskan i kontakt med vård i livets slutskede. I mötet med den döende och dennes närstående är det av vikt att sjuksköterskor har kunskap om och förståelse för vård i livets slutskede. Att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt kan upplevas som svårt då dessa möten kan väcka personliga tankar och känslor hos sjuksköterskan. Genom ett bra omhändertagande av både patient och närstående kommer närstående lättare att hantera förlusten av den avlidne. Att göra den sista tiden i patientens liv så bra som möjligt kan vara både en utmaning och en upplevelse för sjuksköterskan. Sjuksköterskeutbildningen ger en viss inblick i vård i livets slutskede men den är långt ifrån optimal. Med denna litteraturstudie vill författarna tydliggöra sjuksköterskans roll och vilka upplevelser som kan uppstå vid vård i livets slutskede.

1.10 Syfte och frågeställningar

Syftet med litteraturstudien är att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid vård i livets slutskede. I litteraturstudien kommer även de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod att värderas.

- Vilken roll har sjuksköterskan vid vård i livets slutskede?
- Vilka upplevelser beskriver litteraturen att sjuksköterskor har av att vårda patienter vid vård i livets slutskede?
- Vilken betydelse har datainsamlingsmetoden för studierna i de valda artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck, 2012).

2.2 Databaser och sökord

Utifrån studiens syfte och frågeställningar användes sökorden *palliative care*, *terminal care*, *nurs**, *caring* och *experience*. Sökorden *palliative care* och *terminal care* är MeSH-termer. Ordet *nurs* avslutades med en trunkering för att inkludera alla böjningsformer. Dessa sökord kombinerades för en systematisk artikelsökning i databaserna Cinahl och PubMed via Högskolan i Gävle. Valda sökord söktes med fritextsökning i båda databaserna, i PubMed gjordes fritextsökning tillsammans med MeSH-termerna *palliative care* och *terminal care*. Booleska sökoperationen AND användes för att möjliggöra avgränsning i sökning (Forsberg & Wengström, 2013). De begränsningar (limits) som användes i båda databaserna var publikationsår 2003-2013. I Cinahl användes även begränsningen peer-reviewed. Sökningarna gjordes mellan 2013-08-28 - 2013-09-11.

Resultat av artikelsökning presenteras i tabell 1, se bilaga 1.

2.3 Urvalskriterier

Den föreliggande studiens inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapligt utformade och tillgängliga via Högskolan i Gävle. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats har inkluderats i sökningen. Artiklarna som söktes fram skulle svara på studiens syfte och vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2003-2013.

Exklusionskriterier var de artiklar som inte var gratis tillgängliga via Högskolan i Gävle, samt litteraturstudier. De artiklar som inte svarade på studiens syfte och frågeställning exkluderades ur studien.

2.4 Sökstrategi

Vid sökning i databaserna lästes samtliga titlar igenom. De titlar som ansågs vara relevanta för studien valdes ut för vidare läsning av abstract. Efter läsning av abstract diskuterades artikeln mellan författarna om den ansågs vara relevant för studien. Om de lästa abstracten ansågs svara på syftet lästes artikeln igenom i sin helhet. En gemensam genomgång gjordes av valda artiklar för att säkerställa att de svarade mot studiens syfte och frågeställningar. Detta resulterade i att 4 stycken artiklar exkluderades ur studien.

Denna sökstrategi resulterade i 11 stycken artiklar som inkluderades i studien då de svarade på studiens syfte och frågeställning. En manuell sökning gjordes i valda artiklars referenslistor

och resulterade i att ytterligare två artiklar inkluderades i studien. I föreliggande studie ingår slutligen 13 stycken artiklar där alla har en kvalitativ ansats.

2.5 Dataanalys

De inkluderade artiklarna lästes igenom i sin helhet av båda författarna och diskuterades därefter för att säkerställa att båda författarna har uppfattat artiklarna på likvärdigt sätt. Artiklarna numrerades 1-13 för en lättare överblick och bearbetning. De ingående artiklarna delades upp mellan författarna för fortsatt bearbetning. Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid vård i livets slutskede färgkodades de resultat som matchade syftet i två olika färger. De färgkodade resultatet i respektive artikel kopierades över i två nya dokument med artikelns numrering för fortsatt bearbetning. Denna sammanställning gav en bra överskådlighet och utgjorde även en möjlighet för att se likheter och olikheter i artiklarna. Denna bearbetningsmetod beskrivs som fördelaktigt då artiklarnas resultat blir mer överskådligt (Polit & Beck 2012). När materialet för sjuksköterskans roll bearbetades framträdde teman: omvårdnad, kommunikation och samarbete. Dessa teman fick utgöra underrubrikerna; *Omvårdnadsroll, kommunikation* och *samarbete* under huvudrubriken *Sjuksköterskan roll vid vård i livets slutskede*. Vid bearbetning av materialet angående sjuksköterskans upplevelser framträdde teman: personlig utveckling, tid, distans/copingstrategier, andligt och känslor. Dessa teman utgjorde underrubrikerna *personlig utveckling, tid/tidsbrist, copingstrategier, existentiella upplevelser* och *emotionella upplevelser* under huvudrubriken *Sjuksköterskans upplevelser av vård i livets slutskede*. En sammanställning av valda artiklars datainsamlingsmetod redovisas i löpande text under rubriken *Metodologisk aspekt*. Utifrån den metodologiska frågeställningen har de valda artiklarnas datainsamlingsmetod värderats för att se vilken betydelse datainsamlingsmetoden kan ha haft för artiklarnas resultat. Granskning av den metodologiska aspekten genomfördes med stöd från Forsberg och Wengström (2013), Olsson och Sörensen (2008) samt Polit och Beck (2012).

2.6 Forskningsetiska överväganden

En viktig aspekt i all vetenskaplig forskning är god etik och forskaren ska göra en grundlig redovisning av all resultat. Vid vetenskapliga studier ställs det krav på etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna har granskat och redovisat de inkluderade artiklarna på ett objektiva sätt utan hänsyn till egna åsikter och värderingar. I denna litteraturstudie har författarna varit noggrann med att inget plagiat förekommer.

3. Resultat

Resultatet i denna litteraturstudie utgörs av 13 artiklar som redovisas i löpande text under två huvudrubriker samt flera underrubriker som alla svarar på studiens syfte och frågeställningar.

En översikt av de inkluderade artiklarna redovisas i tabellform, se bilaga 2, tabell 2.

Studiens metodologiska frågeställning angående datainsamlingsmetod redovisas i löpande text under rubriken *Metodologisk aspekt*.

Palliativ vård benämns ofta som vård i livets slutskede (Socialstyrelsen 2006). Därför kommer författarna till föreliggande studie använda sig av begreppet vård i livet slutskede i resultatavsnittet.

3.1 Sjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede

3.1.1 Omvårdnadsroll

Sjuksköterskan bör skapa en förtroendefull relation med patienten (Iranmanesh *et al.* 2010), där ett bra bemötande och god omvårdnad ansågs ha en betydande roll i mötet med den döende och dennes närstående (Johansson & Lindahl 2011, Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007). För att få en bra kvalitet på omvårdnaden bör sjuksköterskan uppfylla patientens och närståendes behov och önskningar (Johansson & Lindahl 2011, Kongsuwan 2011, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007). Genom närvaro blev sjuksköterskorna medvetna om patientens oro, behov och önskningar när denne stod inför döden (Iranmanesh *et al.* 2010, Pavlish & Ceronsky 2009). Patienternas existentiella behov var något sjuksköterskorna respekterade och de andliga behoven var en viktig del i den vardagliga omvårdnaden (Iranmanesh *et al.* 2010). Dessa existentiella frågor ansågs lättare att lyfta fram om sjuksköterskorna själva hade reflekterat över dem (Johansson & Lindahl 2011).

När sjuksköterskan lyssnade, samtalade och använde beröring ökade samhörigheten mellan sjuksköterskan och patienten. Beröring som en del i omvårdnaden ansågs ha en läkande effekt på det emotionella planet för patienten (Iranmanesh *et al.* 2010, Kongsuwan 2011). Att skapa en lugn och harmonisk miljö runt den döende patienten ansågs vara en viktig del i omvårdnaden (Kongsuwan 2011). Bra symtomlindring skapade inte bara ett bra välbefinnande för patienten utan även för de närstående (Bloomer *et al.* 2013, Hopkinson *et al.* 2003, Mohan *et al.* 2005, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007, Boroujeni *et al.* 2008).

God kunskap var nödvändig för att kunna uppfylla patientens behov och önskemål (Johansson & Lindahl 2011, Mohan *et al.* 2005, Wallerstedt & Andershed 2007). Förutom kunskap krävdes ett djupt engagemang men detta innebar både för- och nackdelar för sjuksköterskans eget välmående (Wallerstedt & Andershed 2007). Många sjuksköterskor uppgav att de inte fått tillräckligt med kunskap under sjuksköterskeutbildningen och att kunskapen inhämtades genom erfarenhet (Nordgren & Olsson 2004).

För att upprätthålla en professionell roll i omvårdnaden var det viktigt att uppnå en balans mellan närvaro och distans till patienterna (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Boroujeni *et al.* 2008).

Med distans menades att inte bli för personligt engagerade i patientens och deras närståendes liv (Johansson & Lindahl 2011). Denna distans möjliggjorde sjuksköterskornas hantering av oro som uppkom i arbetet med döende människor (Iranmanesh *et al.* 2010).

Sjuksköterskorna beskrev sin vårdande roll som en person som hade förmågan att förändra sig inför varje möte med patienter och närstående. Det var viktigt att sätta sig in i olika situationer och snabbt växla mellan olika världar då det på en vårdavdelning vårdades både döende och kurativa (botande) patienter. Denna roll togs både medvetet och omedvetet av sjuksköterskan (Johansson & Lindahl 2011). Det var även viktigt att trösta och stötta närstående vid vård i livets slutskede då många olika känslor såsom sorg, ilska och förnekelse uppstod hos de närstående. Sjuksköterskorna menade att närståendes emotionella tillstånd kunde indirekt påverka den döende patienten (Kongsuwan 2011).

Sjuksköterskorna beskrev även betydelsen av att anpassa tiden för olika omvårdnadsåtgärder, dels för att respektera närståendes närvaro hos den döende samt för att bevara patientens integritet (Kongsuwan 2011, Nordgren & Olsson 2004). En aspekt vid vård i livets slutskede var att se patienten som en människa med en livsberättelse och inte som en döende kropp liggandes i sängen (Pavlish & Ceronsky 2009). I en thailändsk studie framkom vikten av fortsatt respekt när patienten har avlidit, denna respekt medförde ett mänskligt värde för den avlidne (Kongsuwan 2011).

Sjuksköterskorna beskrev slutligen att varje möte med patient och deras närstående gav dem ovärderlig erfarenhet och kunskap som de kunde ta med sig i möten med andra patienter. Denna kunskap och erfarenhet ökade även deras professionella säkerhet samt gav dem

trygghet och styrka i sjuksköterskerollen (Hopkinson *et al.* 2003, Iranmanesh *et al.* 2010, Wallerstedt & Andershed 2007).

Ökad kunskap kring vård i livets slutskede gav patienten ett bättre välbefinnande och ökad livskvalitet när döden närmade sig. Sjuksköterskorna framhävde att det alltid fanns något att göra för patienten vid vård i livets slutskede (Kongsuwan 2011, Pavlish & Ceronsky 2009).

3.1.2 Kommunikation

Kommunikation var en grundläggande arbetsuppgift och en stor del i sjuksköterskans omvårdnadsområde (Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Nordgren & Olsson 2004, Pavlish & Ceronsky 2009, Boroujeni *et al.* 2008) där lyhördhet, ärlighet och öppenhet var nyckelord för en lyckad kommunikation (Iranmanesh *et al.* 2010, Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskorna beskrev att den unika patienten och dess närstående räknades som en helhet (Iranmanesh *et al.* 2010, Kongsuwan 2011) varav kommunikationen förekom i närvaro av dem båda (Iranmanesh *et al.* 2010). För att uppnå en god kommunikation beskrevs även vikten av närvaro. När sjuksköterskan var närvarande i både kropp och själ i samtalet med patient och närstående skapades en förtroendefull relation mellan parterna (Bach *et al.* 2009, Pavlish & Ceronsky 2009). Aktivt lyssnande var betydande för en lyckad kommunikation och genom att sjuksköterskan lyssnade på tonfallet i konversationen med patienten och närstående fick hon/han mer information om vilket tillstånd de befann sig i (Bach *et al.* 2009, Johnston & Smith 2006). Vid vård i livets slutskede antog sjuksköterskan en förespråkande roll för säkerställande av att hänsyn togs till patientens behov (Pavlish & Ceronsky 2009).

Bach *et al.* (2009) beskrev hur vård i livets slutskede handlade mycket om känslor och tankar för den döende och dennes närstående. Sjuksköterskans arbetsuppgift blev att bekräfta deras känslor och behov (Bach *et al.* 2009). En tyst kommunikation sågs även mellan den medvetlösa patienten och sjuksköterskan då patientens kroppsspråk avslöjade olika känslor (Nordgren & Olsson 2004). Sjuksköterskorna beskrev hur de gav den medvetlösa patienten bekräftelse genom att hålla handen (Bach *et al.* 2009) då beröring ansågs vara en del av kommunikationen (Kongsuwan 2011).

Sjuksköterskorna använde ett strukturerat tillvägagångssätt i kommunikationen med närstående. Genom denna strukturering övervanns svårigheterna med att inte kunna svara på vissa frågor (Hopkinson *et al.* 2005). För att upprätthålla en viss distans begränsade sjuksköterskan sitt engagemang i samtalet med patient och närstående (Boroujeni *et al.* 2008).

Sjuksköterskorna beskrev hur de valde vilken information som delgavs till patient och närstående för att begränsa lidandet (Hopkinson *et al.* 2005, Mohan *et al.* 2005). Denna begränsning innebar minskat lidande även för sjuksköterskan (Mohan *et al.* 2005).

3.1.3 Samarbete

Sjuksköterskan sågs som spindeln i nätet då sjuksköterskan var den som var omvårdnadsansvarig för patienten (Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskorna beskrev vikten av teamarbete kring vården av den döende patienten. Med team menades de vårdprofessioner som var delaktiga i patientens vård (Bach *et al.* 2009, Iranmanesh *et al.* 2010, Johnston & Smith 2006, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007). Ett bra samarbete krävdes även med patient och närstående för att uppnå målet med en god död (Mohan *et al.* 2005, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007). Sjuksköterskorna uppfattade läkarnas engagemang gällande döende patienter som varierande och detta ansågs vara ett hinder i samarbetet. Sjuksköterskans bedömning och rapportering låg ofta till grund för läkarens beslut och ordinationer (Wallerstedt & Andershed 2007). Sjuksköterskan fungerade som en länk mellan patient/närstående och läkare gällande kommunikationen. Sjuksköterskan var ofta den som fick förklara och förtydliga den information som läkaren tidigare lämnat till närstående och patient (Bach *et al.* 2009).

I studien av Nordgren och Olsson (2004) beskrevs samarbetet mellan sjuksköterska och undersköterska som positivt då undersköterskorna ansågs ha god kunskap gällande basal omvårdnad. Undersköterskorna sågs därför som en tillgång och resurs i teamet runt den döende patienten. Att samordna diverse omvårdnadsåtgärder ansågs som viktigt för att den döende patienten och dess närstående skulle få lugn och ro på rummet (Nordgren & Olsson 2004). En studie gjord i Sverige och Iran (Iranmanesh *et al.* 2010) beskrev de svenska sjuksköterskorna hur ett bra samarbete med andra vårdprofessioner underlättade hanteringen av svåra situationer. Genom att de litade på varandra och delade samma värderingar resulterade detta i att patienten fick den bästa möjliga omvårdnaden. I samma studie framkom det att de iranska sjuksköterskorna däremot kände sig ensamma i arbetet och saknade stöd från sina kollegor (Iranmanesh *et al.* 2010).

Sjuksköterskorna rådfrågade de mer erfarna kollegorna på avdelningen när de kände sig osäkra i omvårdnaden kring den döende patienten (Hopkinson *et al.* 2003). Däremot framkom det i studien av Bloomer *et al.* (2013) hur de nyutbildade sjuksköterskor istället blev hänvisade att läsa de gällande riktlinjerna då de sökte råd av sina mer erfarna kollegor (Bloomer *et al.* 2013).

3.2 Sjuksköterskans upplevelser vid vård i livets slutskede

3.2.1 Personlig utveckling

Att vårda döende patienter upplevdes som energikrävande men det gav sjuksköterskan även en mening och en inre styrka i arbetet (Johansson & Lindahl 2011). I studien av Boroujeni *et al.* (2008) beskrevs vikten av att bevara en del av energin för att kunna hjälpa andra patienter (Boroujeni *et al.* 2008). Erfarenheterna av vårdandet gav sjuksköterskan en personlig utveckling (Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Wallerstedt & Andershed 2007) och även en större medvetenhet och insikt om det egna livet (Wallerstedt & Andershed 2007).

3.2.2 Tid/tidsbrist

Tillbringa tid hos den döende och dennes närstående var den viktigaste faktorn i omvårdnaden enligt Iranmanesh *et al.* (2010). Sjuksköterskan bör använda tiden tillsammans med patient och närstående effektivt då tiden i livets slutskede är begränsad (Iranmanesh *et al.* 2010, Kongsuwan 2011, Mohan *et al.* 2005). Sjuksköterskans erfarenhet av närståendes sorg visade att tiden då de vakat vid sin närståendes sida levde kvar i deras minnen. Sjuksköterskorna ansåg därför att denna period skulle göras så bra som möjligt för alla involverade (Bloomer *et al.* 2013).

Sjuksköterskorna upplevde tidsbristen som ett hinder för att utöva god omvårdnad (Hopkinson *et al.* 2003, Johansson & Lindahl 2011, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). Tidsbristen utgjorde även en stressfaktor hos sjuksköterskorna både på ett personligt plan och i arbetet (Wallerstedt & Andershed 2007). Ett sätt för sjuksköterskorna att hantera svåra situationer var att få stöd och råd av sina arbetskollegor men på grund av tidsbristen försvann ofta den möjligheten (Hopkinson *et al.* 2005). Vård i livets slutskede ansågs vara tidskrävande och detta upplevdes frustrerande då tiden till andra patienter inte räckte till (Hopkinson *et al.* 2003, Johansson & Lindahl 2011, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007).

Sjuksköterskorna upplevde även svårigheter med att vårda döende och kurativa patienter samtidigt (Johansson & Lindahl 2011, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). Båda patientgrupperna var tidskrävande vilket kunde utgöra hinder för att skapa djupare relationer med patient och närstående (Johansson & Lindahl 2011).

3.2.3 Copingstrategier

Ett flertal studier beskrev vikten av en värdefull relation mellan sjuksköterska och patient (Johnston & Smith 2006, Kongsuwan 2011). Denna relation ansåg sjuksköterskorna vara både positivt och negativt då risken var att sjuksköterskan blev för involverad i patientens liv (Hopkinson *et al.* 2003).

Sjuksköterskorna hade en viss emotionell distans till patienterna (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Boroujeni *et al.* 2008). Vissa sjuksköterskor upplevde denna distans som negativ för patienten men i själva verket utgjorde denna distans en möjlighet för att upprätthålla en professionell roll (Hopkinson *et al.* 2005). De svenska sjuksköterskorna i studien av Iranmanesh *et al.* (2010) beskrev detta distanstagande som ett verktyg för att hantera den oro som uppkom i samband med att vårda patienter i vård i livets slutskede (Iranmanesh *et al.* 2010). Sjuksköterskorna använde även humor som en copingstrategi för att få distans till arbetet (Bloomer *et al.* 2013, Hopkinson *et al.* 2005). Slutligen upplevde sjuksköterskorna att de hade behov av vägledning samt lära sig olika copingstrategier i arbetet med döende patienter (Mohan *et al.* 2005).

3.2.4 Existentiella upplevelser

I studien av Iranmanesh *et al.* (2010) upplevde de iranska sjuksköterskorna att deras religiösa tro var ett verktyg för att lättare kunna hantera olika situationer i arbetet med döende patienter. Deras andliga tro och religiösa övertygelser användes även som en copingstrategi. I samma studie framkom att de svenska sjuksköterskorna inte hade någon religiös tro att luta sig mot men fann en trygghet i vad den andliga tron gav patienterna (Iranmanesh *et al.* 2010). Detta andliga behov hos patienterna kunde dock skapa en professionell osäkerhet hos sjuksköterskorna (Johansson & Lindahl 2011) och de gånger behoven uppstod hänvisades patienten till en präst (Iranmanesh *et al.* 2010). I studien av Kongsuwan (2011) upplevde de thailändska sjuksköterskorna hur deras buddistiska tro var användbar i omvårdnaden av den döende. Sjuksköterskorna menade att dö med ångest och negativa känslor gav dålig karma och därför var önskan om en fridfull död viktig för alla buddister (Kongsuwan 2011).

3.2.5 Emotionella upplevelser

Sjuksköterskorna ansåg att det var en ära och ett privilegium att vårda en döende människa (Bloomer *et al.* 2013, Johansson & Lindahl 2011) och de upplevde en känsla av tillfredsställelse när de vårdat patienten efter dennes önskingar och behov (Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007). En känsla av tacksamhet upplevdes då sjuksköterskorna fick möjligheten att ge den döende patienten en värdig och god död (Johansson & Lindahl 2011).

Sjuksköterskorna hade en känsla av personligt välbefinnande när de upplevde att patienten och dennes närstående hade fått en god omvårdnad (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Kongsuwan 2011). För att upprätthålla sitt eget välbefinnande ansåg sjuksköterskorna det vara viktigt att få bekräftelse på att omvårdnaden var tillfredställande och denna respons gavs oftast av närstående (Hopkinson *et al.* 2005, Johansson & Lindahl 2011).

Sjuksköterskorna beskrev olika sätt att hantera sina känslor och svåra situationer i arbetet med patienter vid vård i livets slutskede. Genom att sysselsätta sig med andra arbetsuppgifter kunde sjuksköterskorna distrahera de upprörda känslorna som uppkom i vården av den döende (Hopkinson *et al.* 2005). Det var lättare att hantera förväntade dödsfall då sjuksköterskorna hade tid att förbereda sig inför dödsögonblicket (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005) och detta minskade stressen både för sjuksköterskorna och närstående (Hopkinson *et al.* 2005). När en patient avled hastigt var det svårt för sjuksköterskorna att acceptera händelsen och detta medförde att situationen fanns kvar i sjuksköterskans tankar även i privatlivet (Boroujeni *et al.* 2008).

Många sjuksköterskor upplevde sorg när de vårdade patienter vid vård i livets slutskede (Iranmanesh *et al.* 2010, Wallerstedt & Andershed 2007, Boroujeni *et al.* 2008).

Sjuksköterskorna beskrev påtaglig sorg då de identifierade sig med den döende patienten.

Detta kunde exempelvis vara om den döende patienten var i samma ålder som sjuksköterskan eller hade barn i samma ålder (Iranmanesh *et al.* 2010). När sjuksköterskan identifierade sig med patienten blev det svårare att släppa taget om patienten efteråt och detta resulterade även i att sjuksköterskan tog med sig arbetet hem (Wallerstedt & Andershed 2007).

Sjuksköterskorna upplevde blandade känslor när patienterna avled. Mindre erfarna sjuksköterskor visade lättare sina känslor och sörjde mer när deras patienter avled. De visade mer empati och medkänsla för patienterna och deras närstående (Boroujeni *et al.* 2008). Den mindre erfarna sjuksköterskan hade svårigheter med ett bredare perspektiv och att se helheten kring patienten (Bach *et al.* 2009).

De mer erfarna sjuksköterskorna var mer professionella då de var trygga med att de hade utfört en bra och god omvårdnad av den avlidne patienten. De erfarna sjuksköterskorna hade mer kunskap i dödsprocessen och var mer lyhörda. Dessa sjuksköterskor insåg även vikten av att behålla sin energi för att ha möjlighet att ge god omvårdnad åt andra patienter (Boroujeni *et al.* 2008).

Många sjuksköterskor beskrev en känsla av frustration i arbetet med döende patienter (Hopkinson *et al.* 2003, Iranmanesh *et al.* 2010, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). En känsla av otillräcklighet uppstod då sjuksköterskorna upplevde att omvårdnaden inte uppfyllde deras förväntningar av god omvårdnad (Johansson & Lindahl 2011, Wallerstedt & Andershed 2007). Andra känslor som uppkom i arbetet med döende patienter var hjälplöshet, skuld, osäkerhet och ilska (Bloomer *et al.* 2013, Hopkinson *et al.* 2003). Sömnlöshet var ett tecken på stress som sjuksköterskorna uppvisade i samband med vård av döende patienter (Hopkinson *et al.* 2003, Mohan *et al.* 2005, Boroujeni *et al.* 2008). Många dödsfall som inträffade inom en kort period upplevdes som stressande för sjuksköterskorna. Brist på stöd samt denna arbetsmiljö gjorde att sjuksköterskorna upplevde vården av döende patienter som en börda (Wallerstedt & Andershed 2007). Att stötta närstående vid vård i livets slutskede beskrevs som en svår arbetsuppgift (Bach *et al.* 2009, Hopkinson *et al.* 2003, Kongsuwan 2011, Mohan *et al.* 2005) och när närstående ansågs ha ett onödigt lidande upplevde sjuksköterskorna ilska (Hopkinson *et al.* 2003).

Sjuksköterskorna upplevde samarbetet med andra kollegor som en viktig del i det vardagliga arbetet (Hopkinson *et al.* 2003, Wallerstedt & Andershed 2007) och bristande samarbete mellan olika professioner inom vården skapade känslor av irritation (Wallerstedt & Andershed 2007). Stöttning och respons från andra kollegor upplevdes som positivt och var en hjälp i omvårdnaden av döende patienter (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005) där även kollegornas empati spelade en viktig roll (Boroujeni *et al.* 2008).

Några sjuksköterskor upplevde svårigheter med att vårda patienter i livets slutskede trots tidigare erfarenheter. En sjuksköterska beskrev hur obekvämt och svårt det var att vårda döende patienter och arbetsuppgiften sågs vara deprimerande och stressande (Bloomer *et al.* 2013). Däremot framkom i studierna av Wallerstedt och Andershed (2007) och Kongsuwan (2011) att sjuksköterskorna hade en positiv attityd och kände sig bekväm i arbetet med vård i livets slutskede (Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007).

Johansson och Lindahl (2011) beskrev i sin studie hur sjuksköterskorna upplevde att det var ett privilegium att möta patienter och deras närstående när döden var nära och livet var på väg att ebba ut (Johansson & Lindahl 2011).

3.3 Metodologisk aspekt

Författarna har valt att granska de inkluderade artiklarna i föreliggande studie avseende datainsamlingsmetod utifrån Forsberg och Wengström (2013), Olsson och Sörensen (2008) samt Polit och Beck (2012). Datainsamlingsmetoden har beskrivits i samtliga artiklar, dock med varierande noggrannhet.

Vald plats för utförande av intervju är av stor betydelse för resultatet i studien. Även hur lång tid intervjuerna har tagit påverkar resultatet, en kvalitativ intervju kan pågå i timtal (Polit & Beck 2012).

Av de inkluderade artiklarna var det sex stycken artiklar som beskrev var intervjuerna ägde rum, alla intervjuer utfördes på arbetsplatsen (Bach *et al.* 2009, Bloomer *et al.* 2013, Johansson & Lindahl 2011, Johnston & Smith 2006, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). Två av artiklarna har även angivit att de har utfört intervjuerna i ett tyst rum på arbetsplatsen (Bach *et al.* 2009, Johnston & Smith 2006).

Fem av de inkluderade artiklarna i föreliggande studie har inte angett hur lång tid intervjuerna har tagit (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Mohan *et al.* 2005, Pavlish & Ceronsky 2009, Boroujeni *et al.* 2008). Endast en av de inkluderade artiklarna har en varaktighet på intervjuerna längre än två timmar (Bloomer *et al.* 2013). En annan artikel har beskrivit att intervjuerna har tagit mellan 18-40 minuter (Bach *et al.* 2009). Resterande artiklar har beskrivit intervjutiden mellan 30-100 minuter (Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Johnston & Smith 2006, Kongsuwan 2011, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007).

Semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod förekom i 6 artiklar (Bach *et al.* 2009, Bloomer *et al.* 2013, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Pavlish & Ceronsky 2009, Boroujeni *et al.* 2008). Semistrukturerade intervjuer innebär att de genomförs med en struktur som anger de ämnesområden som studien ska omfatta. På vilket sätt frågorna ställs och ordning bestäms under intervjuens gång (Forsberg & Wengström 2013, Polit & Beck 2012).

Styrkan med semistrukturerade intervjuer är att homogeniteten ökar i dataansamlingen då ämnesområdena är förutbestämda. En svaghet med semistrukturerade intervjuer är att intervjuarens flexibilitet kan påverka att frågorna uppfattas på olika sätt av deltagaren vilket kan leda till en minskad homogenitet i insamlad data (Forsberg & Wengström 2013).

Mohan *et al.* (2005) använde sig av enkät samt uppföljande semistrukturerade intervjuer i sin studie (Mohan *et al.* 2005). Kvalitativa intervjuer är mer vanligt än enkäter vid kvalitativ forskning (Polit & Beck 2012).

Sju av de inkluderade artiklarna har använt sig av ostrukturerade intervjuer (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Johnston & Smith 2006, Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007). Vid ostrukturerade intervjuer uppmanas deltagaren att fritt berätta om ett eller flera teman. Forskningsfrågan styr intervjun och följdfrågorna skapas under tiden intervjun sker (Forsberg & Wengström 2013, Polit & Beck 2012). Styrkan med ostrukturerade intervjuer är att intervjun kan anpassas till deltagaren och situation samt att följdfrågorna blir mer relevanta. En svaghet är att den information som samlas in har en stor variation vilket kan leda till att dataanalys av informationen blir komplicerad (Forsberg & Wengström 2013).

Bloomer *et al.* (2013) gjorde en observationsstudie på sjuksköterskor som sedan följdes upp med fokusgruppsintervjuer. Avslutningsvis gjordes semistrukturerade intervjuer med enhetscheferna angående det resultat som framkom i observationerna och fokusgrupperna (Bloomer *et al.* 2013). En observationsstudie innebär att forskaren använder sig av observationer som en datainsamlingsmetod och genom ett systematiskt sätt via syn och hörsel samlas händelser i sitt naturliga sammanhang in. En observationsstudie kan ge en djupare förståelse för mänskligt beteende och sociala situationer och ger insikt i situationens komplexitet (Polit & Beck 2012).

En svaghet med observationsstudier är att observatören kan påverka den situation som ska observeras samt att objektiviteten uteblir. Med fokusgruppsintervjuer menas intervjuer med en liten grupp av människor om ett specifikt ämne. Fördelar med att använda sig av fokusgruppsintervjuer är att forskaren kan inhämta information av många under en kort tid. Nackdelar med fokusgrupper är att deltagarna kan bli påverkade av andra i gruppen och ge liknande svar eller att avvikande svar av rädsla inte uppges (Forsberg & Wengström 2013). Två av de inkluderade artiklarna använde sig av datainsamlingsmetod fokusgruppsintervju i deras studier (Bloomer *et al.* 2013, Pavlish & Ceronisky 2009).

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Huvudresultatet visade att vård i livets slutskede kräver ett teamarbete där både vårdpersonal, patient och närstående ingår. Sjuksköterskans roll innefattade ett professionellt förhållningssätt där den döende patienten och närstående inkluderades som en helhet.

Resultatet visade betydelsen av sjuksköterskans närvaro och lyhördhet i omvårdnaden men beskrev även vikten av att bevara en balans mellan närvaro och distans för att upprätthålla en professionell roll.

Sjuksköterskans upplevelser av vård i livets slutskede innefattade både positiva och negativa upplevelser, vilket påverkade sjuksköterskan både i privat- och arbetslivet. Tidsbrist och otillräcklig kunskap upplevdes av sjuksköterskorna som hinder för att uppnå god vård i livets slutskede. Vård i livets slutskede upplevdes även som unikt och ett privilegium som gav sjuksköterskorna en personlig utveckling.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Sjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede

Resultatet i föreliggande studie visade att ett bra bemötande och god omvårdnad ansågs ha en betydande roll i mötet med den döende patienten och dennes närstående (Johansson & Lindahl 2011, Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007). I resultatet framkom även vikten av att patientens och närståendes behov och önskningar uppfylldes. (Johansson & Lindahl 2011, Kongsuwan 2011, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007). Andershed (2006) beskrev även i sin studie hur god omvårdnad hade en betydande roll för de närståendes sätt att hantera den svåra situation de stod inför (Andershed 2006). För att uppnå god omvårdnad bör sjuksköterskan utgå från den enskilda patienten och dess närståendes önskningar (Socialstyrelsen 2004).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att god kunskap (Johansson & Lindahl 2011, Mohan *et al.* 2005, Wallerstedt & Andershed 2007) och djupt engagemang var nödvändig för att uppfylla patientens behov och önskningar (Wallerstedt & Andershed 2007). Vidare beskrev sjuksköterskorna hur de genom närvaro blev medvetna om patientens oro, behov och önskningar när denne stod inför döden (Iranmanesh *et al.* 2010, Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskan bör istället för att utgå från egna värderingar och tankar fråga efter patientens behov och sjuksköterskan kan genom att vara närvarande uppfylla en viktig stödjande funktion för såväl patient som närstående. För att stödja patienten och dess närstående kan det

räcka med fysisk närvaro där sjuksköterskan intar en aktiv passivitet med koncentration och förståelse utan att något synligt görs för omgivningen (Beck-Fris & Strang 2008). Den palliativa vården bygger på fyra hörnstenar där god kunskap är den första hörnstenen. För sjuksköterskan utgör hörnstenarna en bra grund i omvårdnadsarbetet. Med hjälp av god kunskap kan sjuksköterskan uppnå en bra symtomlindring för den döende patienten (Socialstyrelsen 2006).

I föreliggande studie framkom även hur ökad kunskap gav patienten ett bättre välbefinnande (Kongsuwan 2011, Pavlish & Ceronsky 2009) och hur arbetet med döende patienter gav sjuksköterskorna en ovärderlig erfarenhet och kunskap vilket även ökade deras trygghet i sjuksköterskerollen (Hopkinson *et al.* 2003, Iranmanesh *et al.* 2010, Wallerstedt & Andershed 2007). Tidigare forskning visade att sjuksköterskorna upplevde ett behov av kontinuerlig utbildning och handledning vid vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna hade en stark önskan om att utföra en god vård, men begränsningar i kunskap och kompetens påverkade patientens vård negativt (Parish *et al.* 2006). Som nyutexaminerad sjuksköterska kan bristfällig utbildning samt brist på kunskap och erfarenhet leda till att sjuksköterskan tvivlar på sin egen kompetens (Almås *et al.* 2011). Tidigare forskning har beskrivit hur de handledande sjuksköterskorna hjälpte sina sjuksköterskestudenter att växa in i rollen som sjuksköterska och utveckla sin kliniska kompetens. Förutom den kliniska kompetensen lärde sjuksköterskestudenterna sig att känna igen olika förändringar hos patienten (Carlson *et al.* 2010). För att upprätthålla sin yrkeskompetens har sjuksköterskan ett personligt ansvar genom ett livslångt lärande (SSF 2007). I ”kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska” anges att sjuksköterskan ska ha en förmåga att självständigt analysera sina styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen samt kontinuerligt engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling (Socialstyrelsen 2005).

Författarna till föreliggande studie anser att sjuksköterskan bör använda sig av kommunikation som en del i det dagliga omvårdnadsarbetet som en del i att upptäcka olika förändringar hos patienten (Almås *et al.* 2011).

Att kommunikation var viktig framkom i föreliggande studie (Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Nordgren & Olsson 2004, Pavlish & Ceronsky 2009, Boroujeni *et al.* 2008) där lyhördhet, ärlighet och öppenhet var nyckelord (Iranmanesh *et al.* 2010, Pavlish & Ceronsky 2009). En lyckad kommunikation sker i närvaro av både patient, närstående och sjuksköterska (Iranmanesh *et al.* 2010).

Detta stämmer överens med Socialstyrelsen (2013) som skriver om vikten av att kommunikationen anpassas efter patientens behov och förutsättningar då kommunikationen även anses vara symtomlindrande. Sjuksköterskan bör vara lättillgänglig, lyssna aktivt samt ge kontinuerlig information då patienterna upplevde detta som effektiv kommunikation (Socialstyrelsen 2013). Annan forskning visade hur de närstående upplevde att en ärlig och konkret information gav dem möjlighet att förbereda sig inför dödsögonblicket. Några närstående upplevde att information gavs regelbundet och naturligt av sjuksköterskorna medan andra upplevde att de fick efterfråga information själva (Mossin & Landmark 2010). Ytterligare annan forskning visade även hur de närstående upplevde brist på information från sjukhuspersonalen och hur de själva fick eftersöka information. Detta upplevde närstående svårt då de många gånger inte visste vad de skulle efterfråga (Andershed 2006). För att uppnå en bra vård i livets slutskede behöver sjuksköterskan ha en bra relation med patient och dess närstående. Sjuksköterskan bör eftersträva god kommunikation med patient och närstående då detta är en av hörnstenarna i palliativ vård (Socialstyrelsen 2006).

Vid vård i livets slutskede får närstående en betydande roll och det är sjuksköterskan ansvar att se till att närståendes behov blir tillgodosedda. Närstående har behov av kontinuerlig information och få känna delaktighet samt erbjudas samtal efter dödsfallet (Socialstyrelsen 2004). Det framkom även i föreliggande studie betydelsen av tidsanpassning för olika omvårdnadsåtgärder, detta för att respektera närståendes närvaro hos den döende samt för att bevara patientens integritet (Kongsuwan 2011, Nordgren & Olsson 2004). Tidigare forskning har visat att närstående upplevde en osäkerhet huruvida deras närvaro accepterades av vårdpersonalen eller inte (Mossin & Landmark 2011) och behovet av att få vara närvarande när tiden för den döende patienten började närma sitt slut (Andershed 2006). Som sjuksköterska är det viktigt att inkludera närstående i vården av den döende patienten och få dem att känna sig delaktiga då detta påverkar deras fortsatta sorgearbete (Beck-Fris & Strang 2008). Ytterligare forskning har beskrivit vikten av lyhördhet för hur mycket stöd närstående behöver för att i sin tur kunna stödja patienten både fysiskt, psykiskt och andligt. Nyutexaminerade sjuksköterskor upplevde svårigheter med att inkludera närstående i vården av den döende då de upplevde att de hade fått för lite utbildning i att kommunicera med närstående (Braun & Foster 2011).

Resultatet i föreliggande studie visade hur sjuksköterskorna tröstade och stöttade närstående vid vård i livets slut då många olika känslor uppstod (Kongsuwan 2011). Resultatet styrks av Socialstyrelsen som beskriver att stöd till närstående är lika viktig som stöd till patienten (Socialstyrelsen 2001). Tidigare forskning visade att sjuksköterskorna lyssnade samt bekräftade närståendes oro innan de gav råd och information (Braun & Foster 2011). Annan forskning har beskrivit närståendes upplevelse av stöd och hur de upplevde stöd från sjuksköterskorna när de blev sedd som en person med egen identitet och inte som en sörjande närstående. Deras sjukhusvistelse underlättades då de fick tillfälle att samtala om andra saker än om vården av den döende patienten (Andershed 2006). Sjuksköterskan bör ge information utifrån närståendes förutsättningar samt ta reda på vilka resurser som behövs för att stötta närstående på ett bra sätt. Detta leder till optimal vård för patienten (Braun & Foster 2011).

Vikten av att se patienten som en människa med en livsberättelse framkom i föreliggande studie (Pavlish & Ceronsky 2009) och där vikten av fortsatt respekt skapade ett mänskligt värde för den avlidne patienten (Kongsuwan 2011). Detta styrks av Almås *et al.* (2011) som beskrev hur döende patienter ska bli bemötta som en person med eget liv och mänskligt ansikte. En döende människa har behov av att uppleva att de betyder något samt att känna sig älskad och erkänd som en unik och värdefull människa (Almås *et al.* 2011). Författarna till föreliggande studie anser att som sjuksköterska bör respekt finnas med som en värdegrund i det dagliga arbetet och att varje möte med patient och närstående är unik. Om den enskilde människans integritet och respekt för alla människors lika värde förloras strider det mot Hälso- och Sjukvårdslagens mål. Sjukvårdens arbetsuppgifter ska utföras med respekt för den avlidne och de efterlevande ska visas omtanke och hänsyn (SFS 1982:763). Tidigare forskning har beskrivit hur närstående upplevde att sjuksköterskorna hade bristande respekt för den döende patienten, vilket skapade missnöje hos de närstående (Andershed 2006).

Det framkom i föreliggande studie hur sjuksköterskorna ansåg att patienternas existentiella behov var en viktig del i den vardagliga omvårdnaden (Iranmanesh *et al.* 2010) och de existentiella frågorna ansågs lättare att lyfta fram om sjuksköterskorna själva hade reflekterat över dem (Johansson & Lindahl 2011). Detta resultat styrks av Almås *et al.* (2011) som menade att grunden för sjuksköterskors förståelse och tillgodoseende av patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov är den helhetliga människosynen. En holistisk omvårdnad innebar förståelse av patientens religiösa, andliga och existentiella behov och sjuksköterskorna är moraliskt ålagda att erkänna och integrera patientens tro.

Som sjuksköterska bör en holistisk omvårdnad innebära mer än en anteckning i patientens journal om religiös tillhörighet eller förmedla behov av kontakt med präst (Almås *et al.* 2011). Annan forskning visade hur hantering och dokumentering kring patientens sociala och existentiella behov var bristfällig trots uppenbara behov (Parish *et al.* 2006). Författarna till föreliggande studie anser att detta kan bero på osäkerhet och otillräckliga kunskaper hos sjuksköterskan vilket även Almås *et al.* (2011) har beskrivit.

Resultatet i föreliggande studie visade att bra teamarbete var viktigt i vården av den döende patienten (Bach *et al.* 2009, Iranmanesh *et al.* 2010, Johnston & Smith 2006, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007). Detta styrks även i ”kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska” som beskriver att teamet bidrar till en helhetssyn på patienten och som sjuksköterska bör en förmåga att planera, informera, rådgöra och samverka med andra professioner finnas (Socialstyrelsen 2005). Det centrala för teamet är att samordna olika insatser som ges till patienten, genom denna samordning får patienten en god omvårdnad av alla i teamet (Socialstyrelsen 2013). I föreliggande studie framkom även att samarbete mellan närstående, patient och sjuksköterska var viktigt (Mohan *et al.* 2005, Pavlish & Ceronsky 2009, Wallerstedt & Andershed 2007) där den unika patienten och dess närstående räknades som en helhet (Iranmanesh *et al.* 2010, Kongsuwan 2011). Att patient och närstående ska ses som en helhet styrks även av Braun och Foster (2011) som i sin forskning har beskrivit hur vården inte blev optimal för patienten om de närstående inte inkluderades (Braun & Foster 2011).

4.2.2 Sjuksköterskans upplevelser av vård i livets slutskede

Tidsbristen framkom som ett hinder, i föreliggande studie, för att utöva god omvårdnad vid vård i livets slutskede (Hopkinson *et al.* 2003, Johansson & Lindahl 2011, Mohan *et al.* 2005, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007) och detta upplevde sjuksköterskan som en stressfaktor både i arbetet och på det personliga planet (Wallerstedt & Andershed 2007). Detta styrks av Almås *et al.* (2011) som beskrev hur tidsbrist var både psykiskt och fysiskt påfrestande för sjuksköterskan (Almås *et al.* 2011). Annan forskning visade att tidsbristen orsakade även etiska och moraliska konflikter hos sjuksköterskan (Georges & Grypdonck 2002). Ytterligare forskning ansåg stöd till närstående som viktig, men på grund av hög arbetsbelastning upplevde sjuksköterskorna att stödet till närstående uteblev (Braun & Foster 2011).

Som vårdpersonal har sjuksköterskan ett ansvar i att bedriva god vård, vilket bland annat innebär att sjuksköterskan ska vara lättillgänglig och främja för god kontakt med patienten (SFS 1982:763). Detta anser författarna till föreliggande studie kan skapa en etisk konflikt hos sjuksköterskan då omvårdnadsarbetet styrs av lagar och författningar, men oftast saknas resurser för en optimal vård. Vems ansvar blir det i slutändan?

Resultatet i föreliggande studie visade hur sjuksköterskorna hade en viss emotionell distans till patienterna (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Boroujeni *et al.* 2008) för att upprätthålla en professionell roll (Hopkinson *et al.* 2005). Denna distans beskrevs även i Almås *et al.* (2011) som skrev hur kontroll över sina känslor var en nödvändig del i sjuksköterskans professionalitet (Almås *et al.* 2011). Däremot framkom i annan forskning att distansering från patienten kunde skapa en moralisk och etisk konflikt hos sjuksköterskan. De gånger vården av den döende patienten inte uppfyllde sjuksköterskans värderingar var det lättare att inta en passiv roll och distansering för att lättare hantera den etiska konflikt som fanns (Georges & Grypdonck 2002). Dessa undvikande åtgärder beskrevs av Almås *et al.* (2011) som emotionsfokuserade strategier för att hantera svåra situationer och känslor, vilket är normalt (Almås *et al.* 2011). I föreliggande studie framkom även hur sjuksköterskorna sysselsatte sig med andra arbetsuppgifter (Hopkinson *et al.* 2005) eller använde sig av humor för att distansera sig från de upprörda känslorna som kunde uppkomma i arbetet med palliativa patienter (Bloomer *et al.* 2013, Hopkinson *et al.* 2005). Annan forskning har visat att även närstående använder sig av humor för hantering av svåra situationer (Donnelly & Battley 2010). Sjuksköterskan hanterar ofta svåra situationer i det dagliga arbetet vilket kan skapa många olika känslor och bör ha kunskap om olika copingstrategier. Det är även viktigt att sjuksköterskan aktivt söker efter strategier som är lämpliga utifrån sig själv (Almås *et al.* 2011).

Annan copingstrategi som framkom i den föreliggande studien var den religiösa tro och övertygelse sjuksköterskorna i Thailand och Iran hade. Den andliga tron sågs även som ett verktyg för god omvårdnad i livets slutskede (Iranmanesh *et al.* 2010, Kongsuwan 2011). Enligt Socialstyrelsen (2013) syftar palliativ vård till att lindra och förebygga lidande genom tidig upptäckt av existentiella problem. För att ge optimal vård ska sjuksköterskan utgå från den unika patienten och det är viktigt att patientens existentiella behov upptäcks och tillgodoses (Socialstyrelsen 2013).

Sjuksköterskan ska verka för en miljö där religion och sedvänjor respekteras (SSF 2007). Därför anser författarna till föreliggande studie att det är viktigt att sjuksköterskan själv har reflekterat över dessa frågor. Det framkommer dock i föreliggande studie att andliga behov hos patienterna skapade en professionell osäkerhet hos sjuksköterskorna (Johansson & Lindahl 2011) och hur sjuksköterskorna hänvisade patienten till en präst då dessa behov uppstod (Iranmanesh *et al.* 2010).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att vårda en döende människa ansågs som ett privilegium och en ära (Bloomer *et al.* 2013, Johansson & Lindahl 2011). Känslor av tillfredsställelse (Kongsuwan 2011, Wallerstedt & Andershed 2007), tacksamhet (Johansson & Lindahl 2011) och personligt välbefinnande upplevdes då patienten fick en god omvårdnad (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Kongsuwan 2011). Tidigare forskning visade att när sjuksköterskans egna värderingar om en god vård inte överensstämmer med verkligheten skapas etiska och moraliska dilemman vilket resulterar i negativa känslor (Georges & Grypdonck 2002). Detta kan ses i resultatet att sjuksköterskorna upplevde frustration (Hopkinson *et al.* 2003, Iranmanesh *et al.* 2010, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007) och otillräcklighet då omvårdnaden inte uppfyllde deras förväntningar av god omvårdnad (Johansson & Lindahl 2011, Wallerstedt & Andershed 2007).

Tidigare forskning visade att närståendes syn på god kvalitet på omvårdnaden var när den döende patientens önskningar och behov var respekterade och tillgodosedda. En god omvårdnad av den döende patienten gav även indirekt stöd till de närstående (Andershed 2006, Mossin & Landmark 2011). I resultatet framkom även hur stöd till närstående vid vård i livets slutskede ansågs vara en svår arbetsuppgift (Bach *et al.* 2009, Hopkinson *et al.* 2003, Kongsuwan 2011, Mohan *et al.* 2005). Braun och Foster (2011) har tidigare beskrivit hur vissa sjuksköterskor inte förstod vikten av vård till närstående och hur de föredrog att närstående inte skulle vara närvarande hos patienten (Braun & Foster 2011). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete vid vård i livets slutskede innefattar förutom den döende patienten även dess närstående. Inom den palliativa vården är stöd till närstående en viktig del och en av hörnstenarna. Sjuksköterskan bör avsätta tid för att stödja närstående, oavsett tidsåtgång. Det kan vara en svår och kunskapskrävande arbetsuppgift för sjuksköterskan att orka lyssna och stödja närstående i deras sorgearbete (Socialstyrelsen 2006).

Författarna till föreliggande studie anser att detta är en viktig del i sjuksköterskans arbete och bör därför erbjudas verktyg, till exempel handledning, för att hantera dessa svåra situationer. Annan forskning har beskrivit att behovet av stöd var det centrala för de närstående men trots detta upplevdes ofta brist på stöd och förståelse från vårdpersonalen (Andershed 2005).

De mindre erfarna sjuksköterskorna i föreliggande studie blev lättare känslsamma i deras arbete med döende patienter (Boroujeni *et al.* 2008). De hade även svårigheter med en helhetssyn kring patienten (Bach *et al.* 2009). Alla nyutexaminerade sjuksköterskor har ett stort behov av en bra introduktion och bör ges möjlighet att träna upp sin yrkesskicklighet innan de mest arbetskrävande uppgifterna utförs (Socialstyrelsen 2005). Detta anser författarna i föreliggande studie borde vara en självklarhet i yrket men tyvärr ser verkligheten annorlunda ut. De mer erfarna sjuksköterskorna i föreliggande studie var mer trygga i sin professionella sjuksköterskeroll och insåg vikten av att behålla sin energi för att räcka till åt andra patienter (Boroujeni *et al.* 2008). Detta styrks i tidigare forskning som har beskrivit hur nyutexaminerade sjuksköterskor upplevde svårigheter med vård i livets slutskede och brist på kompetens och arbetslivserfarenhet påverkade vården (Braun & Foster 2011, Georges & Grypdonck 2002). Georges och Grypdonck (2002) beskrev även hur brist på livserfarenhet gjorde sjuksköterskorna osäkra och de upplevde att denna osäkerhet utgjorde ett hinder för att de närstående ska känna tillit (Georges & Grypdonck 2002).

Vissa sjuksköterskor i föreliggande studie upplevde svårigheter med att vårda döende patienter trots tidigare erfarenhet och oavsett erfarenhet upplevdes arbetet med döende patienter vara deprimerande och stressande (Bloomer *et al.* 2013). Det framkom även hur dålig arbetsmiljö och brist på stöd gjorde att sjuksköterskorna upplevde vården av döende patienter som en börda (Wallerstedt & Andershed 2007). För att vara en bra sjuksköterska krävs kontinuerlig självreflektion och möjlighet till utveckling. Att arbeta med svårt sjuka och döende patienter kräver yrkesskicklighet, vilja och förmåga att ge av sig själv. För att möjliggöra detta behöver sjuksköterskan omsorg och stöd från sina kollegor och chef (Almås *et al.* 2011). I föreliggande studie beskrev sjuksköterskorna vikten om ett bra samarbete med andra kollegor (Hopkinson *et al.* 2003, Wallerstedt & Andershed 2007) där stöttning och respons var en hjälp i arbetet med döende patienter (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005).

Teamarbete är den andra hörnstenen i palliativ vård som beskriver hur vårdpersonal tillsammans arbetar för att tillgodose patientens behov, vilket författarna till föreliggande studie anser är en viktig del i arbetet med döende patienter (Socialstyrelsen 2001).

Slutligen visade resultatet i föreliggande studie att erfarenheterna av vårdandet av döende patienter gav sjuksköterskan en personlig utveckling (Hopkinson *et al.* 2005, Iranmanesh *et al.* 2010, Wallerstedt & Andershed 2007) och även en större medvetenhet och insikt om det egna livet (Wallerstedt & Andershed 2007). Detta framkommer även i tidigare forskning av Braun och Foster (2011) som beskrev hur arbetet med patienter och närstående var givande för sjuksköterskorna både på ett personligt och professionellt plan (Braun & Foster 2011).

4.2.3 Metodologisk aspekt

Endast sex artiklar beskrev var intervjuerna ägde rum (Bach *et al.* 2009, Bloomer *et al.* 2013, Johansson & Lindahl 2011, Johnston & Smith 2006, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). Val av plats har betydelse för intervjuerna och bör därför utföras i en ostörd miljö (Forsberg & Wengström 2013, Olsson & Sörensen 2008). Platsen de inkluderade artiklarna använde var deltagarnas arbetsplats och detta anser författarna till föreliggande studie kan påverka deltagarnas ärlighet och stressnivå. Att resterande sju artiklar inte beskriver plats för intervjuer kan anses som brist i studiernas metodavsnitt. Val av plats är inget som författarna till inkluderade artiklarna lyfter fram i sin diskussion. Som forskare och intervjuare är det viktigt att skapa en miljö som möjliggör att deltagaren känner sig trygg och bekväm. Det är även viktigt att intervjuaren har en balansgång mellan närhet och neutralitet till deltagarna. Intervjuaren behöver uppmuntra deltagaren under intervjun för att stimulera deltagarens tankegångar men ändå hålla en viss distans för att inte påverka resultatet från intervjun (Forsberg & Wengström 2013, Olsson & Sörensen 2008, Polit & Beck 2012).

Åtta av de inkluderade artiklarna har beskrivit varaktigheten på intervjuerna i deras metodavsnitt (Bloomer *et al.* 2013, Bach *et al.* 2009, Iranmanesh *et al.* 2010, Johansson & Lindahl 2011, Johnston & Smith 2006, Kongsuwan 2011, Nordgren & Olsson 2004, Wallerstedt & Andershed 2007). Kvalitativ insamlingsmetod i form av intervjuer är tidskrävande då datainsamling och dataanalys sker oftast samtidigt (Olsson & Sörensen 2008). Enligt Polit och Beck (2012) kan kvalitativa intervjuer pågå i timtal och det är viktigt att forskaren tar sig tid i början av intervjun att se till att deltagaren känner sig avslappnad och bekväm med situationen (Polit & Beck 2012). Det som författarna till föreliggande studie

anser vara anmärkningsvärt är att studien av Bach *et al.* (2009) har beskrivit att en intervju har pågått i 18 minuter, detta är inget som författarna har diskuterat i artikeln (Bach *et al.* 2009). De resterande fem av de ingående artiklarna har inte beskrivit hur lång tid deras intervjuer varade (Hopkinson *et al.* 2003, Hopkinson *et al.* 2005, Mohan *et al.* 2005, Pavlish & Ceronsky 2009, Boroujeni *et al.* 2008). Författarna till föreliggande studie anser att om varaktigheten på dessa intervjuer har varit lång skulle detta kunna stärka resultatet i artiklarna. Det går därför inte att avgöra om varaktigheten i studierna är en svaghet eller styrka.

De inkluderade artiklarna i föreliggande studie har använt sig av ostrukturerade eller semistrukturerade intervjuer. Detta anser författarna till föreliggande studie vara en styrka då strukturerade intervjuer ger svårigheter att variera intervjun utifrån situation. Författarnas åsikter styrks av Olsson och Sörensen (2008). En fördel med ostrukturerade och semistrukturerade intervjuer är att frågorna är mer öppna och kan ge många olika svar som kan öka förståelsen för det fenomen som studeras (Forsberg & Wengström 2013, Polit & Beck 2012). En nackdel är dock att intervjuaren kan påverka deltagaren (Sörensen & Olsson 2008).

Två av de inkluderade artiklarna använde sig av datainsamlingsmetod fokusgruppsintervju i deras studier (Bloomer *et al.* 2013, Pavlish & Ceronsky 2009). Detta anser författarna till föreliggande studie är ett bra sätt att samla in mycket information på kort tid. Risken med fokusgrupper är dock att dominanta deltagare kan styra diskussionen och relevant information uteblir, detta ställer höga krav på intervjuarna. Författarnas åsikter styrks av Olsson och Sörensen (2008) samt Polit och Beck (2012) som skrev att forskaren kan styras för mycket av dominanta deltagare i diskussionen samt att forskaren tappar neutraliteten under intervjun. För att minimera detta kan forskaren ha flera olika grupper för att få en bättre dynamik i gruppen (Olsson & Sörensen 2008, Polit & Beck 2012).

Bloomer *et al.* (2013) gjorde en observationsstudie på sjuksköterskor som sedan följdes upp med fokusgruppsintervjuer samt enskilda semistrukturerade intervjuer med enhetscheferna (Bloomer *et al.* 2013). Detta anser författarna till föreliggande studie är ett bra sätt för att utveckla en djupare förståelse för vad som skett under observationerna. Däremot hade det varit önskvärt att även enskilda intervjuer hade genomförts med de sjuksköterskor som observerats. Enligt Polit och Beck (2012) kan en observationsstudie ge djupare förståelse för mänskligt beteende och sociala situationer samt ger insikt i situationens komplexitet (Polit & Beck 2012).

4.3 Metoddiskussion

En litteraturstudie med beskrivande design valdes för en översikt av aktuell litteratur utifrån föreliggande studies syfte. Med litteraturstudie menas en sammanställning av aktuell forskning som finns beskrivet inom ett område (Polit & Beck 2012). Vid omvårdnadsforskning finns ett antal databaser att välja mellan vid artikelsökning (Forsberg & Wengström 2013). Författarna valde att använda sig av databaserna Cinahl och PubMed i föreliggande studie. Denna begränsning kan ses som en nackdel då sökning i flera databaser kan ha lett till att andra artiklar valdes ut. Författarna anser dock att databaserna Cinahl och PubMed gav tillräckligt stort utbud av artiklar för studiens syfte och frågeställningar.

Sökorden till föreliggande studie valdes utifrån studiens syfte och frågeställningar. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är ord utifrån frågeställningen ett vanligt sätt att välja olika sökbegrepp (Forsberg & Wengström 2013). En tänkbar möjlighet är att val av andra sökord har medfört ett annat resultat på artikelsökning. Då val av sökord i föreliggande studie gav ett brett resultat angående antal artiklar anser författarna att sökorden ändå var relevanta. Endast sökorden *palliative care* och *terminal care* är MeSH-termer, dessa valdes då detta är studiens huvudämne. Sökorden kombinerades med både MeSH-termer och fritext sökning i databaserna. Fritextsökning valdes för att få en så bred sökning som möjligt. Genom att kombinera sökorden med hjälp av den booleska sökoperationen AND avgränsades sökningen och resulterade i artiklar som var relevanta för studien. Enligt Forsberg och Wengström (2013) används booleska operatörer för att begränsa en sökning och sökoperationen AND ger ett smalare resultat (Forsberg & Wengström 2013). Detta anser författarna till föreliggande studie är en styrka då resultatet på artikelsökningen blir mer preciserat för föreliggande studies syfte.

I databasen Cinahl valdes begränsning (limits) peer-reviewed för att endast inkludera vetenskapliga artiklar. I PubMed fanns inte denna begränsning vilket utgjorde en risk för att icke vetenskapliga artiklar kunde komma att inkluderas i studien. Författarna till föreliggande studie har haft i åtanke att icke-vetenskapliga artiklar kan förekomma i båda databaserna och för att minimera risken har utformningen på valda artiklarna diskuterats mellan författarna.

Studiens inklusionskriterier var publikationsår, tillgängliga via Högskolan i Gävle samt att artiklarna skulle svara på studiens syfte. Författarna valde att använda sig av publikations år 2003-2013 då detta ansågs som en lämplig begränsning då forskningsresultaten fortfarande är förhållandevis aktuella. Denna begränsning kan dock ha lett till att forskning som är

presenterad före år 2003 men fortfarande är aktuell kan ha uteslutits. Ingen begränsning gällande ansats har gjorts i artikelsökningen. Då sjuksköterskans roll i vård i livets slutskede kan beskrivas med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes båda ansatserna i sökningen.

Vid sökning i databaserna läste båda författarna artiklarnas titlar för ett första urval. Denna metod ansågs som nödvändig för begränsning av antal artiklar. Då val av artiklar skedde utifrån titel kan detta ha resulterat i att författarna har gått miste om relevanta artiklar. De artiklar som ansågs relevanta utifrån titel valdes vidare ut för läsning av abstract. Läsning av valda abstract gjordes av båda författarna vilket anses av författarna vara en styrka i val av artiklar. De artiklar vars abstract svarade mot studiens syfte och frågeställning valdes sedan ut för vidare läsning. Författarna valde att göra en gemensam genomgång av valda artiklar för att säkerställa att artiklarna har uppfattats på liknande sätt och att de svarade mot studiens syfte och frågeställning. Denna sökstrategi utgjorde en noggrannhet och kan ses som en styrka i föreliggande studie. En svaghet i föreliggande studie är att författarna har svenska som modersmål vilket kan leda till en risk för feltolkningar då de inkluderade artiklarna är skrivna på engelska. Författarna har försökt minimera denna risk genom att artiklarna bearbetades av båda författarna ett flertal gånger. Den gemensamma genomgången av artiklarna var ytterligare ett sätt att minimera risken för feltolkning. Vid den gemensamma genomgången exkluderas fyra artiklar då de inte svarade på studiens syfte. Denna exkludering av artiklar anser författarna vara en styrka då det visar att författarna kontinuerligt granskar all data mot studiens syfte och frågeställning. Denna sökning resulterade i 11 artiklar vilket författarna ansåg var för få varav en manuell sökning i valda artiklars referenslistor gjordes.

De 13 artiklar som slutligen inkluderades i studien delades upp mellan författarna för fortsatt bearbetning. Vid analys av valda artiklars resultat färgkodades det resultat som matchade syftet i två olika färger och kopierades för sammanställning till ett nytt dokument. Författarna beaktade att en uppdelning av artiklar kan ses som en svaghet i dataanalysmetoden varav kontinuerliga diskussioner angående artiklarnas resultat genomfördes mellan författarna. Denna bearbetningsmetod av artiklarnas resultat beskrevs som fördelaktigt av Polit och Beck (2012). Datainsamlingsmetod valdes som metodologisk aspekt då författarna ansåg att denna metod kan vara avgörande för studiens resultat. Författarna till föreliggande studie har granskat de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod och värderat vilken betydelse de kan ha haft för artiklarnas resultat.

4.4 Allmän diskussion

Syftet var att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid vård i livets slutskede. De inkluderade artiklarna representerar många länder på flera kontinenter vilket författarna till föreliggande studie anser tyder på att sjuksköterskor i olika delar av världen upplever vård i livets slutskede på ett liknande sätt. Socialstyrelsen (2013) har nyligen gett ut nationellt kunskapsstöd för att stödja vårdgivarna i arbetet med palliativ vård och hur det ska bedrivas på lika villkor oavsett vart i landet man bor (Socialstyrelsen 2013), detta styrker att arbetet med vård i livets slutskede är viktigt och ett högprioriterat ämne.

Resultatet påvisade hur sjuksköterskorna antog en viss distanserad hållning mot den döende patienten och dess närstående för att upprätthålla en professionell roll. Författarna diskuterade resultatet sinsemellan och en tänkbar anledning till distanstagandet kan vara osäkerhet hos sjuksköterskan. I resultatet framkom även hur en sjuksköterska upplevde arbetet med döende patienter som deprimerande och obekvämt oavsett erfarenhet. Det är anmärkningsvärt att detta inte framkommer mer i de inkluderade artiklarna eller i annan forskning då författarna förmodar att detta är mer förekommande än det som beskrivits. Då arbetet med vård i livets slutskede kan skapa osäkerhet anser författarna att stöd och handledning i ämnet är av stor vikt. Författarna anser att utbildningen inom vård i livets slutskede bör förbättras för att stärka blivande sjuksköterskor i sin profession.

För att öka förståelsen och kunskapen kring vård i livets slutskede anser författarna att det vore önskvärt att göra observationsstudier med uppföljande intervjuer med sjuksköterskor och närstående för att se hur vården i livets slutskede verkligen fungerar och vad som kan förbättras. Det vore även önskvärt om studier gjordes för att se om och hur handledning och stöd till sjuksköterskor påverkade patientens vård i livets slutskede.

Författarna har en önskan om att föreliggande studie kan ses som en vägledning i arbetet med vård i livets slutskede. Genom att ta del av föreliggande studies resultat kan sjuksköterskan öka sin medvetenhet och kunskap. Vård i livets slutskede är både krävande och givande för sjuksköterskan och författarna anser att om arbetet utgår från de fyra hörnstenarna; kunskap, teamarbete, kommunikation och stöd till närstående, har sjuksköterskan en grund att luta sig mot. Slutligen anser författarna att resultatet i föreliggande studie visar hur viktigt och betydelsefullt arbetet med vård i livets slutskede är samt vilken betydande roll sjuksköterskan har i mötet med den döende patienten och dess närstående.

4.4.1 Slutsats

Resultatet i föreliggande studie visar att vård i livets slutskede kräver ett bra samarbete mellan vårdpersonal, patient och närstående för att uppfylla målet med en god död. Sjuksköterskor har en hög ambition att utföra god omvårdnad vid vård i livets slutskede, men upplevde att tiden inte räcker till. Sjuksköterskans roll innefattar flera element och för att utöva god omvårdnad krävs ett professionellt förhållningssätt. Vård i livets slutskede innebär både positiva och negativa upplevelser för sjuksköterskan, vilket kan ge påverkan både på arbets- och privatlivet. Vård i livets slutskede anses slutligen även som något unikt och ett privilegium vilket ger sjuksköterskan en personlig utveckling.

5. Referenser

Artiklar markerade med * är de artiklar som ingår i föreliggande studies resultatavsnitt.

Almås H., Stubberud D.G. & Grønseth R. (red.) (2011) *Klinisk omvårdnad*. 2, 2. [uppdaterade] uppl. Liber, Stockholm.

Andershed B. (2006) Relatives in end-of-life care – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *Journal of Clinical Nursing* **15**, 1158-1169.

* Bach V., Ploeg J. & Black M. (2009) Nursing Roles in End-of-Life Decision Making in Critical Care Settings. *Western Journal of Nursing Research* **31**(4), 496-512.

Beck-Friis B. & Strang P. (red.) (2005) *Palliativ medicin*, 3.uppl. Liber, Stockholm.

* Bloomer M., Edacott R., O'Connor M. & Cross W. (2013) The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine* **27**(8), 757-764.

* Boroujeni Zargham A., Mohammadi R., Oskouie S.F. & Sandberg J. (2008) Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing* **18**, 2329-2336.

Braun V.F. & Foster C.F. (2011) Family nursing: Walking the Talk. *Nurs Forum* **46**(1), 11-21.

Carlson E., Pilhammar E. & Wann-Hansson C. (2010) "This is nursing": Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurse Education Today* **30**, 763-767.

Donnelly S. & Battley J. (2010) Relatives' experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *Mortality* **15**(1), 81-100.

Ehrenberg A. & Wallin L. (2009) *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*, 1.uppl. Studentlitteratur, Lund.

Forsberg C. & Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3.uppl. Natur & Kultur, Stockholm.

Georges J.J. & Grypdonck M. (2002) Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nurs Ethics* **9**(2), 155-78.

Henoch I. (2002) Palliativ - en begreppsanalys. *Vård i Norden* **22**(3), 10-14.

* Hopkinson J.B., Hallett C.E. & Luker K.A.(2003) Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing* **44**(5), 523-533.

* Hopkinson J.B., Hallett C.E. & Luker K.A.(2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies* **42**(2), 125-133.

* Iranmanesh S., Axelsson K., Sävenstedt S. & Häggström T. (2010) Caring for Dying and Meeting Death: Experiences of Iranian and Swedish Nurses. *Indian Journal of Palliative Care* **16**(2), 90-96.

Jacobsson E., Johnsson T., Persson L-O. & Gaston-Johanson F. (2006) End-of-life in a Swedish population: demographics, social conditions and characteristics of places of death. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **20**(1), 10-17.

* Johansson K. & Lindahl B. (2011) Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospital. *Journal of Clinical Nursing* **21**, 2034-2043.

* Johnston B. & Smith L. (2006) Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing* **54**(6),700-709.

* Kungsuwan W.(2011) Thai Nurses' Experience of Caring for Persons Who Had a Peaceful Death in Intensive Care Units. *Nursing Science Quarterly* **24**(4), 377-384.

* Mohan S., Wilkes L.M., Ogunsiji O. & Walker A. (2005) Caring for patients with cancer in non-specialists wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care* **14**, 256-263.

Mossin H. & Landmark B.T.H. (2011) Being present in hospital when the patient is dying – A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing* **15**(5), 382-389.

* Nordgren L. & Olsson H. (2004) Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* **13**, 185-193.

Norstedts svenska synonymordbok (2001) *Ord för ord*, 4.uppl. Norstedts Förlag, Stockholm.

Olsson H. & Sörensen S. (2008) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*, 2.uppl. Liber, Stockholm.

Parish K., Glaetzer K., Grbich C., Hammond L., Hegarty M. & McHugh A. (2006) Dying for attention: palliative care in the acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing* **24**(2), 21-25.

* Pavlish C. & Ceronsky L. (2009) Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* **13**(4), 404-412.

Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9.uppl. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T. & Ullrich A. (2002) Palliative Care: The World Health Organisation's Global Perspective. *Journal of Pain & Symptom Management* **24**(2), 91-96.

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

Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ den 25 september 2013.

Socialstyrelsen (2004) *God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10433/2004-123-9_200412391.pdf den 29 september 2013.

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 29 september 2013.

Socialstyrelsen (2006) *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf den 25 september 2013.

Socialstyrelsen (2013) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/nyarekommendationeromvardilivetsslutskede> den 25 september 2013.

Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm. Hämtad från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> den 23 september 2013.

* 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**, 32-40.

Vårdhandboken (2013) *Vård i livets slutskede och dödsfall*. Inera AB (Sveriges kommuner och landsting). Hämtad från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/Oversikt/> den 14 oktober 2013.

Bilaga 1. Tabell 1 Utfall av artikelsökning

Databas	Söktermer	Antal träffar (med limits)	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Valda källor (exkl. dubletter)
CINAHL	palliative care AND nurs* AND caring	388	388	170	2
CINAHL	palliative care AND nurs* AND caring AND experience	115	115	40	1
PubMed	palliative care (MeSH) AND nurs* AND caring	577	577	210	2
PubMed	terminal care (MeSH) AND nurs* AND caring	556	556	190	3
PubMed	palliative care(MeSH) AND nurs* AND caring AND experience	160	160	83	3
Manuell sökning	Relevans för syfte och frågeställningar				2
Totalt antal artiklar					13

Bilaga 2. Tabell nr2. Översikt av de inkluderade artiklarna i resultatet.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Bach V. Ploeg J. & Black M. 2009 Kanada	Nursing Roles in End-of-Life Decision Making in Critical Care Settings.	Att belysa vilken roll intensivvårdssjuks köterskan har vid olika beslut vid vård i livets slutskede.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design utifrån Grounded theory.	Ändamålsurval samt teoretiskt urval. 14 sjuksköterskor. Ålder anges ej. Kön: 12 kvinnor, 2 män. Arbetslivserfarenhet: 5-32 år (medel 13 år).	Semistrukturerade intervjuer. Varaktighet: 18-40 min. Plats: I ett tyst rum på arbetsplatsen.	Analys enligt Grounded theory- metoden.	Fyra teman identifierades: Närvaro, göra sin röst hörd, komma till insikt och stöd att släppa taget. Att vara närvarande, bekräfta känslor samt ge emotionellt stöd till patient och närstående beskrevs vara en del av sköterskans roll vid vård i livets slutskede.
Bloomer M. Endacott R. O'Connor M. Cross W. 2013 Australien	The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study.	Att undersöka sjuksköterskors lyhördhet för att se tecken på en döende person samt att förstå sjuksköterskors inflytande vid vård i livets slutskede.	Kvalitativ ansats. Undersökande / utforskande design.	Bekvämlighetsurval. 25 sjuksköterskor. Ålder anges ej. Kön anges ej. Arbetslivserfarenhet anges ej.	Observationsstudie på sjuksköterskor. Varaktighet: 2-3 timmar. Intervjuer angående observationer med två fokusgrupper. Semistrukturerade intervjuer med enhetscheferna på avdelningarna. Plats: På arbetsplatsen.	Kvalitativ innehållsanalys.	Sjuksköterskan intog en passiv roll trots tecken till att en patient var döende. Vårdavdelningens utformning, arbetsfördelning och attityd påverkade vård i livets slutskede.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Hopkinson J.B Hallet C.E Luker K.A 2003 England	Caring for dying people in hospital.	Att utveckla en förståelse för vården av döende patienter på sjukhus och utveckla en modell om hur sjuksköterskor kan få hjälp att ge kvalitativ vård till döende människor.	Kvalitativ ansats. Utforskande/ beskrivande design.	Bekvämlighetsurval. 28 sjuksköterskor. Ålder: 21-44 år (medelålder 23 år). Kön: 27 kvinnor, 1 man. Arbetslivserfarenhet: Mer än två månader men under tre år. Medel (12 månader).	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet anges ej. Plats anges ej.	Analys utifrån fenomenologiskt synsätt.	Sex teman identifierades; personligt ideal, faktiska, okända, ensamma, spänning och icke- spänning. Resultatet användes för att bygga en modell. Det var viktigt att sjuksköterskors erfarenheter matchade deras personliga ideal om vad döden och döendet innebar. Både medvetna och omedvetna handlingar användes för att uppnå en känsla av tillfredsställelse.
Hopkinson J.B Hallet C.E Luker K.A 2005 England	Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?	Att undersöka vilka copingstrategier nyutbildade sjuksköterskor använder vid omhändertagandet av döende patienter på sjukhus.	Kvalitativ ansats. Undersökande tvärsnittstudie.	Bekvämlighetsurval. 28 sjuksköterskor. Kön: 27 kvinnor, 1 man. Ålder: 21-44 år (medelålder 23 år). Arbetslivserfarenhet: Mer än två månader men mindre än tre år. (Medel: 12 månader).	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet anges ej. Plats anges ej.	Analys utifrån fenomenologiskt synsätt.	Kategorier såsom relationer, resurser, lärande, feedback, begränsat engagemang och ändrad uppfattning framkom för att underlätta det dagliga arbetet vid vård i livets slutskede.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Iranmanesh S. Axelsson K. Sävenstedt S. Hägström T. 2010 Iran Sverige	Caring for Dying and Meeting Death: Experiences of Iranian and Swedish Nurses.	Att beskriva innebörden av sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende människor i Iran och Sverige utifrån kulturella sammanhang.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Bekvämlighetsurval. 16 sjuksköterskor. 8 från Iran, 8 från Sverige. Ålder: Iranska sjuksköterskorna 25-50 år. Svenska sjuksköterskorna 35- 58 år. Kön: 12 kvinnor, 4 män. Arbetslivserfarenhet: Medel 12 år (Sverige), 7 år (Iran).	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet: 45-60 minuter. Plats anges ej.	Analys utifrån fenomenologiskt/ hermeneutiskt synsätt.	Två teman identifierades, ”dela utrymme och tid” samt ”att vårda är en lärande process”. Att arbeta med döende människor ställer etiska krav som kräver både personlig och professionell respons oavsett kön, kultur eller sammanhang.
Johansson K. Lindahl B. 2011 Sverige	Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experie nces of caring for terminally ill patients in hospitals.	Att beskriva innebörden av sjuksköterskors upplevelser av att vårda palliativa patienter på sjukhus.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Bekvämlighetsurval. 8 sjuksköterskor. Ålder anges ej. Kön: Alla kvinnor. Arbetslivserfarenhet: 3-32 år.	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet: 30-60 minuter. Plats: På arbetsplatsen.	Analys utifrån fenomenologiskt/ hermeneutiskt synsätt.	Sjuksköterskors upplevelser resulterade i sju teman: tacksamhet, att bli berörd, närvaro, delaktighet, ge och ta emot energi, öppenhet, självkänedom, tidsbrist.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Johnston B. Smith L.N. 2006 England	Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care.	Att undersöka vilka uppfattningar patienter och sjuksköterskor har om palliativ vård och begreppet specialistsjuksköterska inom palliativ vård.	Kvalitativ ansats. Utforskande/ beskrivande design.	Bekvämlighetsurval gällande sjuksköterskorna. Snöbollsurval gällande patienterna. 22 sjuksköterskor och 22 patienter. Ålder anges ej. Kön anges ej. Arbetslivserfarenhet: Minst två år (sjuksköterskor).	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet: Sjuksköterskorna 25-45min. Patienterna 45-90 min. Plats: Tyst rum på sjukhuset.	Analys utifrån fenomenologiskt synsätt.	Symtomlindring var en viktig del i sjuksköterskornas arbete samt samtal med patienten vilket upplevdes vara både effektivt och ineffektivt. Viktigaste egenskapen hos en palliativsjuksköterska var social kompetens som innefattar vänlighet, värme, medkänsla och äkthet. Döende patienters önskan var att behålla kontrollen och bevara sin självständighet.
Kongsuwan W. 2011 Thailand	Thai Nurse's Experience of Caring for Persons Who Had a Peaceful Death in Intensive Care Units.	Att beskriva de upplevda erfarenheterna i omhändertagandet av patienter som haft en fridfull död på intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Urval anges ej. 10 sjuksköterskor. Ålder: 28-51 år (medel: 40 år). Kön: Alla kvinnor. Arbetslivserfarenhet: 5-28 år (medel: 12 år).	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet:30-60 min. Plats anges ej.	Analys utifrån fenomenologiskt synsätt.	Fyra stora teman identifierades: Levande kropp, levande relation, levande utrymme och levande tid. Sjuksköterskornas erfarenhet av att vårda en döende patient mot en fridfull död innehöll en förståelse för andra människor och vikten av relationer. Detta gjordes genom att erkänna att tiden var begränsad och en prioritet.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Mohan S. Wilkes L.M. Ogunsiji O. Walker A. 2005 Australien	Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience.	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda cancerpatienter på allmänna vårdavdelningar.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Bekvämlighetsurval. 25 sjuksköterskor besvarade enkäten. 5 sjuksköterskor intervjuades. Ålder anges ej. Kön anges ej. Arbetslivserfarenhet anges ej.	Enkät samt semistrukturerade intervjuer. Varaktighet anges ej. Plats anges ej.	Innehållsanalys	Sex teman identifierades; emotionella tillstånd, tidsbrist, kunskapsbrist, okunskap gällande cancerbehandling, närståendestöd samt bristfällig miljö beskrevs som hinder för att utföra god omvårdnad.
Nordgren L. Olsson H. 2004 Sverige	Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perception.	Att beskriva och förstå läkarnas och sjuksköterskors uppfattningar om deras samarbete med varandra och arbetet med palliativ vård på en hjärt-avdelning.	Kvalitativ ansats. Jämförande/Beskrivande design.	Bekvämlighets urval. 4 sjuksköterskor och 2 läkare. Ålder anges ej. Kön anges ej. Arbetslivserfarenhet: 2-19 år.	Semistrukturerade intervjuer utifrån intervjuguide. Varaktighet: 30-60 minuter. Plats: Enskilda intervjuer på arbetsplatsen.	Innehållsanalys	Teman som identifierades var det som associeras med värdig död, förutsättning för god palliativ vård och hinder för att utöva detta. Vårdpersonalen hade en hög ambition att utföra en god omvårdnad för den döende patienten.

Författare Publ. år Land	Titel	Syfte	Design	Urval/ Undersöknings grupp	Datainsamlings metod	Dataanalys metod	Resultat
Pavlish C. Ceronsky L. 2009 USA	Oncology Nurses' Perceptions of Nursing roles and Professional Attributes in Palliative Care.	Att undersöka onkologisjuksköterskors perspektiv av palliativ vård.	Kvalitativ ansats. Beskrivande/ utforskande design.	Urval anges ej. 33 sjuksköterskor. Ålder anges inte. Kön anges inte. Arbetslivserfarenhet: Som sjuksköterska: 1,5–40 år (medel: 5,9 år). Som onkologisjuksköterska: 1,5- 29 år. (medel: 11,8 år).	Semistrukturerade intervjuer. Nio fokusgrupper. Varaktighet anges ej. Plats anges ej.	Narrativ innehållsanalys.	Fem primära omvårdnadsroller presenterades; undervisning, omsorg, förespråka, samordna och mobilisera. I dessa roller beskrevs klinisk kompetens, ärlighet, uppmärksamhet, stödja familjerelationer, samarbete, närvaro och medvetenhet.
Wallerstedt B. Andershed B. 2007 Sverige	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective.	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser i att ta hand om svårt sjuka och döende patienter utanför palliativ vårdinrättning.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Bekvämlighets urval. 9 sjuksköterskor. Ålder: 30-65 år. Kön: Både män och kvinnor (antal anges ej). Arbetslivserfarenhet: 10-39 år	Ostrukturerade intervjuer. Varaktighet: 60-100 minuter. Plats: På arbetsplatsen.	Analys utifrån fenomenologiskt synsätt.	Sjuksköterskorna har höga ambitioner att ge döende patienter och deras närstående vård av hög kvalitet. Trots detta upplevdes olika grader av missnöje på grund av otillräckligt samarbete, stöd, tids- och resursbrist.
Boroujeni AZ. Mohammadi R. Oskouie SF. Sandberg J. 2008 Iran	Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care.	Att undersöka samspelet mellan sjuksköterska och den döende patienten med fokus på sjuksköterskans förberedelse inför förlusten.	Kvalitativ ansats. Undersökande design utifrån Grounded theory.	Ändamålsurval samt teoretiskt urval. 18 sjuksköterskor. Ålder anges ej. Kön anges ej. Arbetslivserfarenhet: Minst ett år.	Semistrukturerade intervjuer. Uppföljande intervjuer genomfördes . En tredje intervju genomfördes vid fyra tillfällen. Varaktighet anges ej. Plats anges ej.	Analys utifrån Grounded Theory.	Att uppnå en bra balans i vården av den döende patienten ansågs vara en stor utmaning för sköterskorna. Denna balans innebar en avvägning mellan information och hopp, förmåga och förväntning samt närhet och distans.