

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Att vårda döende patienter sjuksköterskors upplevelser

FÖRFATTARE	Charlotta Berglund Nanna Ruthström
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Examensarbete - grundnivå OM 5250 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingela Henoch
EXAMINATOR	Åsa Premberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Att vårda döende patienter – sjuksköterskors upplevelser
Titel (engelsk):	Caring for dying patients - nurses' experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, OM 5250, Examensarbete - grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Charlotta Berglund Nanna Ruthström
Handledare:	Ingela Henoeh
Examinator:	Åsa Premberg

SAMMANFATTNING

Att vårda döende patienter ingår som en viktig del i sjuksköterskans profession och syftar till att lindra lidande och förbättra livskvaliten för dessa patienter och deras närstående. Vården av döende patienter baseras på den palliativa vården som vilar på fyra hörnstenar: symtomlindring, närståendestöd, teamarbete samt kommunikation och relation. Oavsett vårdkontext, kommer sjuksköterskan att möta döende patienter och skall därför kunna erbjuda god omvårdnad även till dessa patienter och deras närstående. Syftet med litteraturstudien är att beskriva grundutbildade sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter. Litteraturstudien baseras på 11 kvalitativa vetenskapliga artiklar som är analyserade enligt Fribergs modell för kvalitativ analys. Studiens resultat presenteras under fem teman med tillhörande subteman. De fem teman som framkommit är: Att göra gott för patient och närstående, att hantera situationen, att inte räcka till, förutsättningar och etiska dilemman. Sjuksköterskor upplever att deras arbetssituation är känslomässigt uttömmande och överväldigande. De har ett stort behov av olika strategier för att kunna hantera sin situation, både på arbetet och i privatlivet. Sjuksköterskorna strävar efter att bedriva god och personcentrerad omvårdnad vilket inte alltid är möjligt när förutsättningarna är bristfälliga eller helt saknas.

Nyckelord: Palliativ vård, vård i livets slutskede, döende patienter, sjuksköterskors upplevelser.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION.....	4
INLEDNING.....	4
BAKGRUND	4
Synen på döden – då och nu.....	4
Palliativ vård	5
Att vårda döende patienter	5
Livskvalité och välbefinnande.....	5
Delaktighet	6
Sjuksköterskan och professionen	6
Problemformulering	6
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Vald metod	7
Urvalskriterier	7
Tabell 1. Sökning i databaser	8
Datamaterial	9
Dataanalys	9
Etiskt ställningstagande	9
RESULTAT.....	9
Tabell 2. Teman och subteman.....	9
Att göra gott för patient och närstående	10
Personcentrerad omvårdnad.....	10
Närståendestöd	10
Arbetsstillfredsställelse.....	11
Att hantera situationen	11
Stöd från medarbetare och teamet.....	11
Livsstil.....	12
Tro och andlighet.....	12
Nära vårdrelationer	12
Känslomässiga barriärer	13
Reflektioner över livet och existensen	13
Att inte räcka till	14
Stress, tidsbrist och prioriteringar	14
Slitsamt dränerande arbete.....	14
Miljö.....	15
Förutsättningar	15
Utbildning, erfarenhet och professionell utveckling	15
Organisation och ledningsstöd	16
Förebilder och handledare	16
När samarbetet inte fungerar.....	17
Etiska dilemman	17
Ansvarsområden och beslutsfattande.....	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18

RESULTATDISKUSSION	19
Stress.....	19
Prioriteringar.....	19
Samtal och reflektion.....	19
Närståendestöd	20
Sjuksköterskors hälsa.....	20
Teamarbete	20
Fortsatt forskning	21
Implikationer för vården.....	22
REFERENSER.....	24

BILAGOR

Bilaga 1. Artikelöversikt

INTRODUKTION

INLEDNING

Alla skall dö förr eller senare, vi vet bara inte när eller hur. Att få sluta sitt liv utan att behöva uppleva smärta och att fridfullt få somna in är långt ifrån självklart. För många av oss blir döden något vi möter efter en längre tids sjukdom. Medelåldern i Sverige har ökat sedan industrialismen vilket innebär att fler blir äldre och kommer att behöva vårdas för åldersrelaterade sjukdomar i större utsträckning än förut (Jakobsson, 2014). Det betyder också att det kommer att behövas någon som vårdar oss ända in i döden. Någon, som orkar och klarar av att vara där.

För sjuksköterskestudenter kan den många gånger helt nya upplevelsen av att möta döden innebära stora påfrestningar. Döden och döendet väcker många tankar och känslor som kan vara svåra att hantera (Strang et al., 2014a). Det ingår som en del i sjuksköterskans profession att vårda varje patient i enlighet med en värdegrund som utgår från en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan skall visa omsorg och respekt även för patienter i livets slutskede. Därför är det viktigt att beskriva hur sjuksköterskor själva upplever vårdandet av döende patienter. Genom att beskriva sjuksköterskornas upplevelser hoppas vi kunna tydliggöra vilket stöd och vilken kunskap som behövs för att även döende patienter och deras närstående ska få god vård.

BAKGRUND

Synen på döden – då och nu

I 1700 -1800 – talets svenska bondesamhälle sågs döden som en naturlig del av livet. Barnadödligheten var relativt hög och människor dog ofta i infektionssjukdomar vilket gjorde att medelåldern var betydligt lägre än idag. Döden sågs som en naturlig företeelse som innefattade självklara religiösa ritualer för hur döden och de döende skulle hanteras (Jakobsson, 2014).

De moderna förhållningssätt som växte fram under industrialismen flyttade döden från hemmen till vårdinstitutionerna, vilket gjorde döden mer undanskymd för allmänheten samtidigt som medelåldern ökade (Jakobsson, 2014). Tidigare hade prästen en central roll i döendet men nu blev döden de professionellas angelägenhet (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012). Den medicinska utvecklingen väckte stor optimism vilket gjorde att döden ofta kom att beskrivas som ett medicinskt misslyckande. Det i sin tur kan ha bidragit till dagens negativa syn på döden och döendet. När den medicinska vården inte längre hade något att erbjuda människor omgavs de istället av tystnad och passivitet. De lämnades att dö ensamma (Ternestedt et al., 2012).

Med nutidens postmoderna förhållningssätt ses döden fortfarande främst som en medicinsk händelse dock har hospicefilosofin, med sin helhetssyn på människan, börjat utmana det traditionella medicinska synsättet. Hospicefilosofin ligger till grund för den palliativa vården och präglas starkt av vår tids individualism, självbestämmande och valfrihet (Ternestedt et al., 2012). Vi blir allt mer sekulariserade och religiösa ritualer och normer bleknar, istället vill de flesta människor skapa sin egen version av en ”god död” vilket kan leda till osäkerhet och förvirring kring döden och döendet (Jakobsson, 2014). Här fyller den palliativa vården en stor roll eftersom den har till uppgift att arbeta för att främja och bevara hälsa genom att erbjuda omvårdnad som tillgodoser människans samtliga behov (Socialstyrelsen, 2013). Omvårdnadspersonalen har därför en viktig funktion även som samtalspartner för patient och närstående när det gäller tankar och funderingar kring och om döden och döendet.

Palliativ vård

WHO (2014) definierar den palliativa vården som ett förhållningssätt med en strävan att förbättra livskvaliteten för patienter och deras närstående vid livshotande sjukdom. Vården kännetecknas av en helhetssyn på människan och syftar till att lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av såväl fysiska, psykosociala som existentiella problem (WHO, 2014; Socialstyrelsen, 2013). Palliativ vård har fastslagits som ett prioriteringsområde inom vården och likställs med livshotande akuta sjukdomar (Regionalt cancer centrum, 2012). Den holistiska människosynen ligger till grund för det palliativa förhållningssättet där individen skall få stöd att leva hela sitt liv med värdighet och kunna känna välbefinnande även den sista tiden i livet. Den palliativa vårdens uppgift är att hjälpa patienten att uppleva hälsa och tillfredsställelse även vid livets slut. Den palliativa vården får aldrig påskynda eller fördröja döden (Regionalt cancer centrum, 2012). Den allmänna palliativa vården avser vård som ges av personal med grundläggande utbildning och kompetens i palliativ vård till döende patienter (Socialstyrelsen, 2014) och ska alltså kunna ges av alla sjuksköterskor (Lindquist, 2014).

När vården går ifrån att vara botande till att bli palliativ ändras det huvudsakliga målet med vården från att vara livsförlängande till att istället vara lindrande (Socialstyrelsen, 2014). Den här övergången brukar kallas för brytpunkt och enligt Socialstyrelsen (2014) bör dessa ske mellan ansvarig läkare och patient i en gemensam diskussion och i samförstånd. Den fortsatta vården skall planeras utifrån patientens unika tillstånd, behov och önskemål.

Att vårda döende patienter

Det palliativa förhållningssättet syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet hos döende patienter och är uppbyggd av fyra hörnstenar: symtomlindring, närståendestöd, teamarbete samt kommunikation och relation (Beck-Friis, 2009; Strang, 2012). Symtomlindring syftar dels till god smärtlindring och kontroll av fysiska symtom men innefattar även psykiska samt existentiella symtom vilka i sig kan ha stor inverkan på patientens livskvalitet (Strang, 2012). Inom den palliativa vården ses patient och närstående som en enhet varpå närståendestöd är en essentiell del i den palliativa vården. Organiserat stöd till närstående skall kunna erbjudas och verka för att hjälpa närstående att hantera sin situation både under patientens sjukdomstid och efter dödsfallet (Strang, 2012). Hörnstenen som berör kommunikation och relation bör lysa som en röd tråd i genom hela den palliativa vården. En god relation och god kommunikation mellan såväl sjuksköterska, patient, närstående och teammedlemmar är en grundförutsättning för att den palliativa vården skall fungera (Strang, 2012). För att på bästa sätt kunna tillgodose så väl patientens som de närståendes behov bör teamarbete vara grundläggande i den palliativa vården. Genom ett gott och prestiglöst samarbete kan patientens unika behov och önskemål uppfyllas då teamets strävan är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten (Strang, 2012; Regionalt cancer centrum, 2012).

Personcentrerad vård

I den personcentrerade vården är patienten i focus och skall inkluderas i samtliga vårdprocesser och vårdbeslut. Ett föresättningslöst och gott bemötande är centralt i den personcentrerade vården och syftar till att ge god omvårdnad som vilar på en humanistisk värdegrund (Edvardsson, 2010). Att arbeta personcentrerat har visat sig öka patientens delaktighet, förbättra vårdens kontinuitet och öka patientsäkerheten. Personcentrerad vård bör vara grundläggande inom alla vårdkontexter. Genom att låta patientens berättelse vara i centrum och möjliggöra patientens delaktighet kan en förtroendefull relation etableras (Ekman et al., 2011).

Livskvalité och välbefinnande

Willman (2014) belyser människans unika strävan efter att finna mening med sitt liv. Eriksson (1993) menar att "välbefinnande" är ett fenomenologiskt ord som betyder "att finna sig väl" och att hälsa är en mänsklig helhetskänsla som berör det egna allmäntillståndet både psykiskt och fysiskt. Petersson och Strang (2012) beskriver en människas individuella livskvalitet som en helhetsupplevelse av kvalitén på sitt liv utan att ha ett direkt samband med fysisk hälsa. Sjukdom kan dock leda till att en människa upplever minskad värdighet och ett minskat välbefinnande. Genom respektfull, god och professionell omvårdnad kan patientens välbefinnande bevaras eller återerövas (Oosterveld-Vlug, Pasma, Gennip, Muller, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2014).

Ur ett forskningsperspektiv har lidandet genom tiderna setts som något som skall motarbetas och bestridas till varje pris. För en del människor innebär lidandet att förlora livskraften och fyllas med djup depression och livströtthet (Eriksson, 2001) medan det för någon annan kan vara essentiellt för den egna hälso- och livsprocessen (Wiklund Gustin, 2014). En av sjuksköterskans uppgifter är att vara lyhörd för den enskilda individens lidande och respektera att lidande kan vara olika för olika människor (Wiklund Gustin, 2014). Oavsett hur en människa hanterar sitt lidande finns det nästan alltid möjligheter till lindring (Eriksson, 2001). Eriksson (2001) menar t.ex. att trösten från en medmänniska kan verka lindrande och inge tillit, mod och hopp till den som lider.

Delaktighet

Patientens delaktighet är lagstadgad och bör vara självklar inom vården (Socialstyrelsen, 2012). Det är upp till sjukvårdspersonalen att tillhandahålla de förutsättningar som krävs för att patienten skall kunna vara delaktig i sin egen vård och behandling (Eldh, 2014). Kommunikationen mellan patient, närstående och sjuksköterska bör bygga på lyhördhet och ske i en öppen dialog där patient och närstående känner sig respekterade och tagna på allvar, vilket möjliggör deras delaktighet i vården (Socialstyrelsen, 2012; Strang S, Henoch I, Browall M, Danielson E. & Melin-Johansson C, 2014). I den palliativa vården skall patienten ses som en självklar del i teamet, eftersom patienten är expert på sig själv och sin kropp. Samtidigt har sjukvårdspersonalen en expertis inom vård och omvårdnad och tillsammans kan en personcentrerad vård utformas och genomföras (Ekman et al., 2011).

Sjuksköterskan och professionen

I sjuksköterskornas etiska kod ICN beskrivs sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden "främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande" (Nurses, 2014). Oavsett vårdssammanhang, kommer sjuksköterskan i det kliniska arbetet att någon gång möta döende patienter och skall därför klara av att ge god omvårdnad även till dessa patienter och deras närstående (Lindqvist, 2014).

Det salutogena perspektiv som initierades av professor Aron Antonovsky ligger till grund för hela omvårdnadsarbetet och belyser vikten av att sjuksköterskan, med hälsa i fokus, arbetar hälsofrämjande, stärkande och hälsobevärande och inte enbart ser till det sjuka hos patienten. (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Det ingår i sjuksköterskans profession att arbeta i enlighet med en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Genom visad omsorg för den unika patienten skall sjuksköterskan med respekt för den enskildes autonomi, integritet och värdighet tillämpa kunskap inom omvårdnad och medicin. Patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov skall kunna tillgodoses. Sjuksköterskan förväntas uppmärksamma och möta patientens unika sjukdomsupplevelse och lindra lidandet

så långt det är möjligt genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen 2005). Uppgiften kan upplevas svår, tung och utmanande (Beck-Friis, 2009; Strang et al., 2014b).

Problemformulering

Sjuksköterskan har en mycket central roll i vården av patienter vid livets slutskede. Uppgiften kan kännas svår och tung, vilket kan leda till att sjuksköterskan får svårt att leva upp till sin kompetensbeskrivning som bland annat innefattar att lindra lidande för patient och närstående i livets slutskede. Det är därför viktigt att belysa sjuksköterskors egna upplevelser av att vårda döende patienter. Enligt WHO (2014) skall den palliativa vården lindra lidande och främja livskvalitet, vilket också är två av sjuksköterskans huvuduppgifter. Det krävs kompetens och lyhördhet av sjuksköterskan för att kunna tillgodose den unika patientens behov och önskemål. Genom att uppmärksamma och synliggöra sjuksköterskors egna upplevelser av att vårda döende patienter och deras närstående kan svårigheter inom området identifieras och relevanta åtgärder utarbetas och sättas in.

SYFTE

Syftet är att beskriva grundutbildade sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter.

METOD

Vald metod

Denna litteraturstudie bygger på vetenskapliga artiklar med kvalitativ design och syftar till att skapa djupare förståelse för det valda fenomenet. Litteraturstudien har för avsikt att fungera vägledande inom det praktiska omvårdnadsarbetet. Samtliga artiklar som inkluderats har analyserats enligt Fribergs (2012a) metod för analys av kvalitativa studier.

Urvalskriterier

Litteraturstudiens resultat är baserat på artiklar som hämtats ifrån databaserna Cinahl och PubMed. För att arbeta med aktuell forskning inkluderades endast artiklar som publicerats mellan år 2007 – 2014 i sökningen. Alla artiklar från databasen Cinahl är peer reviewed och från PubMed är samtliga journal articles. Artiklarna som valts är alla skrivna på engelska och exklusionskriterier är barn och fulltext ej tillgänglig.

De sökord som använts är: end of life care, nursing care, experiences, terminally ill, registered nurse, nurse*, death, dying, dying patients, perspective, palliative care. Artikelsökningen skedde i två steg. En första inledande sökning gjordes för att få en överblick över valt ämnesområde. Senare gjordes en systematisk sökning som är den egentliga informationssökningen. En systematisk informationssökning skall vid senare tillfällen kunna upprepas och bör därför planeras och dokumenteras noggrant (Östlundh, 2012). Sökningarnas samtliga abstract lästes och de artiklar vars abstract svarade väl mot litteraturstudiens syfte valdes ut för vidare granskning. När samtliga artiklar lästs igenom valdes 11 artiklar till litteraturstudien och de valda artiklarnas deltagare är grundutbildade sjuksköterskor. Flertalet artiklar som baserats på specialistsjuksköterskor eller undersökterskor valdes bort med undantag ifrån en artikel där sjuksköterskornas utbildningsnivå inte var angiven. Artikelsökningarna redovisas i tabell 1 där dubletter har exkluderats. Studien syftar till att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter oavsett vårdkontext. Därför har artiklar ifrån olika vårdmiljöer inkluderats. Artiklarna inkluderar såväl nyutexaminerade sjuksköterskor som de med lång arbetslivserfarenhet för att få en bred och rättvis bild av hur det upplevs att vårda döende patienter.

Tabell 1. Sökning i databaser.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
140908	Cinahl	“end of life care” AND “nursing care” AND experiences	Peer review, abstract available, published 2009-2014, English	12	2	2	1 Karlsson et al., 2012
140908	PubMed	end of life care registered nurse experience	published 2009-2014, Abstract available, Full text available, Journal Article, English	17	5	5	2 Gerow et al., 2010 Törnquis et al., 2012
140908	Cinahl	"terminally ill" AND “end of life care” AND experiences AND nurse*	Peer review, abstract available, published 2009-2014, English	25	3	3	2 Barrere et al., 2014 Pattison et al, 2013
140908	Cinahl	"terminally ill" AND death AND experiences AND dying AND nurse*	Peer review, abstract available, published 2009-2014, English	24	1	1	0
140908	PubMed	"dying patients" AND nurse* AND experiences	published 2009-2014, Abstract available, Full text available, Journal Article, English	34	5	4	2 Fridh et al., 2009 Hinderer, 2012
140909	Cinahl	“dying patients” AND nurse* AND perspective	Peer review, abstract available, published 2007-2014, English	16	2	1	1 Källström Karlsson et al., 2008
140909	Cinahl	"dying patients” AND nurse* AND experiences	Peer review, abstract available, published 2007-2014, English	35	4	2	2 Tunnah et al., 2012 Wu et al., 2009
140910	Cinahl	nurse* AND “palliative care” AND experiences AND “dying patients”	Peer review, abstract available, published 2007-2014, English	15	1	1	1 Wallerstedt et al., 2007
140910	Cinahl	(MH "Registered Nurses")AND terminal care AND experience	Peer review, abstract available, published 2007-2014, English	9	2	2	0

Datamaterial

De elva artiklar som till slut valdes har alla en kvalitativ design vilket passar syftet och problemformuleringen. Artiklarna har kvalitetsgranskats enligt Willmans (2011) granskningsmodell för kvalitativa studier. Ingen av artiklarna föll bort på grund av låg kvalitet och artiklarna kommer från Sverige, USA, Kanada, Storbritannien och Taiwan.

Dataanalys

Studiens analys är baserad på Fribergs (2012a) modell för kvalitativanalys. För att få en känsla för innehållet lästes artiklarna i sin helhet flera gånger. Artiklarnas resultatdelar lästes därefter noggrant med fokus på det, för syfte och frågeställning, relevanta innehållet. Nyckelfynd som direkt svarade på frågeställningen identifierades och gavs tillfälliga arbetsrubriker. När fynd av samma slag gjordes kodades dessa med liknande rubriker. Ett mönster växte fram och det blev under arbetets gång tydligt vilka huvudfynd som skulle framträda. Dessa rubricerade fynd gjordes till numererade abstraktioner som sedan sorterades efter rubriker och underrubriker i ett Excel dokument. Abstraktionerna provades i en mängd olika kombinationer och ut mynnade slutligen i tydliga och relevanta teman. Det nya resultatet består av fem huvudteman med tillhörande subteman, där likheter och skillnader i artiklarnas resultat lyfts fram.

Etiskt ställningstagande

Samtliga artiklar som inkluderats i litteraturstudien har godkänts genom etisk granskning. De delar av artiklarnas resultat som var relevanta för litteraturstudiens syfte sammanställdes med en strävan om att göra rättvisa åt artiklarnas resultat.

RESULTAT

Resultatet presenteras under fem teman med tillhörande subteman (Tabell 2).

Tabell 2. Teman och subteman.

Teman	Subteman
Att göra gott för patient och närstående	Personcentrerad omvårdnad Närståendestöd Arbetsstillfredsställelse
Att hantera situationen	Stöd från medarbetare och teamet Livsstil Tro och andlighet Nära vårdrelationer Känslomässiga barriärer Reflektion över livet och existensen
Att inte räkna till	Stress, tidsbrist och prioriteringar Slitsamt och dränerande arbete Miljö
Förutsättningar	Utbildning, erfarenhet och professionell utveckling Organisation och ledningsstöd Förebilder och handledare När samarbetet inte fungerar
Etiska dilemman	Ansvarsområden och beslutsfattande

Att göra gott för patient och närstående

Personcentrerad omvårdnad

Sjuksköterskorna betonade att varje patient var unik och att det inte gick att följa någon konkret mall för hur vården av döende patienter skulle se ut (Barrere, & Durkin, 2014; Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009; Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers, & Domian, 2010; Pattison, Carr, Turnock, & Dolan, 2013; Wallerstedt, & Andershed, 2007). Enligt sjuksköterskorna var det oerhört viktigt att fokusera på det unika i varje patient och tillåta flexibilitet och ibland även använda icke traditionella arbetsmetoder för att kunna skapa livskvalitet för patienter och deras närstående (Barrere et al., 2014; Wallerstedt et al., 2007). Vård vid livets slutskede kunde enligt sjuksköterskorna ibland rättfärdiga interventioner utöver det vanliga. Det kunde till exempel vara att bjuda en diabetiker på glass om det bidrog till livskvalitet för honom eller henne (Barrere et al., 2014). Sjuksköterskornas ambition var att tillgodose patient och närståendes behov och uppfylla deras önskemål så långt det var möjligt (Hinderer, 2012; Wallerstedt et al., 2007). Många sjuksköterskor beskrev att de fick mycket uppskattning från patienterna när de tog sig tid att hjälpa dem med, vad som kan tyckas vara obetydliga detaljer. Dessa tillsynes små handlingar av vänlighet kunde ha en enorm påverkan på omvårdnaden och bidrog till känslor av värdighet och välbefinnande hos patienten (Barrere et al., 2014; Pattison et al., 2013; Wu, & Volker, 2009).

Några sjuksköterskor beskrev hur de kunde relatera till patient och närståendes situation om de själva eller någon av deras närstående varit i en liknande situation. De försökte därför alltid erbjuda den omvårdnad som de önskat för sig själva eller sina närstående. De ville göra sitt allra yttersta för patienten (Fridh et al., 2009; Källström Karlsson, Ehnfors, Ternestedt, 2008) och betonade vikten av att vara närvarande i mötet med patienten och lyssna aktivt (Fridh et al., 2009). "Det är inte så mycket vad du säger till patienten utan hur mycket du lyssnar" (Barrere et al., 2014, s. 39). Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att bekräfta den döende patienten som människa genom samtal och beröring. I vården av döende patienter som inte hade någon närstående beskrev sjuksköterskorna hur de agerade både som medmänniska och professionell sjuksköterska (Fridh et al., 2009).

Många sjuksköterskor utgick från ett holistiskt perspektiv och trivdes därför med att arbeta på hospice (Wallerstedt et al., 2007; Wu et al., 2009). En sjuksköterska som var ny inom hospicevården uttryckte att hon var "imponerad över den höga kvaliteten på omvårdnaden och att vårdpersonalen verkligen tog sig tid till varje patient" (Wu et al., 2009, s. 580). Genom att se till patientens helhetsituation underlättades den personcentrerade omvårdnaden vilket skapade tillfredställelse hos sjuksköterskorna (Wallerstedt et al., 2007; Wu et al., 2009).

Närståendestöd

Sjuksköterskorna beskrev också hur viktigt det var att erbjuda stöd till de närstående. Genom att vara närvarande och tillgänglig för de närstående kunde deras känsla av trygghet stärkas (Fridh et al., 2009; Hinderer, 2012; Karlsson, Karlsson, Barbosa da Silva, Berggren, & Söderlund, 2013). Sjuksköterskornas erfarenhet var att de närståendes osäkerhet ökade om de inte kände sig bekräftade i sin situation vilket förhindrade goda vårdrelationer och försvårade optimal omvårdnad (Karlsson et al., 2013). "Mycket av vår omvårdnad riktar sig till de närstående" (Fridh et al., 2009, s. 236). De betonade också att de närstående ofta ville vara delaktiga i vården samt försäkra sig om att deras anhörige inte var lidande (Fridh et al., 2009). God kommunikation och tydlig information till patient och närstående ansågs viktig för att kunna möjliggöra deras delaktighet (Karlsson et al., 2013; Wu et al., 2009). Några sjuksköterskor upplevde att det var bekymmersamt att inte alla kollegor förstod och satte värde på de närståendes behov av att vara delaktiga (Karlsson et al., 2013).

Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att främja närståendes närvaro när en patients död var väntad. Då de närstående var tveksamma till att komma till sjukhuset såg sjuksköterskorna det som sin plikt att få dem att känna sig trygga och motiverade att komma (Fridh et al., 2009). Ibland fick de även agera medlare mellan närstående och patient för att underlätta deras relation. De försökte vägleda de närstående i mötet med den döende (Barrere et al., 2014; Fridh et al., 2009) och uppmuntrade dem till att röra vid och tala med sin anhörige. Ibland stängdes till och med störande monitorer av för att de närståendes fokus skulle flytta från apparaturen till den döende och på det sättet föra patient och de närstående närmare varandra (Fridh et al., 2009; Pattison et al., 2013). Ibland kunde dock monitorering vara bra för att tydligt kunna visa de närstående att patienten hade dött (Fridh et al., 2009).

Stöd till de närstående ansågs vara viktigt även efter patientens död. Det kunde erbjudas i form av efterlevandssamtal där de närstående hade möjlighet att ställa sina frågor och dela med sig av sina tankar och känslor (Barrere et al., 2014; Fridh et al., 2009; Hinderer, 2012; Wu et al., 2009).

Arbetstillfredsställelse

Sjuksköterskorna kände vördnad inför att tillsammans med de närstående få dela en människas sista tid i livet (Fridh et al., 2009). Det beskrevs som ett privilegium att få ge dem en så bra sista tid som möjligt (Tunnah et al., 2012). Sjuksköterskorna upplevde att de genom sin omvårdnad kunde göra skillnad för patienterna vilket bidrog till känslan av arbetstillfredsställelse (Pattison et al., 2013; Tunnah et al., 2012). "Vi kan inte förändra det som händer men vi kan göra skillnad" (Tunnah et al., 2012, s. 286). Sjuksköterskorna kände sig behövda och uppskattade av patient och närstående. Bekräftelsen genererade i sin tur ny energi till fortsatt arbete (Barrere et al., 2014; Källström Karlsson et al., 2008; Wallerstedt et al., 2007; Wu et al., 2009). För en del sjuksköterskor låg tillfredsställelsen i att kunna se sin egen expertis och sin kliniska kunskapsnivå samt att de fick delta i något meningsfullt (Gerow et al., 2010). För många sjuksköterskor var det också tillfredställande att arbetet bidrog till den egna personliga utvecklingen (Wallerstedt et al., 2007).

Att hantera situationen

Det framkom tydligt i artiklarna hur nästan alla sjuksköterskor hade ett stort behov av att hitta strategier för att kunna hantera hela sin livssituation (Barrere et al., 2014; Fridh et al., 2009; Gerow et al., 2010; Hinderer, 2012; Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah, Jones, & Johnstone, 2012; Törnquist et al., 2009). Det framkallade många tankar och mycket känslor att varje dag arbeta nära döden. Sjuksköterskorna upplevde därför att de behövde utarbeta olika strategier för att klara av sin situation, både på arbetet och i privatlivet, för att inte bli utbrända (Wu et al., 2009). Deras sätt att hantera sin situation presenteras här under sex subteman.

Stöd från medarbetare och teamet

De flesta sjuksköterskor upplevde att teamet och kollegorna var ett oerhört viktigt stöd för att klara av och orka hantera de svåra och problematiska situationer som ofta uppstod i vården av döende patienter (Hinderer, 2012; Tunnah et al., 2012; Törnquist et al., 2013). "När vi känner oss upprörda eller stressade kan teammedlemmarna ge stöd, visa förståelse och acceptans. När jag berättar om mina tankar kan teamet lyssna, förlåta mig, acceptera min gråt och ge mig en kram" (Wu et al., 2009, s. 581). Det tycktes viktigt att ha gemensam tid tillsammans med sina kollegor under arbetsdagen för att få möjlighet att diskutera olika situationer och dela med sig

av sina känslor, eller bara för att kunna äta lunch tillsammans och känna samhörighet (Tunnah et al., 2012).

Livsstil

En del sjuksköterskor beskrev hur en hälsosam livsstil kunde fungera som en strategi för att hantera sina känslor. Genom att äta hälsosamt, sova tillräckligt samt motionera kunde de slappna av och må bra i sig själva, vilket i sin tur motverkade stress (Wu et al., 2009). En promenad i skogen kunde vara ett sätt att få lite tid för sig själv, vilket ansågs viktigt för möjligheten att kunna bearbeta känslor och upplevelser (Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012). Sjuksköterskorna hade olika fritidsaktiviteter som underlättade för dem. Det kunde vara allt ifrån att gå till gymmet, ta en promenad, titta på tv, lyssna på musik eller att gå en kurs vilket bidrog till avkoppling. Tankarna på döden kunde släppas och därmed följde jobbet inte heller med hem i samma utsträckning. (Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012).

Tro och andlighet

De sjuksköterskor som var religiösa beskrev hur de genom sin religiösa tro fann sätt att hantera svåra situationer (Gerow et al., 2010; Wu et al., 2009) och försökte på så vis också hitta det hanterbara i en komplex situation. En del sjuksköterskor var övertygade om att allt sker av en anledning. Tack vare sin tro, och känslan av att de gjort sitt allra yttersta i omvårdnaden kring patienten, underlättades sjuksköterskornas avsked av patienterna (Gerow et al., 2010).

Nära vårdrelationer

En stark och nära vårdrelation upplevdes av sjuksköterskorna som något sunt och bra. Genom att lära känna den döende patienten och dennes närstående kunde sjuksköterskorna förstå det mänskliga i situationen och där igenom känna gemenskap (Gerow et al., 2010; Wallerstedt et al., 2007). Närheten gav en bra förståelse för hur patienten själv upplevde sin situation, vilket bidrog till ett ömsesidigt utbyte i relationen (Wu et al., 2009). Sjuksköterskorna uttryckte att de uppskattade patienterna som medmänniskor och ibland även som vänner (Gerow et al., 2010). Dock identifierade sjuksköterskorna också en risk med att komma patient och närstående för nära och då bli för djupt känslomässigt berörda. Det kunde leda till att situationen upplevdes utmattande (Gerow et al., 2010; Hinderer, 2012; Wallerstedt et al., 2007).

Sjuksköterskornas relation till de närstående kunde i sig vara till hjälp för att hantera de egna känslorna. När de närstående hanterade situationen väl påverkades samtidigt sjuksköterskornas känslor och underlättade på så vis deras situation. I efterlevnadsamtal kunde sjuksköterskan erbjuda närstående möjlighet att få prata igenom det som hänt och ge uttryck för sina känslor. Samtalen syftade till att hjälpa de närstående till ett bra avslut, men många sjuksköterskor uttryckte att samtalen även var bra för deras bearbetning av situationen. Det sågs som ett tillfälle att ta farväl till den avlidne patienten och de närstående. Efter samtalen var de lättare att släppa taget om patienten och själva få ett slags avslut (Fridh et al., 2009; Hinderer, 2012). "Jag kan känna mig extra ledsen och tom, när en patient utan närstående går bort, eftersom inget efterlevnadsamtal kommer att äga rum" (Fridh et al., 2009, s. 236). En del sjuksköterskor uttryckte att de även klarade av situationen bättre när de fick utföra omvårdnadshandlingar så som att ge munvård, bädda rent hos patienten eller att förse de närstående med mat, dryck och näsdukar (Hinderer, 2012).

Känslomässiga barriärer

Nästan alla sjuksköterskor uttryckte att det krävdes en viss känslomässig distans till arbetet för att klara av sitt vardagsliv. Många sjuksköterskor försökte hantera de egna känslorna genom att sätta upp skyddsbarriärer (Barrere et al., 2014; Hinderer, 2012; Gerow et al., 2010). Det känslomässiga skyddet hjälpte till att mildra och begränsa den egna sorgeprocessen så att de kunde fortsätta att bedriva stödande och god omvårdnad (Gerow et al., 2010). Skyddsbarriärer kunde användas på skilda sätt och se olika ut beroende på sjuksköterskans personlighet och var denne befann sig i sitt liv. En del sjuksköterskor hade en permeabel barriär, där de tillät sig att känna mycket känslor samtidigt som de bevarade sin professionalitet. Andra hade ett tjockare skydd, där känslor nästan helt stängdes ute (Gerow et al., 2010). En del sjuksköterskor uttryckte att de med åren hade blivit hårdare och mindre känslomässigt engagerade i dödsupplevelsen (Hinderer, 2012) och att det var en hårfin gräns mellan att inte låta känslorna ta över och att inte bli avtrubbad eller likgiltig (Barrere et al., 2014; Gerow et al., 2010). Sjuksköterskorna uttryckte också att de kunde känna sig ledsna efter ett dödsfall men lät det aldrig sitta i någon längre tid. De satte sig själva åt sidan och fokuserade i stället på patient och närstående (Hinderer, 2012).

Reflektioner över livet och existensen

Många sjuksköterskor upplevde att arbetet med patienter i livets slut var sorgligt men att det fyllde ett syfte och därför var meningsfullt (Pattison et al., 2013). För att på ett bra sätt kunna vårda döende patienter förklarade några sjuksköterskor hur de behövde acceptera döden som en naturlig och oundviklig del av livet. "Genom åren har jag kommit att inse att döden är en del av livet" (Hinderer, 2012, s. 256). Arbetet hade bidragit till en djupare förståelse för dödens närvaro i livet och ett flertal sjuksköterskor uttryckte att de själva nu hade mindre ångest när de tänkte på sin egen död och även lättare kunde initiera samtal kring döden med sin egen familj. Att vårda och stötta patienter i dessa sårbara livssituationer hjälpte sjuksköterskorna att också kunna se döden som en befrielse när lidandet hade varit svårt (Hinderer, 2012). En del beskrev att de genom daglig kontakt med svårt sjuka människor hade kommit till insikt om att döden kunde komma snabbt och oväntat genom sjukdom. De tog inte längre livet för givet (Källström Karlsson et al., 2008).

Arbetet nära döden väckte existentiella frågor och många av sjuksköterskorna började reflektera över meningen med det egna livet (Hinderer, 2012; Källström Karlsson et al., 2008; Wu et al., 2009). Sjuksköterskorna uttryckte att de värdesatte livet mer (Hinderer, 2012), och inte längre lät dagarna rinna förbi (Källström Karlsson et al., 2008). De flesta sjuksköterskor ansåg att deras arbete hade hjälp dem till ett öppnare sinne och visat dem vad som var viktigt i livet (Källström Karlsson et al., 2008; Wu et al., 2009). En sjuksköterska uttryckte att "det är idag du lever" (Källström Karlsson et al., 2008, s. 229).

Även efter många års erfarenhet av att arbeta med döende patienter hade sjuksköterskorna fortfarande kvar samma synsätt, det var alltså viktigt att ta vara på livet. De beskrev hur de fortfarande värdesatte de små sakerna i livet som tidigare tagits för givet. Pengar och materiella ting var inte heller lika viktigt och det hade istället blivit mer betydelsefullt att ta hand om de nära och kära och bara njuta av att vara tillsammans (Källström Karlsson et al., 2008).

Att inte räkna till

"Det är överväldigande att se någon dö" (Barrera et al., 2014, s. 41).

Många sjuksköterskor var överens om att omvårdnaden av döende patienter innebar ett stort ansvar (Wallerstedt et al., 2007) och eftersom döden av många sågs som ett tabubelagt ämne

(Törnquist et al., 2013) hade sjuksköterskorna ibland svårt att veta vad de skulle säga till de närstående (Barrera et al., 2014) och än svårare att ge dem tidsbesked om när deras anhöriga skulle gå bort (Wu et al., 2009). Den värsta egna reaktionen efter ett dödsfall var enligt många sjuksköterskor den ångest som kunde infinna sig när patienten hade lidit och/eller när de anhöriga inte hade haft förmågan att se att döden var nära förestående (Barrera et al., 2014; Hinderer, 2012). Sjuksköterskorna upplevde en oerhörd påfrestning i de fall de inte kunde eller hann lindra den döende patientens lidande (Hinderer, 2012).

En del sjuksköterskor i hemsjukvården kände sig otrygga och osäkra i hanteringen av vissa situationer när de arbetade ensamma i döende patienters hem. Det kunde vara allt ifrån säkerhetsfrågor kring bristande medicinteknikutrustning till dåligt självförtroende trots tydliga ordinationer från läkarna (Karlsson et al., 2013). I denna utsatta situation betonade sjuksköterskorna att behovet av stötning var stort (Törnquist et al., 2013). Samtliga sjuksköterskor delgav att de tyckte att det var sorgligt när patienterna var unga och när patienterna dog ensamma utan att ha närstående närvarande (Fridh et al., 2009).

Stress, tidsbrist och prioriteringar

"Jag upplever ofta att jag inte har tillräckligt med tid för de patienter som är döende, det är så frustrerande att alltid behöva prioritera" (Karlsson et al., 2013, s.835). Den konstanta bristen på tid och det lilla utrymme som fanns för akuta händelser innebar att vissa sjuksköterskor varken kunde uppfylla patienternas (Karlsson et al., 2013) eller sina egna önskemål (Wu et al., 2009). Den stress och den ångest som genererades hindrade dem från att bedriva god omvårdnad (Wallerstedt et al., 2007).

För att kunna effektivisera arbetet var det angeläget att göra dagliga prioriteringar vilket enligt sjuksköterskorna endast ledde till en tillfällig minskning av arbetsbördan och stressen (Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012). Det var enligt många sjuksköterskor både ansträngande och problematiskt att vårda kurativa och döende patienter parallellt (Wallerstedt et al., 2007), och när dödsfallen ibland blev många och skedde samtidigt kunde inte ens flera års erfarenhet avhjälpa påfrestningarna (Källström Karlsson et al., 2008). Sjuksköterskorna beskrev att snabba och oväntade dödsfall var svåra att hantera. När det inte fanns tid för att hinna förbereda sig var det enligt sjuksköterskorna omöjligt att erbjuda adekvat omvårdnad vid livets slut (Fridh et al., 2009; Gerow et al., 2010; Pattison et al., 2013). "Jag upplever att det är svårt att hantera situationen när en patient går bort snabbt och oväntat" (Fridh et al., 2009, s. 237). De upplevde att de inte hann förbereda sig och inte de närstående heller (Fridh et al., 2009). I de fall de närstående dessutom var oeniga i viktiga frågor ställdes sjuksköterskorna inför enorma utmaningar. Ibland blev de alldeles stumma och hade inte en aning om vad de skulle säga till de närstående (Barrera et al., 2014).

Slitsamt och dränerande arbete

"När patienten är död, är vi totalt dränerade" (Törnquist et al., 2013, s. 656). Nästan alla sjuksköterskor förklarade att det var överväldigande att arbeta med döende patienter och att det ofta upplevdes som en större belastning och mer psykiskt och mentalt uttömmande än i andra vårdkontexter (Tunnah et al., 2012; Wallerstedt et al., 2007). Det var oerhört viktigt att få tid för återhämtning efter ett dödsfall, innan vården av en ny döende patient kunde påbörjas (Fridh et al., 2009). Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara tärande och mödosamt att arbeta så nära döden varje dag och tidvis ifrågasatte de sitt karriärval (Wu et al., 2009). Sjuksköterskorna kämpade också med bilden av att man som professionell inte får känna sorg och saknad (Gerow et al., 2010). "Jag tyckte aldrig att jag förtjänade att bli ledsen. Jag menar, det här är ju mitt jobb; det är meningen att jag ska klara av att möta detta" (Gerow et al., 2010)

s. 126). Nästan samtliga sjuksköterskor vittnade om att de strävade efter att lämna döden på jobbet men att de inte alltid lyckades göra det (Barrere et al., 2014; Hinderer, 2012; Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012). Det var också mer troligt att arbetet följde med hem om sjuksköterskan hade haft en nära vårdrelation med den döende patienten vilket också gjorde det svårare att släppa taget om patienten efter dödsfallet (Barrere et al., 2014; Wallerstedt et al., 2007). Vissa sjuksköterskor beskrev till och med hur de ibland kunde drömma om patienterna (Källström Karlsson et al., 2008).

Miljö

Den fysiska miljön hade stor inverkan på sjuksköterskornas möjlighet att bedriva god omvårdnad för patienter i livets slutskede (Barrere et al., 2014; Fridh et al., 2009; Törnquist, Andersson & Edberg, 2013). Bristen på enkelrum angavs av många sjuksköterskor som ett stort problem och det upplevdes frustrerande att behöva vårda döende patienter i flerbäddsrum. Sjuksköterskorna ville fokusera helt på den döende patienten och dennes närstående men var samtidigt tvungna att respektera de andra patienterna och deras närstående (Barrere et al., 2014; Fridh et al., 2009).

Ofta saknades även rum för avsked, ett rum som kunde användas för de närstående att i lugn och ro ta farväl av sin anhörig. Sjuksköterskorna blev stressade och upplevde att de inte kunde erbjuda god efterlevnadsvård med samtidig vetskap om att många andra patienter väntade på en sängplats på avdelningen. Alla höll med om att en sådan miljö inte var idealisk att vårda döende patienter i (Fridh et al., 2009).

Även inom hemsjukvården uttryckte sjuksköterskorna att miljön ofta var ett hinder för att kunna bedriva god omvårdnad. Det krävdes ibland en hel del medicinsk utrustning i omvårdnaden vid livets slutskede vilket inte allt kunde tillhanda hållas. "Vi blev tillsagda att det inte var tillåtet att ha någon avancerad medicinsk utrustning i patienternas hem eftersom det skulle fortsätta att se ut som ett vanligt hem" (Törnquist et al., 2013, s. 655).

Förutsättningar

Studierna belyser att goda förutsättningar ger arbetstillfredsställelse och möjliggör god omvårdnad, men sjuksköterskorna beskriver ofta hur förutsättningar saknas eller är bristfälliga.

Utbildning, erfarenhet och professionell utveckling

De flesta sjuksköterskor var överens om att det, för att kunna erbjuda döende patienter god omvårdnad krävdes kunskap (Törnquist et al., 2013; Wallerstedt et al., 2007). "Den här sortens omvårdnad kan man inte bara göra på ren instinkt" (Wallerstedt et al., 2007, s. 34). Samtidigt som det är oerhört viktigt med utbildning uttryckte nyutexaminerade sjuksköterskor att inget riktigt hade kunnat förbereda dem för hur det skulle vara att vårda döende patienter och att det behövde upplevas för att kunna förstås på riktigt (Barrere et al., 2014). Vana sjuksköterskor beskrev att deras erfarenhet hade skapat en form av intuition och gett dem ett självförtroende som gjorde att de kunde förstå patienters känslor och behov bättre än tidigare (Barrere et al., 2014; Källström Karlsson et al., 2008). De uttryckte också att erfarenheten hade gjort dem mer bekväma med att patienter dog. De lärt sig hantera sina känslor på ett bättre sätt (Gerow et al., 2010; Hinderer, 2012; Källström Karlsson et al., 2008).

De flesta sjuksköterskor kunde tydligt minnas det första mötet med döden i sin yrkeskarriär trots att det var många år sedan (Barrere et al., 2014; Gerow et al., 2010). Sjuksköterskorna upplevde att det första dödsfallet hade präglat dem i hur de senare skulle komma att vårda döende patienter och hantera sina känslor av sorg. Om sjuksköterskorna kände sig ensamma

och hjälplösa i situationen var det dessa känslor som blev tongivande för det fortsatta arbetet. När erfarenheten var positiv fördes istället dessa känslor och upplevelser vidare vilket skapade goda förutsättningar för den framtida yrkesutövningen (Gerow et al., 2010).

Sjuksköterskorna reflekterade över hur deras arbete i vården av döende patienter hade lett till personlig och professionell utveckling (Hinderer, 2012; Källström Karlsson et al., 2008; Wallerstedt et al., 2007; Wu et al., 2009). De hade förändrat sin attityd till livet och vad som var värdefullt i det (Wu et al., 2009). De hade vuxit som människor tack vare sitt arbete och blivit starkare. Nu vågade de vara sig själva inför patienterna och de vågade vara närvarande och inkännande (Källström Karlsson et al., 2008). "Patienternas bekräftelse och mina omvårdnadserfarenheter har berört mig" (Wu et al., 2009, s. 582). Varje möte med en döende patient och deras närstående bidrog till sjuksköterskornas professionella utveckling. Det gav dem kunskap och ovärderliga erfarenheter (Källström Karlsson et al., 2008; Wallerstedt et al., 2007; Wu et al., 2009).

Organisation och ledningsstöd

Vården av patienter i livets slutskede krävde tid vilket alltid var en bristvara. Många sjuksköterskor upplevde att de inte fick något som helst stöd eller förståelse från ledningen (Karlsson et al., 2013; Törnquist et al., 2013; Wallerstedt et al., 2007). De behövde alltid försvara varför mycket tid lagts på en viss patient (Karlsson et al., 2013). Kommunikationen med ledningen upplevdes undermålig och det gick inte att få förståelse för den egna psykiska hälsan (Wallerstedt et al., 2007).

Inom hemsjukvården upplevde sjuksköterskorna att organisationen inte tillät interprofessionellt lärande. "De av oss som har den senaste kunskapen borde få möjlighet att dela med sig av den till sina kollegor" (Törnquist et al., 2013, s. 655). De förklarade samtidigt att deras förutsättningar för att kunna erbjuda god omvårdnad till döende patienter i deras hem var begränsade då kommunen inte tillhandahöll tillräckligt med utrustning. Patienterna blev lidande och deras önskemål om att få dö hemma gick inte alltid att uppfylla. Med dessa begränsade möjligheter att hjälpa patienterna kände sig sjuksköterskorna dessutom okunniga och inkompetenta i kontakt med andra vårdgivare (Törnquist et al., 2013).

Förebilder och handledare

En del sjuksköterskor underströk betydelsen av att ha bra handledare och förebilder tidigt i sin karriär. De önskade någon som kunde styra dem i rätt riktning och erbjuda dem redskap för att kunna hantera döden. En sjuksköterska uttryckte att det hade betytt väldigt mycket att handledaren hade kunnat stötta, ge tröst och även visat att det var tillåtet att sörja tillsammans med de närstående. När det saknades en handledare eller om handledaren var otillgänglig kunde sjuksköterskorna bli förvirrade, vilket ledde till att de inte klarade av att förhålla sig till dödsupplevelsen på ett bra sätt (Gerow et al., 2010).

När samarbetet inte fungerar

Ett gott interprofessionellt samarbete underlättade sjuksköterskornas omvårdnadsarbete (Wallerstedt et al., 2007) medan ett dåligt samarbete innebar att sjuksköterskorna inte förmådde bedriva god vård vid livets slut (Karlsson et al., 2013). Sjuksköterskorna kände sig tvungna att själva dämpa och kompensera för de negativa effekter som uppstått till följd av det dåliga samarbetet (Törnquist et al., 2013). Sjuksköterskorna beskrev den dåliga kommunikationen mellan professionerna som mycket problematiskt, stressande och som en stor källa till konflikt (Tunnah et al., 2012). Dåligt samarbete kunde enligt sjuksköterskorna många gånger härledas till yrkesprestige och de kände sig ofta tvungna att tjata på läkarna för

att saker skulle bli gjorda. Dessutom tyckte en del sjuksköterskor att läkarna ofta verkade rädda och osäkra i arbetet kring döende patienter (Wallerstedt et al., 2007). När det var dags att avsluta behandling och gå in i ett palliativt skede var det inte många läkare som hade brytpunktsamtal med patienterna och deras närstående. De tog enligt sjuksköterskorna inte sitt ansvar som läkare och utan påstötning från sjuksköterskorna hade det inte hänt någonting (Wallerstedt et al., 2007). Trots det stora kunnandet inom omvårdnad och palliativ vård samt kännedom om den enskilda patienten, upplevde sjuksköterskorna att deras kompetens inte värdesattes (Törnquist et al., 2013).

Etiska dilemman

Sjuksköterskorna upplevde ibland att det fanns oenigheter om hur den palliativa vården skulle utformas och hur den på bästa sätt skulle bedrivas. Oenigheter fanns både bland kollegor, patienter och närstående och bidrog till att omvårdnaden försämrades (Karlsson et al., 2013). En del nyutexaminerade sjuksköterskor beskrev det som en utmaning att bedriva god omvårdnad vid livets slut när onödiga insatser hade ordinerats. ”Ibland är det frustrerande att behöva utföra livsräddande åtgärder när man vet att de är borta” (Barrere et al., 2014, s. 40). Sjuksköterskorna upplevde att de satt fast i en komplex situation mellan att vilja arbeta personcentrerat och samtidigt följa ordinationer (Barrere et al., 2014).

Ansvarsområden och beslutsfattande

När viktiga beslut runt patienterna behövde tas nattetid kände sig sjuksköterskorna inom hemsjukvården ofta lämnade ensamma (Törnquist et al., 2013). De var alltid svårt att få tag i läkare när de behövdes och de fick heller inte alltid stöd eller gehör för ett hembesök av läkarna. Att se patienters behov utan att kunna göra något var mycket påfrestande och jobbigt för sjuksköterskorna. I värsta fall kunde det resultera i att den döende patienten blev tvungen att förflyttas till sjukhus trots en önskan om att få dö hemma (Karlsson et al., 2013; Tunnah et al., 2012). Många sjuksköterskor vittnade om att samarbetet brast i relation till beslutsfattandet. De var missnöjda över att de uteslöts från diskussionerna och över att beslutsfattandet tog för lång tid (Fridh et al., 2009; Pattison et al., 2013; Törnquist et al., 2013). Patienterna kunde få lida oerhört och till och med hinna dö innan vård vid livets slutskede sattes in, till följd av att inte rätt beslut togs i rätt tid (Pattison et al., 2013; Törnquist et al., 2013). Sjuksköterskorna menade att många läkare hade svårt att släppa taget om de kurativa behandlingarna i tron att de ända in i det sista skulle kunna bota patienten. Vilket enligt sjuksköterskorna bara fördröjde en ofrånkomlig död och förlängde lidandet för patient och närstående (Hinderer, 2012).

Några sjuksköterskor ansåg att deras fokus enbart skulle ligga på omvårdnaden och att läkaren skulle ta det övergripande beslutet om palliativ vård men att sjuksköterskorna tillsammans med närstående och läkare skulle vara delaktiga i beslutet om tidpunkten (Pattison et al., 2013). En del sjuksköterskor upplevde att det var svårt att veta vilken vårdgivare och läkare de skulle vända sig till och vem som hade det övergripande ansvaret för patienten (Pattison et al., 2013; Törnquist et al., 2013).

När en patient behövde stöd och omvårdnad och de närstående motsatte sig det uppstod etiska dilemman för sjuksköterskorna (Karlsson et al., 2013). "Jag tror att patienten hade velat ha hjälp, men hans fru ville inte ha sjuksköterskor hemma" (Karlsson et al., 2013, s. 835). Sjuksköterskorna kunde dock förstå de närståendes behov av privatliv och upplevde ibland själva att det var jobbigt när det till exempel krävdes mycket medicinteknisk utrustning i

patientens hem som kunde påverka patient och närståendes integritet negativt (Karlsson et al., 2013).

En del sjuksköterskor hade skuld känslor och var uppriktigt rädda för att de i sina försök att smärtlindra patienterna hade påskyndat döden och några sjuksköterskor tyckte att det var särskilt jobbigt när insatser och behandlingar skulle avbrytas och upphöra (Barrere et al., 2014). En sjuksköterska uttryckte att "det var som att leka Gud" (Pattison et al., 2013, s. 1449). I en annan sjuksköterskas kulturella kontext ansågs det otursbringande att vårda döende patienter vilket blev ett etiskt dilemma av privat karaktär (Wu et al., 2009).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien är att beskriva grundutbildade sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter vilket gjorde det lämpligt att genomföra en litteraturstudie. Det hade även passat syftet att göra en egen kvalitativ studie där sjuksköterskor intervjuats om sina upplevelser men på grund av den begränsade tiden valdes det sistnämnda alternativet bort. Enligt Friberg (2012b) är det lämpligt att genomföra en litteraturstudie för att få en överblick över det aktuella kunskapsläget inom ett visst område. Befintlig forskning inom området studeras för att få en samlad kunskapsbild.

Litteraturstudien baseras därför endast på forskningsartiklar som genomgått en kvalitetsgranskning. Eftersom upplevelser är något subjektivt valdes endast kvalitativa artiklar att studeras och för att säkerställa forskningens aktualitet begränsades publiceringsåren till de senaste fem åren, 2009-2014. Antalet träffar bedömdes något lågt varpå åldersspannet senare i sökprocessen utökades med två år, 2007-2014. På grund av tidsbegränsning valdes endast artiklar med tillgänglig fulltext från databaserna, vilket innebär att värdefulla artiklar kan ha missats. Litteraturstudiens enda exklusionskriterium är barn, på grund av komplexiteten i att vårda döende barn. Samma förhållningssätt som används vid vård av vuxna patienter i livets slutskede är inte applicerbart på döende barn, både vad det gäller symtomlindring och närståendestöd (McCulloch, Comac, & Craig, 2008). Även detta område känns viktigt att beforska men denna litteraturstudie inte är rätt arena.

Alla artiklar är skrivna på engelska och kvalitén på den svenska översättningen har därför varit ett viktigt fokusområde. Alla abstraktioner har noggrant översatts och genomarbetats för att minimera risken för feltolkning. Citaten som används i resultatet illustrerar sjuksköterskornas upplevelser för att förstärka textens innebörd. Även dessa har översatts till svenska för att förbättra läsbarheten. Översättningar innebär alltid en risk eftersom värdefulla nyanser och skildringar i språket riskerar att gå förlorade.

Hade artikelsökningen skett mer systematiskt hade tillvägagångssättet säkerställt att samtliga kombinationer av sökord provats, vilket kunde ha gett fler användbara artiklar. Samtliga sökord borde då ha angetts var för sig och därefter skulle sökord inom samma område slagits samman med operatoren OR. (*Palliative care OR death OR end of life care OR terminally ill*). Samma sak skulle ha gjorts med den andra gruppen sökord (*nursing care OR nurse* OR registered nurse*). Slutligen borde en enda sökning gjorts där dessa två ämnesgrupper slagits samman med operatoren AND. För att sökningen skulle passa syfte borde även ordet *experiences* ha lagts till med operatoren AND, sökningen hade då givit ett heltäckande sökresultat.

De elva artiklar som valdes speglar delar av Europa, USA, Kanada och Asien. En enda studie kommer från Asien, Taiwan, och skiljer sig lite ifrån de andra. Denna studie valdes ändå att inkluderas eftersom det är intressant att jämföra sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter i andra kulturella kontexter än den västerländska. Artiklarna har begränsad geografisk spridning vilket kan bero på att sökträffarna inte gav en mer varierad spridning eller att artiklar ifrån andra världsdelar valts bort då de inte passade syftet.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter präglas av känslor som att inte räkna till och att inte ha rätt förutsättningar för att kunna bedriva en god omvårdnad för patienter i livets slutskede (Barrere et al., 2014; Tinnah et al., 2012; Wallerstedt et al., 2007). Resultatet pekar på de dåliga arbetsförutsättningarna som härrörs till underbemanning och överbeläggning. Vården saknar tid och tydlig struktur vilket leder till stress och felprioriteringar (Karlsson et al., 2013). Trots dessa brister eftersträvar sjuksköterskorna att göra gott för patienter och deras närstående (Fridh et al., 2009; Källström Karlsson et al., 2008).

Stress

Sjuksköterskorna upplevde att arbetet var enormt stressande och trots att de gör sitt allra ytterst hinner de inte med alla sina åtaganden. De beskrev hur det knappt fanns tid till rutinuppgifter än mindre till akuta händelser (Karlsson et al., 2013). Dödsfall är en akut händelse som inte kan förutspås och som måste få ta tid. Det skall därför finnas utrymme för sjuksköterskan att erbjuda adekvat omvårdnad och efterlevandestöd även vid akuta händelser (Strang, 2012). Extra tid får inte skapas på bekostnad av att andra patienter bort prioriteras.

Stress och tidsbrist gör det inte möjligt för sjuksköterkorna att bedriva omvårdnad med tid för de små men avgörande detaljerna (Wu et al., 2009). Stress kan göra att små sysslor antar onödigt stora proportioner och gör att de känns övermäktiga. Stress har även en förmåga att skapa blockeringar vilket leder till att den tid som faktiskt finns inte utnyttjas på ett effektivt sätt. Stressen kan bli till en ond cirkel där sjuksköterskorna mår allt sämre och arbetet blir lidande (Wallerstedt et al., 2007).

Prioriteringar

Prioriteringar är bra för att möjliggöra effektivisering av redan befintliga arbetsuppgifter. Problem uppstår när prioriteringar istället används till att välja bort arbetsuppgifter på grund av tidsbrist (Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012). Sjuksköterskorna ville inte lämna över ogjort arbete till sina kollegor vilket innebar att de löste alla uppgifter på egen hand genom grova prioriteringar och med den egna hälsan som insatts (Gerow et al., 2010). Grova prioriteringar innebar att endast de mest akuta uppgifterna utfördes. Patienterna blev lidande vilket skapade ångest och otillfredsställelse hos sjuksköterskorna (Pattison et al., 2013) som inte kunde bedriva den goda omvårdnad som är huvuduppdraget i sjuksköterskans profession (Lindqvist, 2014). Genom konstant stress och overtidsarbete försökte sjuksköterskorna att kortsiktigt klara dagen (Källström Karlsson et al., 2008; Tunnah et al., 2012).

Samtal och reflektion

En del sjuksköterskor var överens om att det innebar ett stort ansvar att vårda döende patienter och att arbetet kunde vara slitsamt och dränerande (Törnquist et al., 2013). Deras arbete påverkade dem känslomässigt och upplevas överväldigande då de inte lyckades hantera situationen på ett bra sätt (Barrere et al., 2014; Hinderer, 2012). Resultatet visar tydligt att

samtal och gemenskap är viktigt för att sjuksköterskorna skall klara av sin situation, både på arbetet och i privatlivet (Törnquist et al., 2013). Även Severinsson, Johansson och Linquists (2012) forskning påvisar att samtal och gruppreflektion stärker sjuksköterskans yrkesidentitet vilket har betydelse för sjuksköterskans samverkan med patient, närstående och andra yrkesprofessioner. Samtal och gruppreflektion borde ingå som en självklar del för sjuksköterskor och annan vårdpersonal som arbetar med döende patienter. Att vårda döende patienter upplevs många gånger som känslomässigt påfrestande vilket gör behovet av samtal stort (Barrere et al., 2014; Törnquist et al., 2013). Förutsättningarna för schemalagd samtalstid och reflektion saknas många gånger och sjuksköterskorna berättade hur de fick hantera behovet genom att samtala med sina kollegor på rasten. Även efterlevnadssamtal med närstående och samtal med den egna familjen nämns som alternativa forum för reflektion (Fridh et al., 2009; Tunnah et al., 2012).

Närståendestöd

Genom närståendestöd försöker sjuksköterskan att lindra de närståendes lidande. Att lindra lidande ingår som en del i sjuksköterskans profession (Nurses, 2014) och för att kunna uppfylla det krävs rätt förutsättningar. Efterlevnadssamtal är oerhört viktigt för både den avlidnes närstående och för vårdpersonalen och utgör en möjlighet till avslut för båda parter (Hinderer, 2012). Då patient och närstående ses som en enhet skall inte vården upphöra efter det att patienten avlidit. Vården skall fortsätta att ta hand om de närstående. Närståendestöd är en essentiell del i den palliativa vården (Strang, 2012) och den skall ses som ett lika viktigt omvårdnadsområde som allt annat och därför måste tid även avsättas för ändamålet. Resultatet tyder dock på att närståendestöd lätt prioriteras bort vid tidsbrist och underbemanning. En del sjuksköterskor uttryckte att det var problematiskt att inte alla kollegor förstod de närståendes behov av delaktighet (Karlsson et al., 2013). Problemet beror troligtvis inte på okunskap eller ovilja hos sjuksköterskorna utan på att stressen skapar ett undvikande beteende då närstående kan ses som tidskrävande.

Sjuksköterskors hälsa

Sjuksköterskorna beskrev hur de var fullständigt dränerade efter att en patient hade dött (Törnquist et al., 2013) och att de behövde andrum efteråt (Fridh et al., 2009). De uttryckte också hur svårt det var att få något stöd och någon förståelse från ledningen för den egna psykiska hälsan (Wallerstedt et al., 2007). Sjuksköterskors psykiska hälsa borde uppmärksammas i samtliga vårdkontexter och i synnerhet kring arbetet med döende patienter. Sjuksköterskan måste må bra både fysiskt och psykiskt för att klara av att leva upp till kompetensbeskrivningen även på lång sikt och orka arbeta ett helt arbetsliv. Förutsättningen för att omvårdnaden skall bli god är att sjuksköterskan upplever sitt arbete meningsfullt och givande (Pattison et al., 2013). En långsiktig och hållbar situation för sjuksköterskorna främjar även patient och närstående. Med rätt förutsättningar kan sjuksköterskan bedriva kontinuerlig god omvårdnad där omsorg och respekt visas för varje enskild patient (Socialstyrelsen, 2005). När sjuksköterskans arbetstillfredsställelse är i fokus läggs grunden för fortsatt kompetensutveckling.

Teamarbete

Beck-Friis (2009) menar att det inte bara är svårt att klara av att ge palliativ vård utan till och med mycket svårt. Teamet utgör som tidigare nämnts en mycket central del av den palliativa vården och skall i en respektfull kontext verka för att identifiera enskilda teammedlemmars symtom och tecken på ohälsa. I resultatet beskrev sjuksköterskorna hur de hade individuella strategier för att klara av stressande arbetssituationer (Barrere et al., 2014) men det skall inte enbart ligga på den enskilda individen att hantera situationen utan även vara det väl

fungerande teamets uppgift. Teamet skall tidigt kunna känna igen och uppmärksamma larmsignaler och tecken på psykisk ohälsa hos enskilda medlemmar, så att förebyggande åtgärder kan sättas in innan utbrändheten är ett faktum (Beck-Friis, 2009).

Ett gott teamarbete är en grundförutsättning i vården av döende patienter och syftar till att skapa den synergieffekt som bidrar till att resurserna används optimalt och effektivt (Beck-Friis, 2009). Det framkom tydligt i resultatet att sjuksköterskorna var i behov av väl fungerande teamarbete för att kunna hantera sin arbetssituation så väl fysisk som psykiskt (Hinderer, 2012; Tunnah et al., 2012; Törnquist et al., 2013). När teamarbetet däremot inte fungerade eller helt saknades, beskrev samtliga sjuksköterskor hur de kände sig ensamma och utsatta (Karlsson et al. 2013). Det stöd och samarbete som ett väl fungerande team skulle ha erbjudit dem uteblev och en stor del av arbetstiden gick i stället åt till ostrukturerat arbete där ingen av de berörda professionerna visste vad den andre gjorde (Pattison et al., 2013; Törnquist et al., 2013; Beck-Friis, 2009). När samtliga professioner tillsammans utarbetar en gemensam vårdplan för varje enskild patient kan dubbelarbete och onödiga insatser undvikas. För att teamet skall fungera optimalt bör samtliga medlemmar värdesätta samarbetet och visa uppskattning för den andres unika kunskap. Samverkan i ett öppet och prestigelöst klimat, där samtliga medlemmar förstår vad de själva har att tillföra teamet, leder till minskad inbördes tävlan (Naidoo och Wills, 2007). För att komma framåt i processen måste teammedlemmarna kunna göra skillnad på sak och person och respektera varandra även om det uppstår hetta och skilda åsikter. Ett väl fungerande team följer dessutom upp sin verksamhet och utvärderar mål och resultat (Sandberg, 2009).

Resultatet visar att ledningen måste erbjuda rätt förutsättningar för teamarbetet så som tid, struktur, riktlinjer och utbildning (Karlsson et al., 2013; Törnquist et al., 2013; Wallerstedt et al., 2007). Även Beck-Friis (2009) belyser vikten av att organisationen erbjuder handledning, möjlighet till diskussion och interdisciplinär kommunikation. Teamarbete bör inte ses som en ökad kostnad, istället menar Lind (2009) att teamet skall ses som en effektivisering av redan befintliga medel, resurser och kunskap. Ett gott teamarbete skapar goda arbetsförutsättningar för sjuksköterskan som då kan bedriva omvårdnad i enlighet med kompetensbeskrivningen vilket i sin tur främjar patient och närstående (Strang, 2012; Regionalt cancer centrum, 2012).

Fortsatt forskning

I resultatet visas att sjuksköterskorna upplevde arbetssituationen som ohållbar. Det krävs mer forskning om sjuksköterskors arbetssituation för att kunna ta fram fler beslutsfattande underlag som styrker de förbättringar som måste göras, för att sjuksköterskorna skall få de arbetsförutsättningar som leder till en långsiktig och hållbar utveckling av vården.

Implikationer för vården

Litteraturstudiens resultat visar att teamarbete är en viktig förutsättning för att sjuksköterskan skall klara av att bedriva god omvårdnad för döende patienter och deras närstående. Teamarbetet är essentiellt för att sjuksköterskor skall orka och klara av att, även i denna vårdkontext, arbeta ett helt yrkesliv. Resultatet visar dessvärre på stora brister inom teamområdet och mer resurser bör därför satsas på teamutveckling och skräddarsydda lösningar för varje enskild vårdkontext.

I det väl fungerande teamet används resurserna på ett sätt som genererar resultat som är större och bättre än summan av de enskilda delarna. Denna synergieffekt möjliggör den bästa omvårdnaden på ett kostandseffektivt sätt. Det vore därför önskvärt att tidigt få in teamtanken i sjuksköterskeutbildningen varför en ökad utbildningssatsning i interprofessionellt lärande

inom vårdens samtliga yrkesprofessioner är rätt väg att gå. Sjuksköterskor måste redan under sin utbildning erbjudas rätt stöd och rätt förutsättningar för att klara av att vårda döende patienter i vårdens alla sammanhang (Lindqvist, 2014; Strang, 2014a). I den kliniska vården måste satsningen på teamarbete innefatta utbildning, struktur samt tid. Ledningen bör ha en synlig roll och ständigt utvärdera teamets nytta.

Studiens resultat belyser också vikten av att sjuksköterskans fysiska och psykiska hälsa skall uppmärksammas. Samtal och reflektion kan bidra till att skapa de förutsättningar som sjuksköterskan behöver för att utföra sitt uppdrag. Tid till samtal och reflektion måste avsättas och skall ha en given plats i sjuksköterskans arbete.

REFERENSER

- Barrere, C., & Durkin, A. (2014). Finding the right words: The experience of new nurses after ELNEC education integration into a BSN curriculum. *Medurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(1), 35.
- Beck-Friis, B. (2009) Teamet – en omistlig del av palliativ vård. I J. Berlin., E. Carlström., & H. Sandberg (Red.), *Team – i vård, behandling och omsorg* (s. 25 – 48). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010) Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 29-38). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindsteth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European society of cardiology*, 10, 248-251.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 485 -501). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Fribergs (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121 – 132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Fribergs (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133 – 144). Lund: Studentlitteratur.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 233-241.
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death: Curtain of protection. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129.
- Glimelius, B. (2012). Kuration eller palliation. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 15 – 22). Stockholm: Liber.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 361–382). Lund: Studentlitteratur.
- Hinderer, K. A. (2012). Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN*, 31(4), 252-259.
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2014). Livets slutskede. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s.179 – 203). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 831-838.
- Källström Karlsson, I. L., Ehnfors, M., Ternestedt, B., (2008) Institutionen för vårdvetenskap, Ersta Sköndal högskola, & Enheten för forskning i palliativ vård. Five nurses' experiences of hospice care in a long-term perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(4), 224-232.
- Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 53 - 68). Lund: Studentlitteratur.
- Lind, J. I. (2009). Teambaserade strukturer-en möjlig utvecklingsriktning. I J. Berlin., E. Carlström., & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*. (sid:191-216) Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, O., & Rasmussen, B. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 757 – 791). Lund: Studentlitteratur.

- McCulloch, R., Comac, M., & Craig, F. (2008). Paediatric palliative care: coming of age in oncology?. *European Journal Of Cancer*, 44(8), 1139-1145.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och folkhälsofrämjande insatser*. Danmark: Studentlitteratur.
- Nurses, I. C. o. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (S. sjuksköterskeförening, Trans.).
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. W., Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(1), 97-106.
- Pattison, N., Carr, S. M., Turnock, C., & Dolan, S. (2013). Viewing in slow motion: Patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end - of - life care in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1442-1454.
- Petersson, L.-M., & Strang, P. (2012). Livskvalitet och livskvalitetsmätning. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 23 – 29). Stockholm: Liber.
- Regionalt cancer centrum. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014*. Hämtad 2014-09-27 från http://www.ltdalarna.se/PageFiles/3485/Palliativ_webbversion.pdf.
- Sandberg, H. (2009). Det godaste teamet. I J. Berlin., E. Carlström, E., & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*. (sid:217-237) Lund: Studentlitteratur.
- Severinsson, E., Johansson, I., & Lindquist, I. (2014). Effects of process-oriented group supervision - a comparison of three groups of student nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 443-451.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-10-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
- Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2014-09-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 2014-09-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>.
- Socialstyrelsen. (2014). *Termbanken*. Hämtad 2014-09-14, från http://socialstyrelsen.iterm.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=palliativ+vård&fSubject=0.0.0&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:en-US:official&client=firefox-a&channel=fflb&gfe_rd=cr&ei=NPYVVPSd.
- Strang, P. (2012). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 30- 34). Stockholm: Liber.
- Strang, S., Bergh, i., Ek, K., Hammarlund, K., Prahl, C., Westin, L., Österlind, J., & Henoeh, I. (2014a). Swedish nursing students reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. *International Journal of Palliativ Nursing*, 20(4), 194-200.
- Strang S, Henoeh I, Browall M, Danielson E. & Melin-Johansson C. (2014b). Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology* 23(5):562-8.
- Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoeh, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n*. Lund: Studentlitteratur.
- Tunnah, K., Jones, A., & Johnstone, R. (2012). Stress in hospice at home nurses: A qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 283-289.
- Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A. (2013). In search of legitimacy--registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658.
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40.
- WHO Definition of Palliative Care. (2014). Hämtad ifrån 2014-09-11, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 269 – 292). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 37 – 50). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wu, H., & Volker, D. L. (2009). *Living with death and dying: The experience of taiwanese hospice nurses*. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 578-584.
- Östlundh, L. (2012). *Informationssökning*. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57 – 80). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1.

Artikelöversikt

Författare, år, land	Syfte	Metod - deltagare	Resultat	Kvalitet
Barrere et al 2014 USA	Att undersöka nyutbildade sjuksköterskors, som fått undervisning i palliativ vård, upplevelser av att vårda döende patienter.	Kvalitativ fenomenologisk studie med 12 deltagare som intervjuades individuellt. Analysen gjordes med en fenomenologisk beskrivande metod.	Sjuksköterskorna uttrycker att deras ambition är att underlätta en god död för patienterna samt beskriver hur de lär sig av upplevelser och erfarenheter.	Hög
Fridh et al 2009 Sverige	Att utforska sjuksköterskors upplevelser och uppfattning av att vårda döende patienter på en intensivvårdsavdelning.	Kvalitativt beskrivande metod. Antal: 9, Ålder: medel 49 år, Kön: 7 kvinnor & 2 män. Baserad på intervjuer med undersökande design.	I resultatet framkom att sjuksköterskor strävar efter att göra sitt yttersta för att erbjuda en värdig vård vid livets slut för patienter och deras närstående.	Hög
Gerow et al 2010 Kanada	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att omges av deras patienters död.	Fenomenologisk kvalitativ studie. 11 sjuksköterskor intervjuades med semistrukturerade frågor. Analysen baseras på beskrivande och tolkande metod.	Fyra viktiga teman lyftes; ömsesidiga relationer är viktiga, de första dödfallen i karriären är formande, olika coping strategier, att vara professionell kräver erfarenhet.	Medel
Hinderer 2012 USA	Att undersöka intensivvårds sjuksköterskors upplevelser av att möta patienters död.	Kvalitativ fenomenologisk pilot studie. Analysen grundas på beskrivande fenomenologisk metod. Sex intensivvårds sjuksköterskor deltog i studien, intervjuerna var semistrukturerade.	Studien visar att sjuksköterskor värdesätter olika coping strategier för att hantera patienters död. Alla sjuksköterskor upplevde dödsfallen som stressmoment, men förstod samtidigt att det var en naturlig del av livet.	Medel
Karlsson et al 2013 Sverige	Att vinna djupare förståelse för hur sjuksköterskor i inom kommunen upplever etiska problem kring vården vid livets slut i patienters egna hem.	Hermeneutisk analysmetod användes för att granska kvalitativ data. Tio kvinnliga sjuksköterskor intervjuades.	Sjuksköterskorna hade en önskan om att göra sitt bästa i vården av patienter vid livets slut, även om de ibland upplevde brist på kontroll.	Hög
Källström Karlsson et al 2008 Sverige	Att undersöka fem sjuksköterskors upplevelser av att regelbundet behöva möta döende patienter.	Longitudinell kvalitativ studie. Fem kvinnliga sjuksköterskor deltog i individuella intervjuer med öppen intervjuguide. Analysen baserades på en tolkande, beskrivande metod.	Studien visar att sjuksköterskors upplevelser av att under en lång period dagligen möta döende patienter och död har en stor inverkan på deras dagliga arbete och privatliv.	Medel

Pattison et al 2012 Storbritannien	Att utforska upplevelsen av vård i livets slutskede ifrån samtligas teammedlemmars perspektiv.	Fenomenologisk studie med 37 deltagare. Intervjuerna skedde individuellt och varade 30-100 min.	Resultatet visar att det är viktigt att gå in med palliativ vård i rätt skede för att säkra en värdig död. Alla deltagare var eniga om att en god vård innefattar bekvämlighet, minimalt med störande maskiner och en strävan efter att bevara integritet och värdighet.	Hög
Tunnah et al 2012 Storbritannien	Att undersöka sjuksköterskors känslor och erfarenheter av att vårda döende patienter inom hemsjukvården.	Kvalitativ studie. Sju sjuksköterskor intervjuades individuellt med semistrukturerade frågor. Analysen baseras på grounded theory.	Fyra teman växte fram; coping, arbetstillfredsställelse, stressmoment, stöd. Resultatet visar att det behövs mer stöd ifrån ledningen, multidisciplinära teammöten och träning i att hantera stress.	Hög
Törnquist et al 2012 Sverige	Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda palliativa äldre personer i en kommunal kontext.	Deskriptiv kvalitativ studie. Materialet samlades i under fokusgrupper med 20 deltagare totalt.	Sjuksköterskorna upplevde sig vara dem som måste dämpa effekterna av otydliga ansvarsområden mellan olika organisationer men samtidigt har de begränsade rättigheter.	Hög
Wallerstedt et al 2007 Sverige	Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda svårt sjuka och döende patienter utanför den specifika palliativa kontexten.	Kvalitativ fenomenologisk studie. Nio sjuksköterskor intervjuades individuellt under öppenform. Materialet har genomgått en kvalitativ analys i fyra steg.	Sjuksköterskorna uttrycker att de har höga ambitioner att ge patienter och närstående en högkvalitativ omvårdnad men de upplever ofta otillfredsställelse pga. otillräckligt stöd, samarbete och tidsbrist.	Hög
Wu et al 2009 Taiwan	Att undersöka och beskriva Taiwanesiska hospicesjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter.	Hermeneutisk fenomenologisk metod användes. Fjorton kvinnor med en medelålder på 32 år intervjuades, spelades in och analyserade efter Colaizzi's riktlinjer.	Sjuksköterskorna uttryckte respekt för patientens autonomi och en önskan att få hjälpa dem att dö med värdighet och välbefinnande i sin egen kultur.	Hög