



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede

En litteraturstudie

Författare: Patrik Karlsson
Sofie Liljeroth

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Våren 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede

En litteraturstudie

Författare: Patrik Karlsson
Sofie Liljeroth

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Våren 2016

Abstrakt

Att vårda personer i livets slutskede kan vara både givande och emotionellt betungande för sjuksköterskor. Således var syftet med denna litteraturstudie att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede. I studiens resultat framkom det bland annat att sjuksköterskor upplevde ett behov av handledning och stöd av deras arbetskollegor och chefer för att kunna bearbeta och hantera svåra händelser. Att bilda en nära relation med den döende personen och dennes närstående var också av betydelse för att vården skulle vara av god kvalitet för alla inblandade. Tretton vetenskapliga, kvalitativa artiklar inkluderas till den föreliggande studien vilket genererade tre huvudkategorier och sju underkategorier. De tre huvudkategorierna handlade om sjuksköterskors upplevelser av otillräcklighet, sjuksköterskors upplevelser av kommunikationens betydelse samt sjuksköterskors upplevelser av att bevara den döendes livskvalité. Genom resultatet framkom det att sjuksköterskor hade dels positiva, dels negativa upplevelser av att vårda personer i livets slutskede. Sammanfattningsvis talar resultatet för att det behövs ytterligare forskning inom området för att sjuksköterskor ska kunna ge döende personer en god sista tid i livet och att för att sjuksköterskor ska kunna lämna de närstående med en positiv upplevelse av vårdandet.

Nyckelord

Pallitiv vård, sjuksköterskor, upplevelser, lidande, relation

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Palliativ vård	3
Betydelsen av lidandet inom palliativ vård	4
Den döendes rättigheter	4
Sjuksköterskans roll inom palliativ vård	5
Lagar, förordningar och riktlinjer	5
Teoretisk referensram	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Data analys	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Otillräcklighet	11
<i>Sjuksköterskors upplevelser av osäkerhet</i>	11
<i>Sjuksköterskors upplevelser om behov av handledning och stöd</i>	12
Kommunikation	13
<i>Sjuksköterskors upplevelser av att möta existentiella och spirituella frågor</i>	13
<i>Sjuksköterskors upplevelser om relationens betydelse</i>	14
Bevara livskvalité	15
<i>Sjuksköterskors upplevelser av att involvera närstående</i>	15
<i>Sjuksköterskors upplevelser av personcentrerad vård</i>	16
<i>Sjuksköterskors upplevelser om att lindra lidande</i>	16
Diskussion	17
Diskussion av vald metod	17
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	24
Bilaga 1(1). Huvud- och underkategorier	29

Introduktion

Problemområde

Statistiskt sett redovisar Socialstyrelsen (2006) att omkring 90-100.000 personer avlider i Sverige varje år. Enligt Nationella Rådet för Palliativ Vård (2010) har en tredjedel av dessa personer tidigare vårdats inom palliativ vård.

Socialstyrelsen (2013) beskriver två faser i den palliativa processen, en tidig fas och en sen fas vilka kan vara flytande och ha olika längd. I den sistnämnda fasen inriktas den palliativa vården på vård i livets slutskede, dvs. när behandlingen inte längre är kurativ.

Sherwen (2014) beskriver i sin studie om det betydelsefulla och de givande aspekterna som arbetet med palliativ vård medför. Hon menar att arbetet ger hos vissa en självisikt i sitt egna förhållningssätt till döden och det man själv som sjuksköterska anser är viktigt i frågan om döden och döendet. Vård i livets slutskede är en kritisk tid och ett hot om ens existens vilket kan vara känslöväckande för dels hälso- och sjukvårdspersonal, dels för den döende samt för de närstående.

Sjuksköterskor i en annan studie av Kisorio och Langley (2015) berättar om det betydelsefulla och det svåra i att en nära relation ibland bildas mellan sjuksköterskan och personen vilket kan försvåra sjuksköterskans professionella förhållningssätt. En annan relevant del av vårdandet är närståendestödet vilket kan vara både utmanande och känslösamt (ibid.). Sjuksköterskan anses ha en betydande uppgift i omvårdnaden gentemot personer i livets slutskede (Sherwen, 2014; Kisorio & Langley, 2015). Samtidigt uppger sjuksköterskor att det kan upplevas psykiskt påfrestande att vårda en person som är i livets slutskede. Med tanke på att sjuksköterskorna ställs inför svåra situationer i sitt dagliga arbete behöver dem stöd genom god kommunikation inom teamet men även genom individuella samtal med arbetsgivaren (Kisorio & Langley, 2015).

I studierna av Kisorio och Langley (2015) och Sherwen (2014) framkom att sjuksköterskor upplevde ett behov av mer kunskap och stöd i vården för personer i livets slutskede. Socialstyrelsen (2006) anser även att detta är angeläget för att förbättra vården för personer inom palliativ vård och dennes närstående (ibid.), därför behövs ytterligare forskning om sjuksköterskors upplevelser i vården för personer som befinner sig i livets slutskede.

Bakgrund

Palliativ vård

Dame Cicely Saunders är grundaren av den moderna hospicerörelsen. Dessförinnan arbetade hon som kurator och därefter som sjuksköterska. Genom sitt arbete fick hon en insyn i sjukvårdens bemötande gentemot personer i livets slutskede. Hennes upplevelse var att personer som inte längre kunde botas med hjälp av medicinsk vetenskap gömdes undan och fick lida i ensamhet. Dame Cicely Saunders hade därför en vision om att skapa ett hem för dessa utsatta människor med skräddarsydd vård utifrån den döendes behov (Andershed, Ternstedt & Håkanson, 2013).

Den palliativa vården syftar till att förbättra livskvaliteten för personer i livets slutskede och för deras närstående genom ledning av hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdspersonal har i uppgift att dels hjälpa den döende och närstående genom svåra stunder, dels arbeta förebyggande och lindrande genom att upptäcka smärta i tidigt skede samt andra problem som kan tänkas uppstå (WHO, 2012). I Sverige finns det i dagsläget tillgång till palliativ vård i stort sett vart än den enskilde personen önskar att bli vårdad. Detta relateras till bland annat en ökad kunskapsutveckling inom palliativ vård. Trots det finns det en ojämn fördelning till vilken utsträckning palliativ vård kan erbjudas relaterat till varierande arbetstider för de olika palliativa teamen och en stor spridning av personer som är i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Socialstyrelsen (2013) ska vården av en döende person utgå från en helhetssyn där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov möts av sjuksköterskan i ett försök att förebygga och lindra lidande.

Vidare menar Socialstyrelsen (2006) på att kompetensutveckling är en viktig aspekt inom palliativ vård eftersom den kunskap som förmedlas vid sjuksköterskeutbildningen är grundläggande. Kim och Hwang (2014) menade i sin studie att det skyndsamt behövs kunskapsutveckling för sjuksköterskor som vårdar personer med hjärtsjukdom i livets slutskede (ibid.). Med tanke på Socialstyrelsens rekommendationer att kompetensutveckling inom palliativ vård för hälso- och sjukvårdspersonal borde prioriteras har utbildningar med inriktning i palliativ vård utvecklats (Socialstyrelsen, 2006). Syftet med denna kompetensutveckling är att svara för Socialstyrelsens rekommendationer och de krav som ställs på kunskapsnivå inom palliativ vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2008, 2009).

Betydelsen av lidandet inom palliativ vård

I vården av en person i livets slutskede upplevs lidandet som centralt och som sjuksköterska är det relevantt att kunna ge stöd genom att få personen att finna mening i lidandet. Lidande uppstår när någon del av sig själv har blivit hotad, det kan vara fysiskt, psykiskt, socialt eller existentiellt och är en subjektiv upplevelse. Människors lidande kan se olika ut, vara av olika grad och finns kvar tills hotet har blivit undanröjt eller avdramatiserat av personen själv (Beck-Friis & Strang, 2012). Ferrell och Coyle (2008) beskriver i sin studie om vad lidande är och hur det kan uttrycka sig hos personer som har en dödlig sjukdom:

- Lidandet är en personlig och subjektiv upplevelse
- Lidandet kan väcka mycket känslor som kan uttryckas genom sorgsenhet, rädsla, oro och ångest
- Lidandet påminner personen om dennes dödlighet och kan väcka tankar kring döden
- En person som är döende kan uppleva en känsla av ensamhet
- Lidandet kan väcka existentiella och spirituella tankar, med känslor som att man ångrar saker man har gjort, ångest över saker som man borde ha gjort i livet och religiösa tankar
- Lidandet kan associeras till fysiologisk smärta, genom att det psykiska, sociala och spirituella aspekterna upplevs som smärtsamma om de inte har någon mening.

Målet för sjuksköterskan inom palliativ vård är inte att finna lösningar på problem utan istället hitta verktyg för att underlätta personens lidande. Det är av vikt att låta personen berätta sin livshistoria, att kunna vara en aktiv lyssnare, kunna vara tyst när det krävs och kunna ställa frågor som kan vara ett stöd för personen i samtalet. Det är även relevantt att som sjuksköterska kunna se helheten och ha en förståelse av hur lidandet påverkar hela personen (Beck-Friis & Strang, 2012).

Den döendes rättigheter

Sjuksköterskan kan inte hindra att döden inträffar men i sin profession finns ett ansvar genom att skapa en så bra vård som möjligt för personen som är i livets slutskede. För personen som är i livets slutskede är det relevantt att informera om vilka rättigheter som den döende har och se till att dem följs för att tillfredsställa personens behov och önskemål i livets slutskede (Qvarnström, 1993).

Qvarnström (1993, s. 189) redovisar att en person som är döende ska ha rätt till att bli behandlad som en levande människa genom hela livet, att få vara delaktig i sin vård och i beslut som angår personens egen vård och känna att sjuksköterskan lyssnar och bemöter det som väcker tankar och känslor hos personen är viktigt. Sjuksköterskan ska med respekt till personen inte negligera några känslor, symtom eller tankar utan lyssna och tro på vad personen uppger och bekräfta vad han/hon sett och hört för att på bästa sätt kunna hjälpa och lindra personens lidande. Att befinna sig i livets slutskede kan väcka mycket tankar och kan vara en ångestladdad tid och det är därför viktigt som sjuksköterska att respektera personens rättigheter om att inte behöva dö ensam och att ha rätt till att vara smärtlindrad. Som sjuksköterska ska hon eller han utefter sin kompetens och sin egen vilja försöka förstå personens behov för att kunna besvara eventuella tankar som kan bekymra honom eller henne.

Sjuksköterskans roll inom palliativ vård

Rydé och Hjelm (2015) beskriver sjuksköterskans emotionella roll i vården av personer inom palliativ vård och kom fram till att sjuksköterskan kan verka som ett emotionellt stöd för dem. Genom att vara närvarande, bekräftande, empati- och respektingivande samt genom att erbjuda sin tid kan ett emotionellt stöd för den person som är i en palliativ fas uppnås. Morgan och Tarbi (2016) skriver om sjuksköterskans hälsofrämjande arbete och utvecklar ansvarsområdet som innebär bland annat att möta psykosociala behov. En annan studie av Rawlings och Devery (2015) genomsyras av sjuksköterskors personliga upplevelser av att bland annat behöva åsidosätta sina egna åsikter. Vidare anses att sjuksköterskan har ett viktigt professionellt ansvar i form av att ge stödjande, och framförallt icke-dömande vård.

Lagar, förordningar och riktlinjer

Hälso- och sjukvården har i uppgift att följa lagar och författningar för att säkerställa patientsäkerheten som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att vård skall bedrivas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] SFS, 1982:763). Eftersom personer inom palliativ vård ges möjligheten att bestämma vart de vill vårdas ges landstinget tillstånd att erbjuda kostnadsfria läkemedel (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] SFS, 2002:163). Samt är kommunens ansvar att utforma sitt hälso- och sjukvårdsarbete utifrån befolkningens behov av sådan vård (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] SFS, 1995:835).

Omvårdnadens värdegrund definieras av Svensk sjuksköterskeförening (2014). Omvårdnaden av en person i livets slutskede ska utgå från ett humanistiskt perspektiv och en existentiell filosofi. Den humanistiska synen handlar om att se personen som en unik, aktiv och skapande individ som en del i ett sammanhang. Den existentiella filosofin handlar om att se personen som en tänkande varelse där ens existens, upplevelser, frihet och ens ansvar för det egna livet är i centrum. Tillämpad inom palliativ vård skall omvårdnaden utgå från personens egna behov baserat på dennes egen tro och värderingar. Sjuksköterskan har ett ansvar med samhället att påbörja och ge stöd i åtgärder som är till hjälp för särskilt de svaga befolkningsgruppernas hälsa och sociala behov.

Teoretisk referensram

Joyce Travelbee behandlar teorin om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter (Travelbee, 1971). Hon ser på dessa aspekter med en humanistisk människosyn och menar på att en människa är ”en unik och oersättlig individ ...” (s. 26). Travelbee ser på lidandet som en grundläggande och mänsklig erfarenhet där lidandet är något som inte går att undvika eftersom lidande är en del utav livet. Vidare poängterar hon genom sin människosyn, kärnan i den mellanmännsliga kontakten som handlar om att sjuksköterskan ska se till hela individen och till hans eller hennes upplevelse av sin sjukdom och sitt lidande, och frånga sina egna personliga värderingar. Enligt Travelbees teori är omvårdnadens viktigaste syfte att upprätta en mellanmännslig relation som består utav ”en erfarenhet, eller flera erfarenheter mellan en sjuksköterska och en sjuk person ...” (s. 16). Den mellanmännsliga relationen mellan sjuksköterskan och personen får sin mening när personens omvårdnadsbehov tillgodoses.

Den människosyn som antagits i litteraturstudien baseras på ett sjuksköterskeperspektiv då studien har försökt förstå sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede. Polit och Beck (2008) beskriver det fenomenologiska perspektivet. Fenomenologin utgår från personens levda erfarenheter och essensen av dessa för att få en subjektiv förståelse av ett problem och dess innebörd. I resultatet möjliggör det fenomenologiska perspektivet för läsaren att kunna förstå levda erfarenheter.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede.

Metod

I föreliggande litteraturstudie har en vetenskaplig granskning av kvalitativa studier utförts genom sammanställning av redan befintlig forskning för att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer i livets slutskede (Polit & Beck, 2008; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Urval

För att belysa problemområdet har sökningar utförts inom PubMed. PubMed är en fritt tillgänglig version av MEDLINE som produceras av National Library of Medicine och databasen innehåller referenser till flertalet tidskrifter inom bland annat medicin och omvårdnad. Här används ”MeSH-termer” vilka är samlade i databasens thesaurus (en lista och förklaring till kontrollerade termer i alfabetisk ordning) (Willman et al., 2016). De sökord och MeSH-termer som användes var; *nurse, nurses (MeSH), nursing (MeSH), experience, palliative care (MeSH), difficulties, hospice care (MeSH), cancer, existential, patients (MeSH), home care, end of life care, challenges* och *perception (MeSH)*.

De kvalitativa studier som besvarade syftet inkluderades baserat på inklusionskriterier som författarna i föreliggande studie kom fram till. Inklusionskriterier var; 1) att enbart artiklar med kvalitativ forskningsmetod skulle antas, 2) att år för publikation av varje artikel inte fick överstiga mer än 10 år, 3) att endast sjuksköterskor blivit intervjuade i varje enskild studie samt 4) att studierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Exklusionskriterier som författarna kom fram till var; 1) att inga patienter hade blivit intervjuade i studierna och 2) att inga studier som inte har fått godkännande av en etisk kommitté skulle inkluderas.

Datainsamling

I den första sökningen kombinerades ett antal MeSH-termer och sökord i fritext vilket resulterade i ett stort antal artiklar med både kvalitativ och kvantitativ forskningsansats och som var äldre än tio år. För att minska urvalet gjordes begränsning i PubMed att inga artiklar som redovisades fick vara över tio år gamla, detta resulterade även i att aktuella studier framträdde. Författarna delade sedan upp antalet abstrakt och antalet artiklar i fulltext att läsa mellan varandra (se tabell 1).

Datainsamlingen har bestått i en litterär översikt av vetenskapliga artiklar (Willman, et al. 2016). Femton artiklar kvalitetsgranskades och bedömdes utefter relevans till föreliggande studies syfte och inklusionskriterier. Av dessa inkluderades tolv stycken till föreliggande studies resultat. Ytterligare en artikel inkluderades efter en manuell sökning från en annan studies referenslista (Backman, 2015). Totalt använde sig föreliggande studie utav tretton artiklar med kvalitativ ansats. Kvalitetsgranskningen genomfördes utefter en granskningsmall för kvalitativa studier publicerad av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). I denna mall skulle författarna till föreliggande studie besvara ett antal frågor om studiens utformning och utförande, t ex om antal deltagare, studiedesign, urvalsmetod samt bedöma kvaliteten av artikeln; låg, medelhög eller hög. Av de tretton inkluderade artiklarna bedömdes nio stycken ha en hög kvalitet baserat på förutbestämda kvalitetskriterier (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Fyra artiklar bedömdes ha medelhög kvalitet baserat på bland annat att två av studierna genomfördes med intervjuer i fokusgrupper vilket Polit och Beck (2008) menar kan medföra svårigheter för deltagarna att förmedla sina verkliga upplevelser inför en grupp.

Tabell 1. Sökschema i PubMed

Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Valda artiklar till kvalitetsgranskning	Inkluderade artiklar till resultatet
Palliative care AND nurse	2804	0	0	0	0
nurse AND experience AND palliative care AND difficulties	33	8	3	2	2
nurse AND nursing AND experience AND palliative care AND hospice	134	10	4	4	3
palliative care AND nurses AND experience AND cancer	154	8	3	2	1
nurse AND palliative AND existential	46	3	1	1	1
cancer AND nurse AND home care AND palliative care AND experience AND patient	119	12	4	2	2
end of life care AND challenges AND experience AND nurse	74	15	2	2	2
palliative care AND hospice AND nurses AND perception	22	2	1	2	1

Data analys

I analysen av framtagen och inhämtad data har en integrerad analys och en induktiv ansats använts. Willman et al. (2016) citeras ”Induktiv; att dra allmänna slutsatser från enskilda fall...” (s. 177). Forsberg och Wengström (2013) skriver att den induktiva ansatsen används för att tolka och skapa mening och förståelse i en individs subjektiva upplevelse av omvärlden. Vidare används ofta ansatsen inom den kvalitativa forskningen där betoningen ligger i förståelsen av individens upplevelser av ett fenomen i sitt sammanhang (ibid.). Totalt inkluderades tretton artiklar som analyserades utifrån en integrerad analys vilken delades in i tre steg. Det första steget innebar genomläsning av de utvalda artiklarna för att hitta likheter och skillnader i resultaten. I nästa steg sammanställdes sedan resultat under respektive kategori. I det sista steget identifierades olika kategorier som sammanfattade resultaten från artiklarna som sedan skapades underkategorier utifrån (Kristensson, 2014).

I redovisningen av varje artikels resultat har författarna utgått från en mall av Willman et al. (2011, s. 94). I mallen ingår information om författare, årtal och land för publicering, studiens syfte, studiens metod och/eller forskningsdesign, antalet deltagare och eventuella bortfall, studiens resultat samt studiens metodologiska kvalitet. Efter noggrann genomläsning av samtliga artiklar framkom tre huvudkategorier och sju subkategorier till föreliggande studie.

Forskningsetiska avvägningar

De vetenskapliga artiklar som har valts ut till den föreliggande litteraturstudien har granskats och godkänts av en etisk kommitté. Kravet för att dem vetenskapliga artiklarna skulle få ingå i litteraturstudien var att dem uppfyllde de fyra grundläggande etiska principerna. De etiska principerna är: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa (Northern Nurses' Federation [NNF], 2003). I genomläsningen av de utvalda artiklarna framkom det att ämnet kan vara känsligt att tala om, vilket kan försvåra intervjuprocessen då sjuksköterskor inte framhäver deras verkliga upplevelser. Författarna till föreliggande studie har i genomläsningen av artiklarna noga kontrollerat så de etiska principerna har följts av författarna till artiklarna och att ett godkännande av etisk kommitté finns. Författarna till föreliggande studie har med ett öppet sinne läst igenom de utvalda artiklarna för att få en bild av helheten och de upplevda erfarenheterna. Vidare har författarna

tagit del av resultat som är av både negativ och positiv karaktär för litteraturstudiens resultat för att få en tydlig och uppriktig bild av verkligheten.

Resultat

Efter att författarna gått igenom tretton utvalda kvalitativa artiklar har följande huvudkategorier framkommit; otillräcklighet, kommunikation och bevara livskvalité. Till dessa huvudkategorier skapades även sju underkategorier. Till otillräcklighet skapades *sjuusköterskors upplevelser av osäkerhet* och *sjuusköterskors upplevelser av handledning och stöd*. Till huvudkategorin kommunikation skapades underkategorierna *sjuusköterskors upplevelser av att möta existentiella och spirituella frågor* och *sjuusköterskors upplevelser om relationens betydelse*. Till den sista huvudkategorin, bevara livskvalité skapades tre underkategorier *sjuusköterskors upplevelser om att involvera närstående*, *sjuusköterskors upplevelser av att ge personcentrerad vård* och *sjuusköterskors upplevelser av att lindra lidande*.

Otillräcklighet

Sjuusköterskors upplevelser av osäkerhet

I nedanstående studier framkom det att sjuusköterskor upplevde osäkerhet relaterat till otillräcklighet när de vårdade personer i livets slutskede (Andreassen Devik, Enmarker & Hellzen, 2013; Bolmsjö, Brorson, Plymoth & Örmon, 2014; Dowling & Roche-Fahy, 2009). I en norsk studie av Andreassen Devik et al. (2013) ville artikelförfattarna belysa och tolka meningen av tio sjuusköterskors upplevelser i mötet med svårt sjuka personer genom personernas olika uttryck. Sjuusköterskor i studien upplevde en känsla av osäkerhet vid vård av personer i livets slutskede eftersom personerna som var döende kunde ställa höga krav på sjuusköterskan. Detta gjorde att sjuusköterskan i sin tur upplevde en känsla av otillräcklighet när hon inte lyckades möta alla personens krav och behov. Bolmsjö et al. (2014) ville i en svensk studie beskriva sju sjuusköterskors upplevelser av smärtlindring för demenssjuka i livets slutskede. Här framkom det att sjuusköterskor upplevde en känsla av otillräcklighet i form av att ständigt behöva påminna personansvarig läkare om vilka åtgärder som behövde vidtas för patienten. Detta bidrog till sjuusköterskornas känsla av osäkerhet i att inte kunna svara personen om när läkaren till exempel skulle sätta in adekvat behandling. Dowling och Roche-Fahy (2009) ville i en irländsk studie belysa tolv sjuusköterskors levda erfarenheter av att möta personer i

livets slutskede som vårdades inom akutsjukvården. Här berättade sjuksköterskorna om ett högt patientantal relaterat till en begränsad tid för varje person. Sjuksköterskorna vidareutvecklade och menade på att de som vårdas i livets slutskede inte kunde tas om hand inom akutsjukvården på ett lämpligt sätt eftersom arbetsbelastningen var hög. Detta bidrog till att sjuksköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet i vården för de inlagda personerna, men även en osäkerhet eftersom det höga patientantalet ständigt äventyrade patientsäkerheten.

Sjuksköterskors upplevelser om behov av handledning och stöd

I ett flertal studier framkom det att sjuksköterskor upplevde ett behov av att få handledning och stöd i svåra situationer (Andersson, Edberg & Törnquist, 2012; Arber, Mishelovich & Odelius, 2016; Janzen & Perry, 2015). Andersson, Edberg och Törnquist (2012) utförde en studie i Sverige där syftet var att beskriva legitimerade sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre personer palliativt inom hemsjukvården. Här berättade sjuksköterskor om svåra situationer där sjuksköterskorna ofta arbetade ensamma i någons hem. I vissa situationer kände sig sjuksköterskor otillräckliga när de inte visste vad som behövde göras eller sägas. Sjuksköterskorna upplevde därför ett stort behov av emotionellt stöd från sina kollegor i teamet men även av handledning i form av ventilerande samtal med arbetsledaren. I en annan studie från England av Arber, Mishelovich och Odelius (2016) ville artikelförfattarna undersöka tio onkologisjuksköterskors upplevelser av att vara med när svåra besked gavs till personer inom palliativ vård. Här upplevde onkologisjuksköterskor att det var svårt att närvara när svåra besked gavs eftersom sjuksköterskorna kände en osäkerhet i hur personen skulle ta beskedet och även en osäkerhet i kompetens relaterat till att bemöta dessa personer. I en tredje studie av Janzen och Perry (2015) från USA ville artikelförfattarna undersöka om det fanns skillnader mellan olika sjuksköterskors handlingar inom palliativ vård. I studien intervjuades sjuksköterskor med varierande yrkeserfarenhet som arbetade inom onkologi. De mer erfarna sjuksköterskorna upplevde att de var säkrare i vilka omvårdnadsåtgärder som behövde utföras för att den döende personens behov och önsknings skulle uppfyllas, eftersom de vågade arbeta närmre den döende personen än de sjuksköterskor som inte hade lika mycket erfarenhet. Sjuksköterskorna upplevde även ibland att det var nödvändigt att använda sig av medel som kunde upplevas oetiska och okonventionella i personens vård som exempelvis att ge personen mat trots att han/hon uttryckte en motvilja. Sjuksköterskorna beskrev att dessa handlingar utfördes med personen i fokus och av välmening för att resultatet skulle bli en mer välmående person. Att som sjuksköterska inte kränka personen som är döende är viktigt att ha i åtanke,

därför är det av vikt att ha personen med sig i alla steg, vilket bekräftas i studien av Andreassen Devik et al. (2013). Deltagarna i studien kunde dock förstå att mindre erfarna sjuksköterskor tvekade att genomföra vissa handlingar på grund av bristande moraliskt mod och att detta kunde göra att de kände sig otillräckliga. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet upplevde att genom handledning och stöd kunde dem förstärkas kunskapsmässigt vilket kunde bidra till en större säkerhet i vissa utmanade situationer (Janzen & Perry, 2015; Andreassen Devik et al., 2013).

Kommunikation

Sjuksköterskors upplevelser av att möta existentiella och spirituella frågor

I mötet med den döende personen kan en rad olika existentiella och spirituella frågor uppstå som sjuksköterskor ibland kan känna sig tvungna att hantera ensamma. Detta kan generera en känsla av otillräcklighet när sjuksköterskor inte förmås att hjälpa personen genom dessa frågor (Andreassen Devik, Enmarker & Hellzen, 2013; Gorawara-Baht, Levine, Shega & Patel, 2012; Andersson, Salickiene & Rosengren, 2016). I en norsk studie av Danbolt, Kvigne, Sørлие och Tornøe (2015) ville artikelförfattarna beskriva sex sjuksköterskors upplevelser av att ge spirituell och existentiell vård till personer som vårdats på sjukhus i livets slutskede. Sjuksköterskor uppgav att det var av stor betydelse att ha en rak och öppen kommunikation angående existentiella och spirituella frågor. Det var även av vikt att våga ställa frågor av existentiell och spirituell karaktär som kunde upplevas känsliga för personen som var döende för att kunna stödja honom/henne i sin kris. I studien av Janzen och Perry (2015) var det betydelsefullt att kunna vara närvarande som sjuksköterska och att låta personen tala om sina spirituella och existentiella frågor. I en svensk studie av Andersson, Salickiene och Rosengren (2016) ville artikelförfattarna beskriva sex sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer som befann sig i livets slutskede vid kirurgiska avdelningar. I studien belystes att sjuksköterskor fann det svårt att möta personer som var påtagligt ångestladdade och att det upplevdes utmanande och känslomässigt betungande att trösta en kraftigt ångestladdad person. Att inte kunna trösta en person genom sin kommunikation väckte mycket tankar hos sjuksköterskor vilket ledde till att tankarna ofta följde med sjuksköterskorna hem efter avslutat arbetspass. Arber et al. (2016) lyfte fram sjuksköterskor som beskrev att det kunde vara svårt att ge svar på den döendes frågor som handlade om existens och varande. Danbolt, Sørлие och Tornøe (2014) ville i en norsk studie beskriva meningen av hospicesjuksköterskors upplevelser av att lindra spirituellt och existentiellt lidande hos personer i livets slutskede. I denna studie återberättades

sjuusköterskors upplevelser i det svåra i att möta en sjuk persons religiösa frågor, vilka kunde handla om vad som händer efter döden. Detta kunde upplevas svårt för sjuusköterskor att möta och besvara eftersom döden är oviss. I Danbolt et al. (2015) belystes att personer som låg inför döden upplevde stor ångest för att dö. I vissa fall kunde dessa personer vara övertygade om att Gud var den som gett dem smärta och lidande för att de syndat. Sjuusköterskor som inte var troende valde ibland att be tillsammans med de personer som de vårdade för att stödja och lindra personernas ångest. Detta för att den kommunikativa handlingen kunde hjälpa den döende personen att öppna upp sig om sina spirituella och existentiella frågor.

Sjuusköterskors upplevelser om relationens betydelse

Andreassen Devik et al. (2013) belyste i sin studie om att en persons sårbara situation kunde väcka en känsla av särskilt personligt ansvar hos sjuusköterskan. Detta kunde innebära att sjuusköterskor gick längre än vad det yrkesmässiga ansvaret krävde. Att följa med personen till privata tillställningar och att utföra olika stödjande handlingar utanför arbetstid var exempel på situationer där sjuusköterskan gick utöver sitt yrkesmässiga ansvar för personen. Detta för att sjuusköterskor upplevde ett stort särskilt ansvar att ha förståelse och kunna känna empati för personerna som de mötte genom sin kommunikation. I studien av Arber et al. (2016) och av Andreassen Devik et al. (2013) beskrevs detta fenomen genom att sjuusköterskor upplevde det svårt att hantera sina känslor och att kunna distansera sig från det som är särskilt känslöväckande. Detta kunde medföra att relationen mellan personen och sjuusköterskan blev personlig och icke-professionell. I studien av Andreassen Devik et al. (2013) upplevde sjuusköterskor att dessa handlingar ibland var nödvändiga för att personen skulle kunna känna stöd och förtroende till sjuusköterskan i sjuusköterske-patientrelationen. I studien av Dowling och Roche-Fahy (2009) upplevde sjuusköterskor att det var av vikt att kunna vara personens advokat och kunna föra dennes talan i situationer då personen själv inte kunde det. Sjuusköterskor uppger vikten av att avsätta tid för samtal med personen för att kunna ge honom/henne möjlighet att prata om svårigheter som sjuusköterskan kan stödja i och förmedla vidare. Sjuusköterskor berättade i studien om svårigheten att kunna distansera sig emotionellt när arbetsdagen var slut, särskilt när relationen mellan sjuusköterskan och personen som är i livets slutskede var stark. Sjuusköterskor upplevde att det var av värde att hitta sitt personliga förhållningssätt och sin egen strategi till hur han/hon skulle kunna distansera sig från situationer som uppstått under dagen (ibid.). Genom att kunna bilda ett partnerskap mellan personen som

är döende och sjuksköterskan kunde det upplevas som en trygghet för personen som vårdas och detta kunde bidra till att sjuksköterskan lättare förstod personens behov (Arber et al., 2016).

Bevara livskvalité

Sjuksköterskors upplevelser av att involvera närstående

Sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att kunna möta personen och dennes närstående genom deras sorg, att kunna hjälpa personen och dennes närstående till att få möjlighet att kunna ta farväl samt till att kunna uppnå en accepterande inställning inför vad som kommer att inträffa (Danbolt et al. 2014). Sjuksköterskor i ett flertal andra studier talade om svårigheterna som kunde uppstå när anhöriga och närstående blev involverade i personens vård. Den största svårigheten var att som sjuksköterska hålla sig professionell när en nära relation med person och dennes närstående skapades. Detta kunde vara emotionellt betungande för sjuksköterskan (Arbour & Wiegand, 2014; Danbolt, et al., 2014; Danbolt et al., 2015). I en studie av Volker och Wu (2009) ville artikelförfattarna utforska och beskriva upplevelser hos fjorton sjuksköterskor som vårdade personer i livets slutskede på ett hospice i Taiwan. I Taiwan sågs döden som en form av otur och här menades att sjuksköterskor hade en betydande roll i att försöka förändra den skamfulla syn som fanns på döden genom att involvera familjemedlemmar till personen i döendeprocessen. I studien av Dowling et al. (2009) beskrev sjuksköterskor vikten av att kunna involvera närstående i vården för personen som är döende för att kunna uppnå en optimal holistisk vård. Sjuksköterskor belyser även om betydelsen av att kunna ta hjälp av närstående i uppbyggnaden av relationen med den döende personen och att det kan vara av värde att ha en relation med personens närstående för att förstå och att kunna åtgärda personens behov. I Andreassen Devik et al. (2013) studie framkom att ett kritiskt sjukdomstillstånd kunde medföra beteendeförändringar hos personen som är sjuk, vilket kunde medföra att patienten blev fysiskt och verbalt aggressiv gentemot andra människor. Här blev sjuksköterskan en viktig och stödjande tillgång för dem närstående. Sjuksköterskor i studien av Bolmsjö et al. (2014) bekräftade detta och menade att de närstående hade en stor betydelse i omvårdnaden och behandlingen av den döende personen. För att sjuksköterskan skulle kunna förstå den döende personens önskemål och behov var detta av stort värde. I en svensk studie av Andershed och Wallerstedt (2007) ville artikelförfattarna beskriva nio sjuksköterskors erfarenheter av att vårda gravt sjuka eller döende personer utanför en palliativ vårdenhet. Här belystes hur sjuksköterskors goda samarbete med närstående bidrog till att även sjuksköterskor

upplevde ett stöd från de närstående i vården av personer i livets slutskede. Ett exempel på detta var i en situation där en sjuksköterska som upplevde osäkerhet i sitt yrke men de närstående gav henne/honom trygghet genom stöttning, vilket hade en betydande roll för sjuksköterskan i situationen.

Sjuksköterskors upplevelser av personcentrerad vård

Förmågan att kunna bevara livskvalité hos en person som var döende innebar att ha en personcentrerad helhetssyn som innefattade att bevara personens värdighet och se till dennes behov, önsknings och resurser (Andershed & Wallerstedt, 2007; Arbour et al., 2014; Danbolt, et al., 2014; Danbolt, et al., 2015; Dowling, et al., 2009). I studien av Andershed et al. (2007) belyste sjuksköterskor om deras ambition att kunna uppfylla den döende personens och dennes närståendes önsknings och behov genom att se till de individuella behoven. Sjuksköterskor i studien av Dowling et al. (2009) beskrev vikten av att små saker som att tillrättalägga en kudde, borsta personens tänder eller kamma personens hår kunde ha stor betydelse för personens välmående. Palliativ vård beskrevs även som synonymt till holistisk vård vilket innebar att hela personen och dess omvärld fanns i åtanke hos sjuksköterskorna (ibid.). För att kunna uppnå personcentrerad vård föreslog sjuksköterskor i studien av Bolmsjö et al. (2014) att det var relevant att ta del av personens livshistoria. Om det fanns en kännedom om vad personen hade varit med om i livet kunde det möjliggöra och underlätta för sjuksköterskor att tolka och förstå personens olika signaler. I Arber, et al. (2016) belystes av en sjuksköterska vikten av att helhjärtat vilja lyssna på personens berättelse och att förstå personens behov för att dels bilda ett partnerskap och dels uppnå personcentrerad vård. Hon uppgav även vikten av att stärka personen genom att se till dennes egna resurser istället för att ta resurserna ifrån dem.

Sjuksköterskors upplevelser om att lindra lidande

Sjuksköterskor i Bolmsjö, et al. (2014) berättade om att lidande och smärta kunde ha olika uttrycksmönster. Det var därför värdefullt för sjuksköterskor att vara medvetna om dessa hos personer som till exempel inte kunde kommunicera verbalt (ibid.). I en annan studie belyste sjuksköterskor personens totala smärta som inkluderade den emotionella, spirituella, existentiella och fysiska smärtan. Här berättade sjuksköterskor att den spirituella och existentiella smärtan kunde upplevas som fysisk av den döende personen, det upplevdes därför svårt för sjuksköterskor hur de skulle bemöta och lindra personens (Danbolt, et al., 2014).

I studien av Gorawara-Bhat, Levine, Patel och Shega (2012) belystes att det rådde blandade känslor kring palliativ nedsövning (PN) där artikelförfattarna undersökte sjuksköterskors attityder och upplevelser angående ämnet. Sjuksköterskor beskrev blandade känslor av att inte veta vad som skulle göras i vissa fall, och att de i vissa fall kunde känna sig totalt övertygade om vad som var rätt. I Bolmsjö et al. (2014) upplevde sjuksköterskor att en person med smärta skulle få smärtlindring vid smärta för att kunna bevara personens livskvalité och lindra det fysiska lidandet. Sjuksköterskor upplevde å andra sidan en viss rädsla i att administrera Morfin[®] eftersom de inte kunde veta vilken dos som kunde avsluta personens liv. I Gorawara-Baht et al. (2012) ansåg sjuksköterskor att ett mål med palliativ vård var att personen skulle uppnå någon form av smärtlindring, med hänsyn till personens medvetandegrad. I studien ansåg vissa sjuksköterskor att det var den döende personens egen upplevelse av smärtan och önskemål som hade betydelse i bedömningen om en person skulle bli palliativt nedsövd eller inte för att kunna uppnå symtomfrihet. Andersson, et al. (2016) belyser i studien att sjuksköterskor med stor yrkeserfarenhet upplevde en större trygghet och säkerhet i utförandet av smärtbedömningar än de som hade mindre erfarenhet.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Den metod som författarna till föreliggande studie har valt att använda var att genomföra en litteraturstudie. Denna metod menar Forsberg och Wengström (2013) kan ge en beskrivning av kunskapsläget inom valt område. Kunskapsläget visade sig vara stort i de sökningar som genomfördes och artiklar som framkom var av god kvalitet.

Till sökningsförfarandet användes MeSH-termer som enligt Willman et al. (2016) kan ge mer precision. Enligt Kristensson (2014) är det begränsande att använda MeSH-termer på grund av ett mindre urval i jämförelse med fritextsökning (ibid.), därför användes även fria sökord. I föreliggande studie genomfördes även en manuell sökning från en annan artikels referenslista vilket bör göras som komplement till sökning i databaser och Internet (Backman, 2015; Willman et al., 2016). Detta resulterade i tretton artiklar. För att kunna besvara syftet använde sig författarna till föreliggande studie av inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att enbart kvalitativa artiklar skulle inkluderas för att förstå sjuksköterskors upplevelser, att inga artiklar fick vara äldre än 10 år, då tankar och synsätt kan

förändras i takt med nya och utvecklade arbetsmetoder/arbetssätt, att enbart sjuksköterskor intervjuas i samtliga studier för att besvara syftet samt att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska relaterat till författarnas språkkunskaper. Exklusionskriterierna var att inga patienter skulle blivit intervjuade i studierna då författarna ville beskriva sjuksköterskors upplevelser samt att ingen studie fick inkluderas om den inte var godkänd av en etisk kommitté. Detta för att författarna till föreliggande studie skulle kunna försäkra sig om att forskarna förhållit sig till etiska regler och riktlinjer. Författarna till föreliggande studie delade upp artiklarna mellan varandra och läste dessa var för sig. Sedan gav författarna varandra en muntlig sammanfattning, vilket skapade en möjlighet för den andra författaren att bilda sig en uppfattning och förståelse om artikeln. I denna fas exkluderas två artiklar på grund av att den första inte intervjuade sjuksköterskor och att den andra hade blandade intervjuer som hölls med olika yrkeskategorier, inte enbart sjuksköterskor. I granskningsförfarandet av artiklarna användes SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. Denna granskningsmall användes med stöd av påstående från Willman et al. (2016) att ett trovärdigt systematiskt tillvägagångssätt måste antas för att dels underlätta tolkningen av bevis och dels för att underlätta sammanställningen av bevisen.

Författarna till föreliggande studie hade redan fått en del kunskap inom området genom yrkeserfarenhet vilket kan vara både en för- och nackdel för studiens resultat. Henricson (2012) menar att det är viktigt att ha en förförståelse av studiens ämne vilket bygger på livserfarenhet. En annan tänkbar nackdel kan vara att författarna till föreliggande studie aldrig tidigare genomfört en litteraturstudie vilket kan ha påverkat datainsamling, analys och granskning (Henricson, 2012). Angående tidsaspekterna för uppsatsskrivningen hade författarna till föreliggande studie omkring åtta veckor till sitt förfogande. Detta kan ha påverkat kvaliteten av studien, eftersom mer tid hade bidragit till en djupare och mer genomarbetad studie. Eftersom det fanns begränsat med forskning för författarnas ursprungliga ämne valde dem att ändra ämnesområde där mer forskning fanns att tillgå. Enligt Henricson (2012) kan byte av ämne också påverka föreliggande studies kvalitet. I föreliggande studie har författarna utfört sökningar inom databasen PubMed. Detta kan vara begränsande då författarna till föreliggande studie kan ha gått miste om relevant forskning (Henricson, 2012), samtidigt framkom tillräcklig mängd data för att besvara syftet varför en annan databas inte var nödvändig att använda. Genom studiens gång har handledarträffar hållits varje vecka där uppsatsen har genomlästs av den utomstående för att uppnå en trovärdighet i studien (Henricson, 2012). Slutligen diskuterar Henricson (2012) att grupphandledning kan stärka trovärdigheten av föreliggande studie. En

sådan grupphandledning genomfördes vid ett arbetsseminarium på universitetet innan uppsatsen försvarades.

Diskussion av framtaget resultat

Denna litteraturstudie kom fram till följande huvudkategorier; otillräcklighet, kommunikation och bevara livskvalité. Känslor av att känna sig otillräcklig som sjuksköterska i vården för personer i livets slutskede var en upplevelse som framkom flera gånger i de olika artiklarna. Ett sådant exempel på otillräcklighet var när sjuksköterskor berättade om det stora patientantalet relaterat till tiden av vård för varje person. Detta ledde till en upplevelse av osäkerhet hos sjuksköterskor (Dowling & Roche-Fehy, 2009). Författarna till föreliggande studie anser att personer som vårdas i livets slutskede ska ha rätt till en, utifrån personens egna önskemål, värdig sista tid i livet. Detta kan försvåras när sjuksköterskor upplever tidsbrist, vilket i sin tur kan leda till en upplevelse av otillräcklighet för sjuksköterskor. Detta får stöd av Attia, Abd-Elazis och Kanded (2013) att tidsbrist är en avgörande faktor för hur omvårdnadsarbete ges till personer i livets slutskede (ibid.). Ett annat viktigt område som framkom i föreliggande studies resultat var sjuksköterskors upplevelser om behov av handledning och stöd. Här upplevde sjuksköterskor att emotionellt stöd från arbetskolligor och arbetsledare var värdefullt. Författarna till föreliggande studie har kännedom om att hälso- och sjukvårdspersonal ibland kan uppleva det känslomässigt betungande att arbeta med personer som är döende och de kriser som den döende genomgår. Detta kan väcka mycket tankar och reflektioner hos hälso- och sjukvårdspersonal om ens egen existens och dödlighet men även det svåra att möta personer dagligen som på olika sätt genomgår ett lidande. Attia et al. (2013) styrker denna upplevelse och menar att sjuksköterskor kan hjälpas genom vägledning och stöd från sina arbetskolligor i syfte till att kunna ventilera händelser och emotionella bördor.

Den andra huvudkategorin som framkom var kommunikation. Här belyste sjuksköterskor det utmanande och svåra i att möta existentiella och spirituella frågor. Sjuksköterskor berättade om att det kunde vara svårt att trösta en ångestladdad och ledsen person som är i en existentiell kris genom enbart kommunikation. Författarna till föreliggande studie anser att en viktig egenskap som sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård bör ha är ett öppet sinne för filosofiska samtal och att inte känna rädsla över att föra diskussioner angående spirituella och existentiella frågor. I Johansson och Lindahls (2012) studie framkom det att om sjuksköterskor själv kunde föreställa sig personens existentiella kris kunde det underlätta sjuksköterskors sätt att hantera situationen. Detta kunde sjuksköterskor göra genom att vara självsäkra, reflekterande och

trygga i sin yrkesroll som sjuksköterskor (ibid.). För att underlätta kommunikation med personen och dennes närstående upplevde sjuksköterskor att relationen hade en stor betydelse. Att bilda ett partnerskap mellan personen som var i livets slutskede och den ansvariga sjuksköterskan upplevdes som en trygghet för både sjuksköterska och patienten eftersom sjuksköterskan lättare kunde förstå patientens behov. Samtidigt nämnde sjuksköterskor att partnerskapet kunde bli för privat och att det kunde leda till att sjuksköterskan fick svårigheter i att förhålla sig professionellt. Som döende är sårbarhet ett faktum eftersom det kan väcka mycket tankar men även funderingar kring det levda livet. Detta kan innebära ånger och skam över saker som har skett eller som personen varit delaktig i. Sjuksköterskor har därför ett ansvar genom sin profession att lyssna och försöka inge trygghet och lugn för den ovissa personen. Detta kan vara en svår uppgift för sjuksköterskor att fullfölja eftersom sjuksköterskor kan bli för involverade och ha svårt att yrkesmässigt kunna distansera sig. Sjuksköterskor i Johansson och Lindahls (2012) studie framhäver relationens betydelse där det är relevant att som sjuksköterska kunna ha en professionell relation genom att inte bli involverad privat (ibid.). Författarna till föreliggande studie anser att det kan vara problematiskt för sjuksköterskor att ha insikten om när relationen med personen och dennes närstående blir för privat. Detta kan leda till att sjuksköterskor upptäcker för sent hur nära och känslomässig relationen har blivit. En sådan nära relation kan också väcka förhoppningar hos efterlevande att förvänta sig hjälp av sjuksköterskan även när personen som vårdats avlidit och det yrkesmässiga ansvaret har slutförts, vilket i slutändan kan leda till en för stor emotionell börda för sjuksköterskan.

Den tredje och sista huvudkategorin som framkom var att bevara livskvalité. Sjuksköterskor berättade om deras upplevelser av att involvera närstående i vården av en person som befinner sig i livets slutskede. Här framkom det att sjuksköterskor ansåg det relevant med en holistisk syn i omvårdnaden genom att ta hjälp av, men även att stödja närstående. Författarna till föreliggande studie anser att det kan finnas för- och nackdelar med att närstående involveras i omvårdnadsarbete för den döende. En fördel med att involvera närstående kan vara att dem har mer kunskap om den döende personens viljor och behov och kan därför vara ett stöd för sjuksköterskor i vården av personen. En nackdel kan innebära att närstående kan bli kontrollerande angående personens vård och sjuksköterskor kan uppleva sig okunniga och obekväma i situationen. Aranda Torres et al. (2015) framhäver ändå i sin studie om vikten av närståendestödet. Att låta närstående närvara hos personen och få honom/henne att dela sina tankar och känslor kunde bidra till försoning och acceptans inför döden för både närstående och den som var i livets slutskede (ibid.). En annan underkategori som framkom var sjuksköterskors

upplevelser av att ge personcentrerad vård. Under denna kategori framkom det att sjuksköterskors ambitioner var att uppfylla personens och dennes närståendes behov och önsningar relaterat till deras värdighet. Det var även av värde att vara mån om personens egna resurser och bevara hans/hennes autonomi. Författarna till föreliggande studie kan tänka sig att sjuksköterskor ibland kan uppleva svårigheter att bevara personens autonomi, då det vid exempelvis tidsbrist kan vara mer effektivt att hjälpa personen i vissa omvårdnadsmoment än att låta honom eller henne utföra momentet själv. I studien av Aranda Torres et al. (2015) framkom det att värdighet kunde bevaras genom ömsesidig kontakt och respekt för personen som var i livets slutskede. Detta i sin tur kunde leda till en känsla av bevarad livskvalité (ibid.). I föreliggande studie framkom det att alla människor har sitt personliga uttrycksmönster angående lidande. Sjuksköterskor uppgav vikten av att försöka förstå och tolka personens signaler på lidande då den verbala förmågan att kommunicera var inskränkt på grund av personens förvärrade tillstånd. Författarna i föreliggande studie anser att det finns flertalet etiska dilemman inom palliativ vård. Ett exempel på detta kan vara när sjuksköterskor bedömer att den döende personen inte är adekvat symtomlindrad men där sjuksköterskan är medveten om att personen redan har erhållit maximal dos av symtomlindrande läkemedel. Frågan är då hur sjuksköterskan ska kunna lindra personens lidande utan att det kan likställas med eutanasi? Att som sjuksköterska ha kunskap om att överskrida maximal dos av symtomlindrande läkemedel kan innebära dödlig utgång kan väcka känslor av ångest och skuld hos sjuksköterskan. Detta får stöd i studien av Barnhofer och Sorrell (2015) där sjuksköterskor nämnde att de kunde känna frustration relaterat till maktlöshet när dem inte kunde hjälpa personen att bli adekvat symtomlindrad. Sjuksköterskor talar om att de inte får gehör från läkaren som menar att det inte finns mer att göra för personen som är döende (ibid.). Författarna till föreliggande studie kan instämma i att ett bättre samarbete med läkaren möjligtvis kan underlätta för sjuksköterskan i sitt arbete men för framförallt personen som är döende.

Den omvårdnadsteori som valdes till föreliggande studie var Joyce Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter. I studien av Rich (2003) vidareutvecklades skillnaden mellan empati och sympati i mötet med en lidande person som Travelbee talade om i en tidigare genomförd studie (se; Travelbee, 1964). Travelbee förklarade begreppet empati som innefattade en intellektuell förståelse av känslouttryck från en annan person. Sympati handlade om en önskan, eller ett kall om att vilja hjälpa en annan människa att uppnå lindring av sina besvär. Ur Svensk sjuksköterskeförening (2014) kan detta tolkas in i sjuksköterskors omvårdnadsarbete som en del av en humanistisk grundsyn. Patientsäkerhetslagen (SFS,

2010:659) fastslår dessutom att det ligger i vårdgivarens ansvar att planera, leda och kontrollera den verksamhet där vård bedrivs som gör att krav på en god hälso- och sjukvård följs (ibid.). I den föreliggande studien har det framkommit genom den teoretiska referensramen och framtaget resultat att det är av vikt att sjuksköterskor ser till hela personen och dennes upplevelser av ohälsa och lidande i livets slutskede. Travelbee (1971) talade om den mellanmänskliga relationen mellan person och sjuksköterska. I föreliggande studie framkom denna relation som ett partnerskap mellan person och sjuksköterska och ansågs viktig i omvårdnaden för personer som befinner sig i livets slutskede.

Slutsats och kliniska implikationer

Som sjuksköterska inom palliativ vård möts man dagligen av upplevelser med både positiv och negativ karaktär. Detta kan innefatta att möta existentiella och spirituella frågor och att försöka bevara personens känsla av livskvalité. En person som befinner sig i livets slutskede kan genomgå en existentiell kris som kan yttra sig som ångest, vilket kan väcka frågor hos sjuksköterskan om vad meningen med livet är och reflektion kring den egna existensen. Det är därför relevant att sjuksköterskor får kontinuerligt stöd som är av handledande karaktär. Detta kan generera en starkare självkänsla hos sjuksköterskan och en större beslutsförmåga. En ytterligare barriär i omvårdnaden av personer i livets slutskede är tidsperspektivet. Sjuksköterskor påtalar att patientantalet per sjuksköterska inte är optimalt och som riskerar att hota patientsäkerheten. Det är därför relevant på verksamhetsnivå att se över resursfördelning och patientbehov för att motverka frustration och missnöje hos sjuksköterskor samt lidande hos personer som vårdas i livets slutskede. Det framkom även i den föreliggande studien om ett behov av ökad kunskap angående omvårdnad av personer i livets slutskede. Detta kan innefatta utbildning i bemötande och samtalsmetodik för sjuksköterskor inom den grundläggande sjuksköterskeutbildningen. Att som sjuksköterska inte enbart vara ett stöd för personen i livets slutskede utan även vara ett stöd för dennes närstående var relevant. Detta för att hjälpa den döende och dennes närstående att uppnå acceptans till vad som kommer att inträffa genom att se till allas behov och önskningar. Ett exempel på detta är att som sjuksköterska uppmuntra närstående att bli mer delaktiga i vården av personen i livets slutskede.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen har varit likvärdig under litteraturstudiens process. Det som utförts självständigt innefattade datainsamling och granskning av vetenskapliga artiklar. Därefter diskuterades det självständiga arbetet mellan författarna till den föreliggande studien för att uppnå enighet och en djupare förståelse. Resultatet och kategoribildningar har genomförts gemensamt likaså metod- och resultatdiskussion.

Referenser

Referenshänvisningar markerade med * före referensen är artiklar som använts i resultatet.

* Andershed, B., & Wallerstedt, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Nordic College of Caring Science*, 21, 32-40.

Andershed, B., Ternestedt, B-M., & Håkanson, C. (2013). *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

* Andersson, M., Edberg, A-K., & Törnquist, A. (2012). In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 651-658.

* Andersson, E., Rosengren, K., & Salickiene, Z. (2016). To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 144-149.

* Andreassen Devik, S., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, (8). doi: 10.3402/qhw.v8i0.21880.

Aranda Torres, C. J., Díaz Cortéz, M.M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J.M., & Munoz Terrón, J. M. (2015). Defining dignity in end-of-life care in the emergency department. *Nursing ethics*, 1-13. doi: 10.1177/0969733015604685.

* Arber, A., Mishelmovich, N., & Odelius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153-159.

* Arbour, R.B., & Wiegand, D.L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 211-218.

Attia, A.K., Abd-Elaziz, W.W., & Kandeel, N.A. (2012). Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(3), 297-304.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Barnhofer, E. I., & Sorrell, J. M. (2015). Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress: *Clinical Nursing Research*, Vol. 24(4) 401–414.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2012). *Palliativ medicin och vård* (4. uppl.). Stockholm: Liber.

* Bolmsjö, I., Brorson, H., Plymoth, H., & Örmon, K. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315-323.

* Danbolt, L.J., Kvigne, K., Sørli, V., & Tornøe, K.A. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying—a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(62), 1-12.

* Danbolt, L.J., Kvigne, K., Sørli, V., & Tornøe, K.A. (2014). The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 13(25), 1-8.

* Dowling, M., & Roche-Fahy, V. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134-141.

Ferrell, B.R., & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 241-247.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

* Gorawara-Bhat, R., Levine, S., Patel, B., & Shega, J.W. (2012). Nurses' Attitudes and Experiences Surrounding Palliative Sedation: Components for Developing Policy for Nursing Professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 432-437.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

* Janzen, K.J., & Perry, B. (2015). Taking action: An exploration of the actions of exemplary oncology nurses when there is a sense of hopelessness and futility perceived by registered nurses at diagnosis, during treatment, and in palliative situations. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(2), 179-185.

Johansson, K., & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043.

Kim, S., & Hwang, W.J. (2014). Palliative care for those with heart failure: Nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 124-133.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur

Kisario, L.C., & Langley, G.C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38.

Morgan, B., & Tarbi, E. (2016). The role of the advanced practice nurse in geriatric oncology care. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(1), 33-43.

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (2010). *Palliativguiden: Vägvisaren till lindrande vård*. Hämtad 2016-03-28. Från: www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad: 2016-04-04 http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

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

Qvarnström, U. (1993). *Vår Död*. Förlag: Almqvist & Wiksell

Rawlings, D., & Devery, K. (2015). Near death experience and nursing practice: lessons from the palliative care literature. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 22(8), 26-29.

Rich, K. (2003). Revisiting Joyce Travelbee's Question: What's Wrong With Sympathy? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(6), 202-204.

Rydé, K., & Hjelm, K. (2015). How to support patients who are crying in palliativa home care: an interview study from the nurses' perspective. *Primary Health Care Research & Development*, 2, 1-10.

Sherwen, E. (2014). Improving end of life care for adults. *Nursing Standard*, 28(32), 51-57.

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utveckling i landsting och kommuner*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, rekommendationer och indikationer*. Västerås: Edita Västra Aros

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2009). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2 Uppl.) Philadelphia: Davis.

* Volker, D.L., & Wu, H-L. (2009). Living With Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 578-584.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

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

World Health Organization. (2012). *Cancer – WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad: 2016-04-01 Från: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Bilaga 1(1). Huvud- och underkategorier

Otillräcklighet

Sjuksköterskors upplevelser av osäkerhet

Sjuksköterskors upplevelser om behov av handledning och stöd

Kommunikation

Sjuksköterskors upplevelser av att möta existentiella och spirituella frågor

Sjuksköterskors upplevelser om relationens betydelse

Bevara livskvalité

Sjuksköterskors upplevelser om att involvera närstående

Sjuksköterskors upplevelser om personcentrerad vård

Sjuksköterskors upplevelser om att lindra lidande

