



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV VÅRDEN KRING DÖENDE PATIENTER INOM AKUTSJUKVÅRDEN

Ylva Eckersjö och Julia Ranerup

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2019
Handledare:	Mariela Acuna Mora
Examinator:	Helene Berglund

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till Mariela Acuna Mora som handlett oss under arbetets gång och lockat till många skratt.

Titel (svensk)	Sjuksköterskors upplevelser av vården kring döende patienter inom akutsjukvården
Titel (engelsk)	To care for dying patients in acute care settings: nurses experiences
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2019
Författare	Ylva Eckersjö och Julia Ranerup
Handledare:	Mariela Acuna Mora
Examinator:	Helene Berglund

Sammanfattning:

Bakgrund: Sjuksköterskor i allmänhet upplever att vård av döende patienter och deras anhöriga är en av de svåraste aspekterna av yrket. I akutsjukvården blir det vanligare med vård i livets slutskede. Samtidigt indikerar forskning brister i de palliativa vårdinsatserna inom akutsjukvården. Sjuksköterskornas utmaningar kan handla om att simultant vårda patienter med ett brett spektrum av sjukdomstillstånd samtidigt som de möter patienter för första gången i sen palliativ fas. Eftersom sjuksköterskor har en central roll i vården och deras upplevelser kan tydliggöra brister är det viktigt att skapa en samlad bild av deras erfarenheter för att kunna förbättra vården. **Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskor i den somatiskt inriktade akutsjukvården upplever vården kring döende patienter. **Metod:** Databaserna PubMed, Scopus, Web of Science och CINAHL användes för sökning efter artiklar på engelska. Inkluderade studier handlade om sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter och deras anhöriga inom akutsjukvårdsinrättningar där grundutbildade sjuksköterskor arbetar. Resultaten sammanställdes i en beskrivande allmän litteraturöversikt. **Resultat:** Tio vetenskapliga artiklar inkluderades i analysen, varav nio med kvalitativ metod och en med mixad metod. Tre huvudteman och sex underteman framkom. Huvudtemat *Organisatoriska utmaningar* handlar om att akutsjukvårdsmiljön upplevdes olämplig för vård vid livets slutskede. Brist på kunskap och träning framträdde. *Komplexitet kring relationer och kommunikation* handlar om bl.a. tidsbrist och motsatta perspektiv i kommunikation och relationer med patient, anhöriga och professionella. *Reaktioner och reflektioner kring personliga och professionella upplevelser* behandlar sjuksköterskornas upplevelser av moralisk och etisk stress och deras strategier för att hantera upplevelserna. **Slutsatser:** Sjuksköterskor i akutsjukvården möter komplexa utmaningar för att nå målen i lagar och riktlinjer om palliativ vård. Resultatet antyder att vårdkvaliteten kan förbättras med satsningar på bl.a. utbildning, bemanning, psykosociala insatser för personal och rum för avskildhet.

Nyckelord: sjuksköterskor, akutsjukvård, upplevelse, palliativ vård, end-of-life care

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Akutsjukvård	1
2.1.1 Akutsjukvårdens organisation	1
2.2 Palliativ vård	2
2.2.1 Behov av palliativ vård	2
2.2.2 Sjuksköterskans kunskap och roll i palliativ vård	3
2.2.3 Etik i palliativ vård	4
2.3 Död inom akutsjukvård	4
2.3.1 Döden berör	5
2.3.2 Professionell hållning och engagemang	5
2.4 Omvårdnadsperspektiv	5
2.4.1 Vårdrelation	5
2.4.2 Kommunikation	6
3 Problemformulering	6
4 Syfte	6
5 Metod	7
5.1. Metodval	7
5.2 Datainsamling	7
5.2.1 Inklusionskriterier	7
5.2.2. Exklusionskriterier	8
5.2.3 Urval	8
5. 3 Analys	8
5. 4 Forskningsetiska överväganden	8
6 Resultat	9
6.1. Organisatoriska utmaningar	10

6.1.1 Akutsjukvården är inte anpassad för EOLC	10
6.1.2 Erfarenhet och förberedelse	10
6.2. Komplexitet kring relationer och kommunikation	11
6.2.1 Kommunikation och vårdrelationer med patient och anhöriga	12
6.2.2 Utmaningar kring sjuksköterskans roll	12
6.3. Reaktionen och reflektioner kring personliga och professionella upplevelser	13
6.3.1 Moralisk och etisk stress	13
6.3.2 Känsломässig hantering	14
7 Diskussion	15
7.1 Metoddiskussion	15
7.2 Resultatdiskussion	17
7.2.1 Diskrepans mellan ideal, förväntningar och verklighet	17
7.2.2 Etisk och juridisk problematik med prioriteringar	18
7.2.3 Utmaningar i att upprätthålla professionell hållning	19
7.2.4 Specialiserade vårdformer för palliativ vård	20
7.3 Slutsatser	20
7.4 Implikationer för praxis	20
7.3.1 Utbildningsinsatser	20
7.3.2 Organisation, kultur och resurser	21
7.3.3 Psykosocialt stöd	21
7.5 Behov av fortsatt forskning	21
Referenslista	23
Bilagor	

1 Inledning

Döden är en känslofylld företeelse omöjlig att undgå. Personer som närmar sig livets slut och dess anhöriga befinner sig i en av de mest utsatta och sårbara situationerna en kan finna sig i. De är i behov av och har rätt till vård och omsorg för att hantera fysiska, psykiska, sociala och existentiella svårigheter (Socialstyrelsen, 2013; Worldwide Palliative Care Alliance [WPCA] & World Health Organization [WHO], 2014). Forskning visar dock att deras specifika behov inte tillgodoses i akutsjukvården där en del av dessa patienter tillbringar sina sista dagar (Lindqvist m.fl. 2013; Walling m.fl. 2010; Van Tricht, 2012). Tilläggas kan att sjuksköterskor upplever vården av döende som en av de svåraste aspekterna av yrket (Hopkinson, Hallet & Luker, 2005) samtidigt som många möter mer lidande i arbetet än andra människor gör under en hel livstid. Om sjuksköterskor inte får tillräckligt med stöd i vårdandet kan den egna hälsan och förmågan att vårda påverkas (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2014; Zheng, Lee & Bloomer, 2017). Eftersom sjuksköterskan har en av nyckelrollerna i vården är det viktigt att sammanställa deras erfarenheter för att kunna förbättra vårdkvaliteten inom akutverksamheten och förebygga arbetsrelaterad ohälsa. Till skillnad från studier som utforskar upplevelser av specialiserad vård i livets slutskede bidrar undersökande av upplevelser kring vården av döende patienter och deras anhöriga inom akutsjukvård med en viktig inblick i de särskilda utmaningar som förekommer där.

2 Bakgrund

2.1 Akutsjukvård

Begreppet akutsjukvård saknar en allmänt erkänd definition både internationellt (Hirshon m.fl., 2013) och i Sverige (Socialstyrelsen, 2014). Hirshon m.fl. (2013) och Socialstyrelsen (2014) formulerar dock att akutsjukvården tar hand om patienter med plötslig, ofta oväntad skada, sjukdom eller försämring som utan snabbt insättande behandling kan leda till kvarstående skada eller död. Vidare förtydligar Hirshon m.fl. (2013) att akutsjukvården är den mest tidskänsliga delen av vården och utmärks av individuell diagnostik och botande behandling med fokus att förbättra hälsan. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) påpekar att akutsjukvård skiljer sig från den planerade vården genom att den oftare utgår från symtom och inte diagnoser. På akutmottagningar ligger primär fokus vid skyndsam bedömning och akut vård med strävan att snabbt och effektivt förflytta patienterna till annan lämplig vårdnivå (Lecky, Bengler, Mason, Cameron & Walsh, 2014). Gemensamt för all akutsjukvård är relativt korta vårdtider och snabba vårdförlopp.

2.1.1 Akutsjukvårdens organisation

Organiseringen av akutsjukvården varierar internationellt och inom Sveriges gränser (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Exempelvis kan läkarbemanningen skilja sig mellan olika sjukhus och bestå av enbart läkare från andra kliniker på sjukhuset eller enbart läkare som är anställda inom akuten eller avdelningen eller en kombination av dessa. Samtidigt som läkarbemanningen på många håll är lägst under jourtid, sker hälften av besöken till akuten då.

Akutsjukvården innefattar ett antal olika hälso- och sjukvårdsfunktioner. Bland de funktioner Hirshon m.fl. (2013) nämner kan den grundutbildade sjuksköterskan på sjukhus arbeta med

traumavård, akut medicinsk vård, akut kirurgisk vård och snabb stabilisering på akutmottagning eller akut inriktade medicinska eller kirurgiska vårdavdelningar. Det är välkänt att sjuksköterskor inom akutvården utsätts för många olika stressorer då de tar hand om flera akuta, oplanerade patienter samtidigt med stor variation i diagnoser, tillstånd och allvarlighetsgrad (Li, Cheng & Zhu, 2018; Adriaenssens m.fl., 2014; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010).

2.2 Palliativ vård

Sjuksköterskor har en nyckelroll i den palliativa vården vilken baseras på att lindra lidande och främja livskvalitet hos patienter som drabbats av icke-kurativ skada eller sjukdom med fortskridande förlopp (Socialstyrelsen, 2013). Patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov ska tillgodoses och anhörigas behov och upplevelse beaktas.

Palliativ vård bör initieras i början av allvarlig sjukdom och löpa parallellt med behandling för att fördröja sjukdomsförloppet (WPCA & WHO, 2014). Kontinuerlig kommunikation mellan patient, närstående och vårdpersonal är av stor vikt för att patientens och anhörigas behov och önsningar kring den sista tiden ska kunna bli vägledande i vården (Alvaritza, Lindqvist, Öhlén & Rasmussen, 2019). Eftersom kommunikation är ett bärande begrepp vid palliativ vård utvecklas det vidare under rubriken *Kommunikation*.

Det palliativa förloppet kan indelas i tidig och sen fas. I denna uppsats läggs fokus vid den sena fasen, som på svenska benämns palliativ vård i livets slutskede och ges när patienten har från några månader till några timmar kvar att leva (Socialstyrelsen, 2013). I denna uppsats används fortsättningsvis den motsvarande engelska termen End of Life Care (EOLC) (Cruz-Oliver, Little, Woo & Morley, 2017). I detta skede är tidigare strävan efter livsförlängning inte längre aktuell då sjukdomsförlopp och allmäntillstånd fortskridit till sådan grad att ytterligare behandling av grundsjukdomen inte längre är gynnsam och bör upphöra (Socialstyrelsen, 2013).

2.2.1 Behov av palliativ vård

Behovet av palliativ vård varierar i världen (WPCA & WHO, 2014). WHO utgår från symtomet smärta i beräkningen av behovet av palliativ vård för olika sjukdomar (WPCA & WHO, 2014). Kroniska sjukdomar där smärta är vanligt förekommande anses föranleda behov av palliativ vård. Dessa kan vara cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, njursvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, HIV/AIDS, levercirros, multipel skleros, parkinsons sjukdom, alzheimer och andra demenssjukdomar, reumatoid artrit, diabetes och multiresistens lunginflammation.

Globalt innefattar de vanligaste dödsorsakerna hjärt-kärlsjukdom, KOL, lungcancer, diabetes, demens, nedre luftvägsinfektion, diarré, tuberkulos och trafikolyckor, i fallande ordning (World Health Organization [WHO], 2018). Uppskattningsvis behöver drygt 37 procent av världens befolkning palliativ vård (WPCA & WHO, 2014). I höginkomstländer uppskattas cirka 60 procent av den totala sjukdomsördan motivera behov av palliativ vård beroende på lägre förekomst av infektionssjukdomar och olyckor än i låg- och medelinkomstländer då palliativ vård inte är aktuellt (WHO, 2018).

I ett svenskt perspektiv ser siffrorna annorlunda ut. De vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar följt av tumörsjukdomar (Socialstyrelsen, 2019). Av de 90 000 personer i Sverige

som årligen avlider beräknas uppskattningsvis 80 procent behöva palliativ vård (Socialstyrelsen, 2019).

Palliativ vård har historiskt varit inriktad på patienter med cancer och kronisk sjukdom. Numera argumenterar WPCA och WHO (2014) för att palliativ vård är en fråga om mänskliga rättigheter och är motiverat både vid kroniska och direkt livshotande tillstånd. Vården ska baseras på behov och bedrivs när behov finns, exempelvis ordinärt boende, särskilt boende, såsom hospice, eller slutenvård. Så kallad allmän palliativ vård kan och ska ges inom akutsjukvård (Svenska Palliativregistret, 2019).

2.2.2 Sjuksköterskans kunskap och roll i palliativ vård

Palliativ vård är baserat på ett förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan. Strävan är att genom värdig vård och omsorg stödja individen för största möjliga livskvalitet till livets slut (Socialstyrelsen, 2013; WHO, u.å.). Nationella Rådet för Palliativ Vård (NRPV) (2019) och WHO (u.å.) menar att den palliativa vården bygger på en särskild, holistisk, vårdfilosofi vilken kräver specifik kunskap hos personalen.

Sjuksköterskans arbetsinsats i palliativ vård kan generellt beskrivas genom de fyra hörnstenarna 1. *symtomlindring*; 2. *teamarbete*; 3. *kommunikation* och *relation*; samt 4. *närståendestöd*, som beskrivs i Vårdhandboken (2019) och av Socialstyrelsen (2013) och sammanfattas i det följande. *Symtomlindring* ska beakta patientens integritet och autonomi och riktas mot fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. Vid symtomlindring betonas vikten av *Teamarbete* som engagerar ett mångprofessionellt arbetslag såsom läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och kurator, allt efter patientens individuella behov. *Kommunikation* och *relation* syftar till upprättande av goda relationer inom och mellan arbetslag samt med patient och anhöriga, med målet att främja patientens livskvalitet. Kontinuitet i vården oavsett huvudman belyses. Slutligen lyfts *närståendestöd* som manar till adekvat stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet. Närstående ska inbjudas att delta i vården av den döende och erhålla eget stöd för sitt mående. Vården ska planeras i samverkan med patienten men även anhöriga eftersom EOLC ofta innefattar betydande insatser från närstående. Närstående ska visas uppskattning för deras närvaro och medverkan.

En modell för vägledning i sjuksköterskans arbete är modellen de 6 S:en som innehåller nyckelbegrepp som ska bidra till personcentrering (Alvaritza m.fl., 2019). Alvaritza m.fl. (2019) skriver att det första begreppet *självbild*, handlar om att stödja patientens identitetsbevarande och beskrivning av sig själv. *Självbestämmande* lyfter att patientens vilja och behov så långt det är möjligt ska vara styrande i vården med syfte att bevara patientens delaktighet och upplevelse av meningsfullhet. *Sociala relationer* handlar om att stödja patienten att kunna umgås med anhöriga såsom hen själv önskar. Begreppet *symtomlindring* rör optimal lindring av symtom och obehag utifrån patientens önskemål. Begreppet *sammanhang* handlar om att låta patienten blicka tillbaka på livet och prata om hen vill förändra något. Det sjätte begreppet, *strategier*, handlar om samtal kring hur patienten vill leva den återstående delen av sitt liv. Sammantaget syftar modellen till att spegla vem patienten är genom att sjuksköterskan lär känna patienten och vilka behov och önskningar hen har kring vården (Alvaritza m.fl., 2019).

Sand och Strang (2013) beskriver hur sjuksköterskan i palliativ vård behöver ha en professionell hållning och refererar till psykoterapeuten och läkaren Irvin Yalom. Yalom beskriver att en

professionell vårdare behöver ta ansvar för att skapa relationer, vara accepterande, vara sig själv och att få patienten att känna sig sedd genom att vara närvarande, lyssna, ställa öppna frågor, spegla, möta existentiella frågor och bedriva familjecentrerad omvårdnad.

2.2.3 Etik i palliativ vård

Sverige har tre viktiga styrdokument för palliativ vård, däribland Socialstyrelsens (2013) *Nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*, vilket behandlar bland annat värdegrund och etik. Här nämns grundläggande värderingar som betonar individens rättigheter inom vård och omsorg och därmed styr sjuksköterskors arbete. I kunskapsstödet nämns Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som deklarerar individens rätt till integritet och självbestämmande, tillgång till lättillgängliga insatser på jämlika villkor och att kunna känna sig trygg. Sjuksköterskan ansvarar för att bilda en positiv ömsesidig relation för att kunna värna patientens integritet. Under sviktande förmåga till kommunikation och delaktighet kan sjuksköterskan behöva värna integriteten genom att företräda patienten (Socialstyrelsen, 2013).

Socialstyrelsen (2013) betonar att prioritering inom hälso- och sjukvården ska göras utifrån bland annat människovärdesprincipen som försvarar alla människors lika värde och lika rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället samt behovs- och solidaritetsprincipen som handlar om att vårdinsatser ska fördelas efter behov.

Alla vårdhandlingar kan motivera etisk diskussion. Sjuksköterskan kan inte alltid handla direkt utifrån de etiska principer som nämnts utan behöver göra en bedömning utifrån varje unik situation (Socialstyrelsen, 2013).

2.3 Död inom akutsjukvård

Inom akutsjukvården möter sjuksköterskan både döende patienter som varit sjuka länge och de som hastigt drabbats av sjukdom eller trauma. Många sjuksköterskor uppfattar EOLC som en av de svåraste aspekterna av yrket (Hopkinson, Hallet & Luker, 2005). Samtidigt blir det allt vanligare att sjuksköterskor i akutsjukvården tar hand om döende patienter och är med om fler dödsfall (Bailey, Murphy & Porock, 2011a; Svenska Palliativregistret, 2019).

För många människor hänger dödsrädsla ihop med rädsla för att deras sista tid ska definieras av outhärdliga symtom (Gawande, 2015). Allt fler vuxna patienter i sen palliativ fas söker sig till akutsjukvården med önskan om bättre symtomlindring då de upplever ångest över tilltagande icke omhändertagna symtom där de bor och vårdas (Green, Gott & Wong, 2016). Green m.fl. (2016) fann att vanliga angivna orsaker till uppsökande av akutsjukvård inkluderade andningssvårigheter, smärta och gastrointestinala symtom såsom illamående och kräkning.

Att söka akutsjukvård för symtomlindring står i motsatsförhållande till forskning som visar på brister i symtomlindringen (Lindqvist m.fl. 2013; Walling m.fl. 2010; Van Tricht, 2012). Van Tricht (2012) fann i sin översiktsstudie med 2420 patienter att bara drygt hälften hade fått palliativ vård vilket ansågs otillräckligt då de flesta dog efter beslut om att avsluta livräddande vård. Slutsatsen drogs att EOLC behöver förbättras inom akutsjukvården.

2.3.1 Döden berör

I alla tider, kulturer och religioner har människor försökt förhålla sig till döden. Döden är oftast en känslösam och svårbegriplig företeelse oavsett kultur och en av de största händelserna i en människas och dess anhörigas liv. Förlusten av en närstående utgör en av livets kanske största stressorer. Anhörigas efterföljande sorgprocess har kopplats till ökad risk för att dö och förhöjd risk för psykisk och fysisk ohälsa (Buckley m.fl., 2015; Valks, Mitchell, Inglis-Simons & Limpus, 2005). Den erhållna vården från sjuksköterskorna i akutsjukvården har betydelse för de anhörigas förutsättningar att hantera bortgången (Walker & Deacon, 2015; Buckley m.fl., 2015; Raymond, Lee & Bloomer, 2016)

En av anledningarna till att döden upplevs så svår att hantera är de symtom som döendet ofta för med sig (Strang, 2012). Symtomen kan vara av både fysisk, psykosocial och andlig art. Vanliga kroppsliga symtom som kan uppstå i livets slutskede och behöver lindras är smärta, illamående, aptitlöshet och trötthet. De kroppsliga symtomen påverkar ofta patientens hela varande. Ofta förekommande psykiska symtom är oro, ångest och depression (Strang, 2012; Sand & Strang, 2013). Detta kan vara svårt att bevittna för anhöriga som kan känna sig maktlösa inför patientens lidande och förestående död. Lidandet och döden i sig symboliserar att livet har ett slut.

2.3.2 Professionell hållning och engagemang

Arbetet som sjuksköterska kan innebära att uppleva patienters döende och död. Begreppet upplevelse beskrivs ofta som något som påverkar människans sätt att vara, känna och tänka. Det handlar även om hur människan förstår och känner kring sin omvärld och hur hen uppfattar sig själv (VandenBos 2006). Harris Kalfoss (2001) och Sand & Strang (2013) skriver att döendet framkallar känslor som kan vara svåra att hantera och kan inverka på sjuksköterskans mående och förmåga att vårda om känslorna inte tas om hand.

Som en viktig del i den professionella hållningen förväntas sjuksköterskor sköta sin egen hälsa för att kunna uppfylla kravet på omvårdnad av god kvalitet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a). Sjuksköterskans hälsa och förmåga till självreflektion är en förutsättning för utförande av god omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a; Svensk Sjuksköterskeförening, 2017b; Watson & Grundberg, 1993).

2.4 Omvårdnadsperspektiv

2.4.1 Vårdrelation

I Nationalencyklopedin (2019) definieras relation som ett ”känslomässigt förhållande mellan två eller flera personer”. Begreppet vårdrelation innebär både korta och långvariga kontakter mellan patient och sjuksköterska och finns därmed alltid med i vård- och omsorgsarbetet (Nyström, 2019, s. 469). Nyström (2019) skriver att vårdrelationen utmärks av ett professionellt engagemang. Vårdrelationen kan vara både mål och medel för att uppnå vård och omvårdnad. Den har en trygghetsskapande karaktär och kan vara del i uppfyllandet av behovet av samvaro. Sjuksköterskan behöver lära känna patienten för att kunna möta hans behov och för att vården ska kunna bli personcentrerad. Tid är en viktig komponent i utvecklingen av personcentrering inom vårdrelationer, exempelvis är relationsbildande samtal ofta det första som nedprioriteras vid tidsbrist (Nyström, 2019).

2.4.2 Kommunikation

Kommunikation med patient och anhöriga är grundläggande i sjuksköterskors arbete och betonas av Socialstyrelsen (2013) och i Patientlagen (SFS 2014:821) i kravet på information och delaktighet. Kommunikation kan dels handla om informationsöverföring från en sändare till en mottagare, men även om att skapa ömsesidig förståelse och stöd mellan flera personer (Socialstyrelsen, 2013; Baggens & Sandén, 2019). God kommunikation kan vara symtomlindrande.

En särskild del av kommunikation inom palliativ vård är brytpunktssamtalet som syftar till att alla involverade i EOLC är införstådda med vårdens inriktning. Vidare kan målet med kommunikation vara att diskutera svåra och smärtsamma frågor och därigenom skapa förutsättning för att bearbeta känslor. Utifrån kommunikationens betydelse är det värt att nämna att anhöriga till döende patienter inom akutsjukvården ofta upplever att kommunikationen med vårdpersonalen brister (Grudzen m.fl., 2011; Bailey, Murphy & Porock, 2011b).

3 Problemformulering

Styrdokument och riktlinjer ålägger sjuksköterskor att tillhandahålla palliativ vård av god kvalitet men vården av döende patienter och deras anhöriga anses som en av de svåraste aspekterna av yrket. Trots målsättningen att bedriva palliativ vård av god kvalitet visar forskningen på brister inom akutsjukvården. En möjlig orsak kan vara att akutsjukvården är inriktad på akut omhändertagande, korta vårdtider och botande behandling vilket försvårar ett holistiskt arbetssätt gentemot döende patienter. Sjuksköterskor i akutsjukvården har en central roll i vården kring döende patienter och har kunskap om bristerna i vården. För att förbättra akutverksamheten, vården av döende patienter och bemötandet av deras anhöriga är det därför viktigt att skapa en samlad bild av sjuksköterskors erfarenheter. Vidare är det välkänt att sjuksköterskor inom akutvården utsätts för många olika stressorer och samtidigt tar hand om flera akuta, oplanerade patienter med stor variation i diagnoser, tillstånd och allvarlighetsgrad. Under tiden blir det allt vanligare att sjuksköterskor i akutvården tar hand om patienter och anhöriga i livets slutskede och är med om fler dödsfall. Dessa situationer innebär påfrestande upplevelser som kan framkalla känslor som inverkar på sjuksköterskans mående och förmåga att vårda om de inte hanteras. Denna studie kan bidra till medvetenhet hos sjuksköterskor om vilka känslor och reaktioner som kan uppstå hos en själv i vårdandet av patient och anhöriga för att kunna inta ett professionellt förhållningssätt.

4 Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor i den somatiskt inriktade akutsjukvården upplever vården kring döende patienter.

5 Metod

5.1 Metodval

Uppsatsen har utformats som en allmän kartläggande litteraturöversikt för att skapa en överblick över ett begränsat område med en beskrivande sammanställning (Friberg, 2012).

5.2 Datainsamling

Arbetet påbörjades med att identifiera och avgränsa det område som skulle studeras (Friberg, 2012). En inledande informationssökning gjordes för att utröna vad som publicerats inom ämnet och underlätta avgränsningen av forskningsproblemet (Friberg, 2012). I samråd med handledare formulerades syftet till att beskriva hur sjuksköterskor i den somatiskt inriktade akutsjukvården upplever vårdandet av döende patienter. Frågeställningen formulerades med hjälp av SPICE eftersom modellen föreslås för strukturerad sökning efter artiklar med kvalitativ metod (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2019b). SPICE-modellen tillämpades enligt följande formuleringar: Setting (S) var somatiskt inriktad akutsjukvård, perspective/population (P) var sjuksköterskor inom somatiskt inriktad akutsjukvård, intervention/interest (I) var patienters döende och död, comparison (C) var inte aktuellt och evaluation (E) var upplevelsen av att vårda döende patienter och deras anhöriga.

För att söka vetenskapliga originalartiklar användes databaserna PubMed, CINAHL och Scopus. Dessa databaser rekommenderas av Östlundh (2017) vid sökningar efter litteratur inom omvårdnadsvetenskap och vårdvetenskap. CINAHL och i viss mån PubMed rekommenderas av Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) för sökningar efter litteratur inom omvårdnad. Då ämnesområdet visade sig sparsamt beforskat användes också databasen Web of Science som är en etablerad multidisciplinär databas, använd vid flera svenska universitet.

Det saknades MeSH-termer och ämnesord som effektivt ringade in området. Därför består sökningarna, vilka presenteras i tabell 2 (se bilaga), enbart av sökord baserade på SPICE. Olika kombinationer med sökblock användes vilket är en framkomlig strategi enligt Willman m.fl (2016). Sökorden som slutligen användes var: "acute", "emergency", "experience*", "perception*", "perceive*", "death*", "dying", "die*", "trauma*", "grief", "bereave*", "terminal", "suicid*", "palliative", "palliat*" "end of life", "nurs*", "urgent", "ER" (Emergency room), "A&E" (Accident & emergency), "ED" (Emergency department), "EW" (Emergency ward) och "casualty". Dessa anpassades och kombinerades genom trunkering och de booleska operatörerna OR och AND som beskrivs av Willman m.fl (2016) och SBU (2019b). Som begränsning ställdes sökningarna in på att endast leta efter vissa sökord i titel och abstract för att begränsa antalet träffar.

5.2.1 Inklusionskriterier

Målet var att välja ut artiklar, kvalitativa, kvantitativa eller med mixad metod, som stämde med föreliggande studies syfte och fokuserade på sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter inom akutsjukvården. Endast vetenskapliga originalartiklar som var peer reviewed och publicerade på engelska inkluderades. Uppsatsen inriktar sig på de delar av akutsjukvården som sker på sjukhus och huvudsakligen riktar sig till vuxna patienter och där grundutbildade sjuksköterskor arbetar. Det inkluderar traumavård, akut medicinsk vård, akut kirurgisk vård och

snabb stabilisering vilket kan ske på akutmottagning och på vårdavdelningar inriktade på akut vård och korta vårdtider. Inledningsvis inkluderades artiklar publicerade efter år 2009, alltså inom en tioårsperiod, men då få artiklar hittades togs tidsbegränsningen bort.

5.2.2. Exklusionskriterier

Exklusionskriterier tillämpades för att utesluta specialistvård, däribland intensivvård, barnakut, neonatal, psykiatri, psykiatrisk akut och primärvård. Artiklar där sjuksköterskors perspektiv inte var separerat från andra professioners perspektiv exkluderades eftersom arbetsuppgifter och ansvar skiljer sig. Artiklar som behövde beställas eller betalas för exkluderades på grund av begränsade resurser inom uppsatsskrivandet.

5.2.3 Urval

Utifrån sökningarna (se bilaga, tabell 2) identifierades initialt 45 artiklar utifrån titlar vilka hade potential att svara mot inklusions- och exklusionskriterierna. Under läsning av abstracts valdes 25 artiklar bort på grund av att de antingen inte motsvarade inklusions- och exklusionskriterierna eller inte besvarade syftet i föreliggande studie.

Av de 20 kvarvarande artiklarna hittades en inte i fulltext och exkluderades. Av de 19 valda artiklarna var 18 kvalitativa och en hade mixad metod. Alla artiklar skrevs ut på papper och granskades för inkludering eller exkludering (Friberg, 2012). Artikeln med mixad metod granskades med hjälp av kvalitetsgranskningsfrågor föreslagna av Willman m.fl. (2016) respektive Friberg (2012). De kvalitativa artiklarna granskades utefter mall utformad av SBU (2019a) vilket rekommenderas av Willman m.fl. (2016) och Rosén (2017). Tre artiklar exkluderades på grund av bristande kvalitet gällande bland annat otydligt redovisat resultat. Sex artiklar togs bort då de inte kunde svara på föreliggande studies syfte, bland annat på grund av otillräckligt beskriven miljö (setting). Totalt identifierades tio artiklar av medel- till hög kvalitet (se bilaga, tabell 3).

5.3 Analys

Analysen genomfördes med vägledning av Fribergs (2012) förslag på tillvägagångssätt för beskrivande litteraturöversikt. Först lästes studierna igenom flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang och sammanfattades i sin helhet. En tabell (se bilaga, tabell 2) upprättades över likheter och skillnader i syfte, material, metod, resultat och kvalitet. Då stora delar av studieresultaten svarade mot syfte och frågeställning i uppsatsen kunde en övervägande del tas med i analysen. Relevanta fynd sammanfattades i en översiktstabell (vilken inte redovisas i denna uppsats). Nästa steg var att göra jämförelser av likheter och skillnader av studieresultaten. Studiernas diskussioner utelämnades. Likheter och skillnader sorterades i huvudteman och underteman.

5.4 Forskningsetiska överväganden

Ett studentarbets värde har att göra med om och hur resultatet kan komma till nytta (Kjellström, 2017). Ämnesvalet bedömdes viktigt att studera och sammanfatta då det kan vara viktigt för

sjuksköterskor med ökad kännedom om utmaningar kring EOLC i akutsjukvården och kunskap om sjuksköterskors reaktioner. Förhoppningsvis kan resultatet ge implikationer för praxis och synliggöra eventuella behov av organisatoriska förändringar.

Forskningsetik handlar om att de deltagare som ingår i studien ska behandlas respektfullt och att den insamlade informationen ska tas om hand korrekt (Kjellström, 2017). Av det följer att deltagarnas integritet, självbestämmande och lika värde ska beaktas i de forskningsetiska principerna kring informationskravet, nyttjandekravet, konfidentialitetskravet och samtyckeskravet. Alla studier har etiskt godkännande utom Johansson och Lindahl (2012) där inget etiskt godkännande krävdes enligt svensk lag men artikeln beskriver att hänsyn tagits till forskningsetiska principer.

Litteraturstudier kan väcka etiska frågor, skriver Kjellström (2017). Exempelvis kan studenten ha begränsade språkliga kunskaper eller inneha bristande kunskaper för att förstå och korrekt bedöma alla artiklar som ingår vilket ger utrymme för feltolkningar. Författarnas förförståelse inför uppsatsen bottnar i upplevd brist på utbildning och träning i EOLC inom sjuksköterskeutbildningen men strävan har varit att beskriva, analysera och tolka utan att förvränga eller föra in egna åsikter. Ett sätt att motverka att förförståelsen färgade uppsatsen var att gå systematiskt tillväga såsom beskrivs under *Analys*. Under uppsatsens gång har de webbaserade översättningstjänsterna Google Translate och Tyda.se använts för översättning från engelska till svenska.

6 Resultat

Nio artiklar med kvalitativ metod och en med mixad metod ligger till grund för resultatet. Analysen utmynnar i tre huvudteman och sex underteman:

Tabell 1

Huvudtema	Undertema
6.1. Organisatoriska utmaningar	6.1.1. Akutsjukvården är inte anpassad för EOLC
	6.1.2 Erfarenhet och förberedelse
6.2. Komplexitet kring relationer och kommunikation	6.2.1. Kommunikation och vårdrelationer med patient och anhöriga
	6.2.2. Utmaningar kring sjuksköterskans roll
6.3. Reaktioner och reflektioner kring personliga och professionella upplevelser	6.3.1. Moralisk och etisk stress
	6.3.2. Känslomässig hantering

6.1. Organisatoriska utmaningar

Det första undertemat *Akutsjukvården är inte anpassad för EOLC* beskriver sjuksköterskors upplevelser av att akutsjukvårdsmiljön inte är en lämplig plats att vårda döende, medan det andra undertemat *Erfarenhet och förberedelse* behandlar brist på förberedelse, utbildning och erfarenhet.

6.1.1 Akutsjukvården är inte anpassad för EOLC

I flera studier framkommer det att sjuksköterskor upplevde att akutsjukvården inte är en lämplig plats att dö på (Rolland, 2016; Oliveira, Fothergill-Bourbonnais, McPherson & Vanderspank-Wright, 2016; Socorro, Tolson & Fleming 2001; Wolf m.fl., 2015; Hogan, Fothergill-Bourbonnais, Brajtman, Phillips & Wilson, 2016; Decker, Lee & Morphet, 2014). I de fyra sistnämnda var detta en central uppfattning bland studiedeltagarna och summerande av deras upplevelse av döende och död inom akutsjukvården.

Sjuksköterskorna ansåg att det saknades resurser som ofta fanns till hands på andra avdelningar. Akutsjukvården upplevdes olämplig på grund av stor genomströmning av människor, oljud, brist på möjlighet till avskildhet samt avsaknad av tid för att möta patienters och anhörigas behov (Socorro m.fl., 2001; Wolf m.fl., 2015; Hogan m.fl., 2016; Oliveira m.fl., 2016; Decker m.fl., 2014). Exempelvis saknades ofta tid för att stödja närstående efter patientens död. Vissa sjuksköterskor uttryckte att det var osannolikt att den döende patienten och dess anhöriga skulle uppleva en god död eftersom miljön inte kunde upprätthålla de nödvändiga beståndsdelar som försäkrar högkvalitativ EOLC (Decker m.fl., 2014). Till och med i ett hypotetiskt scenario med goda resurser ansåg ingen i studien av Decker m.fl. (2014) att akutsjukvården var en god plats att dö på.

Temat visar på kontrasten mellan sjuksköterskornas förväntningar på EOLC och vårdandet i en miljö som inte alltid ger förutsättningarna (Socorro m.fl., 2001). En enkätundersökning med 1 879 sjuksköterskor visade att de verkade dela de grundläggande värderingar som EOLC bygger på (Wolf m.fl., 2015). Patienterna ansågs behöva och ha rätt till avskildhet, tid med personalen och adekvat interdisciplinär personal (Wolf m.fl., 2015; Decker m.fl., 2014, Socorro m.fl., 2001; White & Meeker, 2019). Speciella rum för EOLC upplevdes underlätta kommunikation och möjliggöra umgänge (Johansson & Lindahl, 2012).

En annan typ av attityd eller hållning som framkom var att akutsjukvården är en plats för att rädda liv, inte en miljö för palliativ vård (Rolland, 2016; Decker m.fl., 2014; Wolf m.fl., 2015). Medan Rolland menar att synsättet och prioriteringen av patienter med god överlevnadsprognos framför patienter med EOLC-behov inte beror av brist på medlidande utan på tidsbrist och hektisk miljö, skriver Decker m.fl. (2014) att EOLC har låg prioritet på grund av akutsjukvårdens natur med fokus på att bota och rädda liv. Alla studiedeltagare i Decker m.fl. (2014) ansåg att det var både nödvändigt och viktigt att prioritera patienter som kunde botas.

6.1.2 Erfarenhet och förberedelse

EOLC upplevdes som utmanande och komplicerat inte bara relaterat till brist på tid och plats utan

även på grund av brist på förberedelse och utbildning (Oliveira m.fl., 2016; White & Meeker, 2019; Howes, 2015; Wolf m.fl., 2015; Socorro m.fl., 2001) och avsaknad av riktlinjer (Wolf m.fl., 2015). Akutsjukvårdens organisering utmanar sjuksköterskors kompetens i EOLC, dels på grund av att ett brett spektrum av patienter med olika tillstånd och komorbiditeter försvårar avgöranden kring när en patient behöver EOLC då många patienter samtidigt försämras och förbättras i sitt mående (Oliveira m.fl., 2016). Dels innebär handläggningen av flera patienter med helt olika tillstånd en prövning då sjuksköterskorna inte kan förbereda sig inför EOLC (Oliveira m.fl., 2016; White & Meeker, 2019; Howes, 2015; Johansson & Lindahl, 2012; Hogan m.fl. 2016; Socorro m.fl., 2001).

Många sjuksköterskor kände att de inte var rustade att ta hand om anhöriga i kris och sorg efter att patienten dött (Socorro m.fl., 2001; White & Meeker 2019). Det var svårt att finna ord och bemöta krisreaktioner.

Det fanns kunskapsbrist kring lindrande läkemedel vid EOLC och identifiering och särskiljning av symtom vilket ledde till återhållsam läkemedelsadministrering (Howes, 2015; White & Meeker, 2019). Förstoppning, smärta och förvirringstillstånd var svårast att bedöma. Sjuksköterskorna tvekade kring läkemedelsdosering på grund av komplexa bedömningar om effekt kontra biverkningar. Kunskapsbristen bidrog till att sjuksköterskorna hade svårt att förklara läkemedelsbehandlingen för anhöriga.

Medan vissa sjuksköterskor ansåg att vidareutbildning är mindre viktigt än adekvata resurser för god EOLC (Socorro m.fl., 2001; Rolland, 2016; Wolf m.fl., 2015) lyfte andra fram vikten av både förberedelse och utbildning i EOLC (White & Meeker, 2019; Wolf m.fl., 2015; Howes, 2015). Några sjuksköterskor uppgav skillnader i hur man lär sig och utför akutsjukvård, vilken är uppgiftsorienterad, jämfört med EOLC som kräver mer holistiska förmågor. EOLC förutsätter praktiska erfarenheter för att sjuksköterskorna ska tillgodogöra sig kunskap (Oliveira m.fl., 2011; Johansson & Lindahl, 2012; Socorro m.fl., 2001; White & Meeker, 2019). Värderingar och övertygelser kring sjuksköterskors roll i EOLC kunde ändras genom klinisk erfarenhet.

Vidare framkommer att kollegors kompetens och stöd till viss del kompenserade bristande utbildning och underlättade prövningar i EOLC. Oavsett erfarenhet tog sjuksköterskorna hjälp av varandras expertis, ibland i form av mentorskap, och bistod varandra så att tid kunde avsättas till EOLC (Oliveira m.fl., 2011; Wolf m.fl., 2015; White & Meeker, 2019; Hogan m.fl., 2016).

Erfaret ledarskap var viktigt för när man ville uppmärksamma källor till svårigheter (White & Meeker, 2019). Det fanns fördelar med ledare som var specialiserade och tog hänsyn till tidsåtgången för EOLC och som distribuerade arbetsbelastningen.

6.2. Komplexitet kring relationer och kommunikation

Inledningsvis beskrivs sjuksköterskornas samspel med patient och närstående och därefter i förhållande till vårdteamet.

6.2.1 Kommunikation och vårdrelationer med patient och anhöriga

Många sjuksköterskor upplevde det svårt att kommunicera och etablera vårdrelationer med döende patienter och deras anhöriga på grund av olika motsättningar (Oliveira m.fl., 2016; Hogan m.fl., 2016; White & Meeker, 2019; Socorro m.fl., 2001; Johansson & Lindahl, 2012). Motsättningarna var exempelvis relaterade till tidsbrist vilket upplevdes försvåra EOLC och gott beslutsfattande i samråd med patient och anhöriga. Undersökning av familjemedlemmars behov kan vara en lång och komplex process, särskilt om olika familjemedlemmar är i olika stadier av acceptans (Oliveira m.fl., 2016).

Medan Howes (2015) iakttog att studiedeltagarna refererade till familjemedlemmar som teammedlemmar i EOLC och delade uppgiften att upptäcka symtom hos patienter som inte själva kunde förmedla sig, visade ett flertal studier på upplevda motsättningar mellan anhörigas syn på behandling och medicinering och sjuksköterskornas och teamets bedömningar. Vissa familjer kunde inte acceptera patientens försämrade tillstånd. Det rädde konflikter när kurativa åtgärder inte längre var effektiva och konsensus inte uppnåddes mellan personal, patient och mellan olika familjemedlemmar om att avsluta dem (Rolland, 2016; Oliveira m.fl., 2016; White & Meeker, 2019; Wolf m.fl., 2015). Det kunde också hända att patienten eller familjemedlemmar vägrade medicinering även om lidandet var uppenbart (Howes, 2015). Vid bristande konsensus och utan familjens acceptans av situationen upplevde sjuksköterskorna att de inte visste hur de skulle bedriva EOLC och kände sig osäkra kring hur de skulle minska diskrepansen.

Vissa sjuksköterskor upplevde att kommunikationen var extra svår vid oväntad död på grund av att familjemedlemmar i kris ibland inte tar till sig information (Wolf m.fl., 2015). Dessutom tenderar familjen och patienten ändra sin uppfattning om behandling och medicinering vid oväntad död. Detta ledde till upplevd frustration över förvirring kring patientens och anhörigas önsknings (Wolf m.fl. 2015; Decker m.fl., 2014).

Det var inte bara motsättningar som bidrog till kommunikationsproblem. Ibland vårdade sjuksköterskorna patienter som inte kunde tala för sig och där det saknades information om identitet och patientens önskan om vård och livräddande behandling (Johansson & Lindahl, 2012; Decker m.fl, 2014).

6.2.2 Utmaningar kring sjuksköterskans roll

Sjuksköterskorna upplevde sig ofta fångade i mitten av läkares, patienters och anhörigas olika synsätt på vården (Oliveira m.fl., 2016; Howes, 2015). Synsätten kunde samtidigt avvika från sjuksköterskornas egna professionella ambitioner och bedömningar. Omvårdnad handlar primärt om patientens synsätt och behov och sjuksköterskorna refererade till sig själva som företrädare för patienten (Howes, 2015). När mål mellan doktorer och familj inte stämde överens försökte sjuksköterskorna upprätthålla personcentrering (Oliveira m.fl., 2016).

Sjuksköterskorna upplevde att vissa läkare inte bidrog i arbetet (Howes, 2015; Oliveira m.fl., 2016). Exempelvis var det svårt att få tag på läkare och de kunde bli irriterade när de kontaktades om ökat behov av symtomlindring. Ordinationer upplevdes kunna dröja länge (Howes, 2015) och målen läkare upprättade kunde vara oklara och motsvarade inte alltid familjens vilja (Oliveira m.fl., 2016).

Medan Hogan m.fl. (2016) fann att upplevelsen av att vara del i ett team var viktig för sjuksköterskornas vilja att fortsätta arbeta och göra sitt bästa beskriver Oliveira m.fl. (2016) att sjuksköterskor upplevde att doktorerna inte respekterade dem som en del av EOLC-teamet. Som ett led i det bristande teamarbetet bjöds sjuksköterskorna inte in till möten med patient och familj kring vårdens utformning, även om det ibland handlade om att de inte hade tid att delta. Exkluderingen upplevdes som ett hinder för god kommunikation och ansvaret att företräda patienten (Oliveira m.fl., 2016). Vissa sjuksköterskor upplevde det svårt att ha dialog med sörjande släktingar eftersom de inte kände till hur mycket släktingarna visste vilket fick sjuksköterskorna att känna sig obekväma och undvika situationen (Socorro m.fl., 2001).

Trots tonvikten vid svårigheter i teamarbete och interaktionen mellan läkare, familj och anhöriga framkommer också exempel på hur sjuksköterskor uppskattade läkare som koordinerande samarbete med palliativ expertis (Wolf m.fl. 2015). Positiv synergier upplevdes när en plan för EOLC var överenskommen och alla medlemmar i teamet arbetade mot samma mål (Oliveira m.fl., 2016).

6.3. Reaktioner och reflektioner kring personliga och professionella upplevelser

Detta huvudtema består av undertemat *Moralisk och etisk stress*, som kan ses som en konsekvens av de brister och utmaningar som tidigare framkommit och undertemat *Känslomässig hantering* som visar på sjuksköterskornas försök att hantera utmaningarna.

6.3.1 Moralisk och etisk stress

Temat moralisk och etisk stress behandlar inre konflikt mellan utmaningarna i den upplevda verkligheten och sjuksköterskors förväntningar på EOLC. Förväntan uttrycktes i alla studier genom att sjuksköterskorna delade EOLC:s grundläggande värderingar och ville ta sig an döende patienter och deras anhöriga. Flera exempel på försök att åstadkomma EOLC trots organisatoriska brister framkommer (Mak, Lim Chiang & Chui, 2019). Moralisk och etisk stress uppstod när sjuksköterskorna förstod vad som behövdes men på samma gång mötte begränsningar bortom deras kontroll.

En källa till moralisk och etisk stress handlade om frustration över konkurrerande krav. Det upplevdes svårt att möta döende patienters och anhörigas behov när andra akuta patienter väntade (Wolf m.fl., 2015; White & Meeker, 2019; Oliveira m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Hogan m.fl., 2016). De dubbla ansvaren verkade hindra djupare förhållanden mellan sjuksköterska och patient vilket ledde till upplevelse av otillfredsställelse och otillräcklighet (Johansson & Lindahl, 2012). Sjuksköterskor upplevde dissonans mellan akutsjukvårdens lösningsorienterade natur och kärnan i EOLC (Wolf m.fl., 2015; Hogan m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Socorro m.fl., 2001). Sjuksköterskorna kunde skuldbelägga sig själva och känna besvikelse över att de var så uppgiftsorienterade (Mak m.fl., 2019).

Moralisk och etisk stress kunde också vara kopplat till attityder, arbetssätt och kulturella synsätt kring död och döende på akuten (Wolf m.fl., 2015; Oliveira m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012). Akutsjukvårdsmiljön med dess policys, etablerade rutiner och interprofessionella arbetssätt ansågs hindra EOLC. Vissa sjuksköterskor var medvetna om attityder och uppfattade

att det inte ansågs tillåtet på akuten för sjuksköterskor att ägna sig åt EOLC och att död på akuten är ett misslyckande, att personalen på akuten då inte gjort ett bra jobb (Wolf m.fl., 2015).

Kunskapsbrist kring identifiering och behandling av symtom bidrog också till etiskt dilemma. Sjuksköterskorna upplevde ångest över att balansera lämplig dos och rädsla för att orsaka ökat lidande eller påskynda döden (Howes, 2015; White & Meeker, 2019; Oliveira m.fl., 2016).

Motsatta perspektiv och mål mellan anhöriga, patient och personal kring lindrande behandling var också rot till etisk och moralisk stress (White & Meeker, 2019; Howes, 2015). När läkemedel vägrades trots uppenbart lidande eller önskemål om att påskynda döden genom större doser läkemedel upplevde sjuksköterskorna obehag. Att läkare inte adresserade symtom ledde till upplevelser av frustration, ångest och hjälplöshet (Howes, 2015; Oliveira m.fl., 2016).

Vidare upplevde sjuksköterskor sig kunna bidra till lidande när de saknade kontroll över situationen och den fortsatta behandlingen (Oliveira m.fl., 2016; White & Meeker, 2019). Även om det fanns överenskommelser om aggressiv behandling, hamnade administreringen på sjuksköterskan. De tvingas bevittna och delta i vård som de upplevde skadlig och inte stämde överens med deras bild av sin uppgift att hjälpa patienter. Det hände också att anhöriga pressade sjuksköterskan att utföra vårdinsatser mot sjuksköterskans professionella bedömning och värderingar (White & Meeker, 2019; Howes, 2015).

6.3.2 Känsломässig hantering

EOLC var förenat med upplevelser av sorg, ansvar, hopplöshet och hjälplöshet hos sjuksköterskorna, vilket hanterades på olika vis. Exempelvis var de oroliga för att bevittna anhörigas intensiva känsloreaktioner (Mak m.fl., 2019; Socorro m.fl., 2001) och var inte säkra på om de skulle kunna kontrollera sina känslor (Hogan m.fl., 2016). Plötslig död kunde inge hopplöshet av att inte förstå vad som pågick (Mak m.fl., 2019) och hjälplöshet för att de inte kunnat avhjälpa situationen (Hogan m.fl., 2016; Howes, 2015). En del sjuksköterskor upplevde EOLC som dränerande (Johansson & Lindahl, 2012; Oliveira m.fl., 2016). Medan vissa beskrev att de hanterade EOLC genom att sätta professionella gränser för att inte bli för känslomässigt involverade beskrev andra ett undvikande beteende (Rolland, 2016; Wolf m.fl., 2015; Johansson & Lindahl, 2012; White & Meeker, 2019; Mak m.fl., 2019). Andra lyfte dock fram hur de uppskattade att bilda meningsfulla relationer med patienter och anhöriga (White & Meeker, 2019; Johansson & Lindahl, 2012; Oliveira m.fl., 2016).

Många hade svårt med den mentala och känslomässiga omställningen från botande till lindrande vård under ständig tidspress (Wolf m.fl., 2015; Johansson & Lindahl, 2012; White & Meeker, 2019). Omständigheterna kring en patients död och hur sjuksköterskorna värderade sin insats kring exempelvis anhörigas oro påverkade deras upplevelse (Decker m.fl., 2014). Upplevelser kunde dröja sig kvar långt efteråt och det förekom fördröjda känsloreaktioner som kunde göra sig påminda hemma (Mak m.fl., 2019; Rolland, 2016; Wolf m.fl., 2015; Johansson & Lindahl, 2012). Vissa sjuksköterskor kände sig besatta av patienters oförutsedda död (Mak m.fl., 2019), andra beskrev stress och posttraumatiska stressyndrom (PTSD) från att återkommande vårda patienter med livshotande symtom och uppleva död (Wolf m.fl., 2015).

Hantering av de känslomässigt krävande situationerna kunde ske dels genom debriefing i form av omedelbar genomgång med ledare och dels genom debriefing med kollegor (Oliveira m.fl., 2016; White & Meeker, 2019; Rolland, 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Hogan m.fl., 2016).

Debriefingen syftade till att förstå vad som hänt och utvärdera arbetsinsatsen och bidrog till att avdramatisera när dödsfall inträffat under mindre ideala omständigheter. Vissa sjuksköterskor uppgav att de ibland behövde söka samtalsstöd (White & Meeker, 2019).

Hantering skedde också genom fortgående självreflektion och strategier som sjuksköterskorna själva tillämpade. Många nämnde vikten av att veta att man gjort sitt bästa och tanken om att det är ett privilegium att vårda en människa i dess sista tid i livet (Oliveira m.fl, 2016; Decker m.fl, 2014; White & Meeker, 2019; Rolland, 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Hogan m.fl, 2016). Reflektion, teamkänsla, förmåga att lämna jobbet på jobbet och vetskapen om att en gjort sitt bästa gav arbetstillfredsställelse och motivation för att fortsätta arbeta inom akutsjukvården (Oliveira m.fl., 2016; Mak m.fl., 2019; Socorro m.fl. 2001; Johansson & Lindahl, 2012; White & Meeker, 2019; Hogan, 2016).

Sjuksköterskor uppmärksammade vikten av att förstå sina egna känslor kring att ge EOLC samt sträva efter självkännedom (White & Meeker, 2019; Johansson & Lindahl, 2012). Med tiden hade vissa sjuksköterskor kommit att betrakta döden som normal och ökat acceptansen och förståelsen för sina egna känslor (Socorro m.fl., 2001; Rolland, 2016; Johansson & Lindahl, 2012).

Flera av artiklarna beskriver förmåga till självvårdande, avkopplande strategier i syfte att hantera de återkommande starka upplevelsorna och inte ta med sig arbetsrelaterade problem hem (White & Meeker, 2019; Wolf m.fl., 2015; Hogan m.fl, 2016; Mak m.fl., 2019). Strategierna kunde handla om motion, humor, titta på TV, dricka ett glas vin eller gå till kyrkan och kunde ibland liknas vid ritualer. Strategierna hjälpte deltagarna att varva ner och sätta saker i perspektiv.

Sjuksköterskor kunde också inta ett reflekterande förhållningssätt till död och lidande. Exempelvis kunde de känna förståelse för att anhöriga kunde projicera sina känslor mot dem eller ta lättare på egna bekymmer och sätta egna problem i perspektiv (Mak m.fl., 2019).

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Uppsatsens metod har ett antal styrkor:

(1) Bara artiklar med kvalitativ eller mixad metod användes till sammanställningen av sjuksköterskors upplevelser då kvalitativ forskning är bäst lämpad att undersöka upplevelser (Henricson & Billhult, 2017); (2) Stor möda lades på att hitta rätt sökord då valet av dessa är centralt i en litteraturöversikt (Henricson, 2017); (3) Tillämpningen av sökblock med alla relevanta synonyma begrepp vi hittat effektiviserade sökningen (4); Även om fler artiklar kunnat hittas genom fullständig systematisk litteraturöversikt i så många databaser som möjligt ansåg vi att användning av fyra databaser var rimligt och bidrog till sensitivitet inom ramarna för uppsatsskrivandets tidsbegränsning. Då samma studier återkom under flera utformningar av sökordskombinationer i flera olika databaser stödjer detta uppsatsresultatets sensitivitet och trovärdighet (Henricson, 2017); (5) Då trovärdigheten kan styrkas också genom databaser med omvårdnadsfokus använde vi CINAHL som har tydlig omvårdnadsfokus och PubMed som också har viss omvårdnadslitteratur (Henricson, 2017; Willman m.fl, 2016); (6) Alla studier var peer

reviewed vilket stärker trovärdigheten då studierna är bedömda som vetenskapliga (Henricson, 2017); (7) Kvalitetsgranskningen enligt SBU:s mall och redovisning i ett kvalitetsgranskningsschema bidrog till systematik vilket Friberg (2017a) betonar vikten av; (8) Endast artiklar med medel- hög kvalitet togs med i uppsatsen; (9) Den öppna metodredovisningen bör göra det lättare för läsaren att bilda sig en egen uppfattning om analysresultatet och göra det möjligt att upprepa studien för att kontrollera dess reliabilitet (Henricson, 2017); (10) Eftersom författarnas förförståelse innebär ett forskningsetiskt dilemma då den kan påverka reliabiliteten genom både urval, tolkning och redovisning av artiklar pågick hela tiden en diskussion mellan författarna för att sträva efter ett kritiskt förhållningssätt vilket Friberg (2017b) förordar. Detta stärker trovärdigheten (Henricson, 2017). Även om det är omöjligt att helt radera subjektiva ställningstaganden strävade vi efter att sammanställa varje artikels resultat i sin helhet, för att inte missa något, innan analysen påbörjades.

Ett antal svagheter framträder också:

(1) Svensk MeSH (2019) och CINAHLs thesaurus användes för att finna ämnesord och synonyma sökord och ett antal sökningar med ämnesord genomfördes men det visade sig att relevanta artiklar inom problemområdet inte delade gemensam indexering varför slutligen endast sökord brukades. Specificiteten kan ha påverkats negativt då vi inte kunde använda kombinationer av fritextsökning och ämnesord. Vidare existerar kanske ytterligare relevanta sökord, då vi i litteratursökningen t.ex. funnit flera engelska begrepp för *palliativ vård*; (2) Inledningsvis sökte vi artiklar publicerade inom de senaste tio åren men då för få relevanta artiklar hittades utökades sökningen. Det visade sig att forskningen inom problemområdet varit sparsam innan dess men en artikel från 2001 inkluderades då den svarade mot syftet och var av hög kvalitet; (3) Det hade varit önskvärt att söka i fler databaser för att inkludera fler studier; (4) Trovärdigheten ökar om man använder studier av samma design, exempelvis grounded theory eller fenomenografi (Henricson, 2017) men det var inte fullt möjligt då vi inte fann tillräckligt många lämpliga artiklar av samma design; (5) Vi diskuterade vilka vårdfunktioner som skulle inkluderas och exkluderas. Akutsjukvårdens organisation varierar mellan olika länder och begreppet akutsjukvård är bristfälligt definierat internationellt. Detta är märkbart i de valda artiklarna där exempelvis “acute care setting” eller “acute hospitals” nämns men ofta utan tillräcklig specifik beskrivning av vad som avses. I uppsatsens resultatbeskrivning särskiljs inte olika inriktningar inom akutsjukvården även om vissa skillnader i upplevelser mellan akutmottagningar och akutavdelningar framkom. Därför finns en viss osäkerhet kring vad uppsatsens resultat representerar. Å ena sidan hade fokusering på enbart akutmottagningar kunnat möjliggöra en djupare förståelse av förhållandena på dessa avdelningar men det saknas tillräckligt med relevanta artiklar av godtagbar kvalitet för detta ändamål. Å andra sidan ger akutsjukvård i det bredare perspektivet sannolikt en bredare överförbarhet; (6) Vidare hade det varit önskvärt att inkludera endast svenska studier för att gynna överförbarheten i svensk kontext men ändamålsenliga studier saknades; (7) Att föra en diskussion utifrån svenska lagar och riktlinjer och dra slutsatser om bl.a. kvalitén på vården i andra länder, vars lagar och riktlinjer kan skilja sig åt, kan påverka överförbarheten negativt. Ett alternativ kunde varit att föra diskussionen endast utifrån internationella lagar och styrdokument.

Etiska frågeställningar borde vara mycket viktiga i de ingående studierna då de behandlar vård av särskilt utsatta grupper och sjuksköterskor upplevelser i förhållande till vården av döende patienter och deras anhöriga (Kjellström, 2017). Då vården kring döende patienter i en miljö med många utmaningar verkar ha närmast sig sjuksköterskors sårbarhet väcks frågor om det borde vara

krav även i svensk lag med etiskt godkännande för studier riktade mot vårdpersonal. Vidare är det bara två artiklar som skriver att ämnet kan vara känsligt. Återkommande sparsam beskrivning av forskningsetiska principer, såsom att ge deltagarna skriftlig och muntlig information om studiens syfte och att säkerställa deras anonymitet och konfidentialitet, är problematiskt ur forskningsetisk synvinkel. Kjellström (2017) skriver också att det kan vara rimligt att erbjuda eller vägleda deltagarna till vidare stöd vid studier som kan innebära att starka minnen, reaktioner och känslor väcks. Det nämns inte i någon studie att detta har gjorts.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet ger svar om hur sjuksköterskor upplever dödsfall, vårdandet av döende patienter och bemötandet av anhöriga inom den somatiska akutsjukvården. Huvudfynden handlar dels om resursbrister i form av brist på avskildhet, tid och personal med utbildning i EOLC vilket påverkar vården negativt och försvårar kommunikation och vårdrelationer. Dels handlar fynden om att akutsjukvården med sin inriktning på akut botande behandling inte är anpassad för EOLC. Vidare framkommer återkommande motsättningar i kommunikationen mellan patient, närstående och läkare. I förlängningen framkallar utmaningarna moralisk och etisk stress och påverkar sjuksköterskornas förmåga att vårda.

Inför uppsatsens diskussion är det värt att nämna att krav och förväntningar på vården kan skilja sig mellan olika länder men att diskussionen huvudsakligen utgår från svenska styrdokument och lagar.

7.2.1 Diskrepans mellan ideal, förväntningar och verklighet

Medan Socialstyrelsen (2013) och WHO (u.å.) fastslår att EOLC ska ges efter behov belyser uppsatsresultatet komplexa problem för att nå målet om god EOLC i akutsjukvården. Styrdokument, riktlinjer och modeller för god palliativ vård målar upp etiska värden och mål som ska uppnås i EOLC. Dras paralleller mellan uppsatsens bakgrund, teoretiska utgångspunkter och uppsatsens resultat framgår ett glapp mellan vad som åläggs sjuksköterskorna i deras professionella roll och vad som i realiteten kan förväntas. De identifierade resursbristerna återkommer i flera översiktsartiklar (Raymond m.fl., 2016; McCourt, Power och Glackin, 2013; Cooper, Hutchinson, Sheikh, Taylor, 2018) och verkar utgöra barriärer för uppfyllandet av kraven.

Symtomlindring utgör en rättighet (WPCA & WHO, 2014) och en av hörnstenarna i den palliativa vården (Vårdhandboken, 2019; Socialstyrelsen, 2013) men upplevelser av att den brister upprepas i översiktsstudier (McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018). Förenta Nationerna (2013) menar att förnekandet av tillgång till smärtstillande läkemedel kan liknas vid inhuman och förödmjukande behandling. Utifrån Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) erfar döende patienter onödigt lidande genom otillräcklig behandling av smärta och andra symptom till följd av kunskapsbrist och fördröjda ordinationer.

Resultatet kan också relateras till den palliativa hörnstenen teamarbete (Vårdhandboken, 2019; Socialstyrelsen, 2013). Fungerande teamarbete bland de närmaste kollegorna eller med palliativ expertis verkade ge sjuksköterskor en känsla av meningsfullhet. Men vissa sjuksköterskor upplevde att läkare inte såg dem som en del av teamet. Teamarbete motverkades när

sjuksköterskorna inte hade tid eller inte bjöds in av läkare att delta på viktiga möten med patient och familj kring vårdens innehåll. När sjuksköterskorna inte visste vad som diskuterats blev det svårare att kommunicera och ge stöd till närstående.

Upplevelse av tidsbrist, prioritering av patienter med kurativa behov och brist på träning och utbildning i att möta anhöriga är ytterligare faktorer som kan kopplas till problem kring den palliativa hörnstenen närståendestöd (Vårdhandboken, 2019; Socialstyrelsen, 2013). Erhållen vård från sjuksköterskor i akutsjukvården har betydelse för anhörigas förutsättningar att hantera bortgången (Walker & Deacon, 2015; Buckley m.fl., 2015; Raymond m.fl., 2016). När anhöriga inte får adekvat stöd innan och efter dödsfallet kan det få allvarliga konsekvenser både för den enskilda och för samhället i form av ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa och medföljande negativa ekonomiska följder (Buckley m.fl., 2015; Valks m.fl., 2005; Walker & Deacon, 2015; Raymond m.fl., 2016).

Den palliativa hörnstenen kommunikation och relation berör upprättande av goda relationer mellan professionella, patient och närstående (Vårdhandboken, 2019; Socialstyrelsen, 2013). Kommunikation bör innebära skapande av ömsesidig förståelse och stöd mellan flera personer och diskussion av svåra och smärtsamma frågor för att kunna bearbeta känslor (Socialstyrelsen, 2013; Baggens & Sandén, 2019). EOLC kräver stor planering och kännedom om patienten, där tid och kommunikationsförutsättningar är nyckelfaktorer för att kunna möta individuella behov (Nyström, 2019). Socialstyrelsen (2013) skriver:

“I all vård är självbestämmande och respekt för patienters integritet både lagfästa och självklara etiska principer. Att respektera en patients autonomi kräver kunskap om personen som individ samt hans eller hennes önsknings- och beslutskapacitet. Organisationens villkor behöver därför underlätta medarbetarnas inlevelseförmåga i andras situation och främja deras kommunikativa kompetens för att de ska kunna verka i enlighet med de etiska värden som yrket förpliktar till.” (Socialstyrelsen, 2013, sida 71)

Detta blir komplext i akutsjukvården där sjuksköterskan möter patient och anhöriga första gången i sen palliativ fas. Frågor väcks kring hur sjuksköterskor ska kunna arbeta personcentrerat då förutsättningar i form av tid ofta inte kan tillgodoses. Hur ska sjuksköterskor kunna odla goda vårdrelationer, kommunicera och se till patientens och anhörigas behov när andra arbetsuppgifter måste prioriteras på grund av tidsbrist? I kontrast till vad som förespråkas inom EOLC visar uppsatsresultatet och översiktsartiklar (McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018; Raymond m.fl., 2016) på avsaknad av tillräckliga kommunikationsfärdigheter och kunskaper. Det verkade göra sjuksköterskorna osäkra och undvikande i kommunikationen med patient och anhöriga. Även tid för samtal saknades vilket försvårade utvecklandet av vårdrelationer (Nyström, 2019). Sjuksköterskorna kunde då inte skapa trygghet och möjliggöra den i Sverige lagstadgade rätten till självbestämmande (SFS 2017:30; SFS 2001:453). Vidare kunde patienters och anhörigas rätt till integritet i form av avskildhet ofta inte tillgodoses även om sjuksköterskorna försökte skapa avskildhet (McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018; Raymond m.fl., 2016).

7.2.2 Etisk och juridisk problematik med prioriteringar

Prioriteringen av patienter med akuta kurativa vårdbehov framför patienter med behov av EOLC inom akutsjukvården ställer människovärdesprincipen, som försvarar alla människors lika värde och lika rätt och behovs- och solidaritetsprincipen som handlar om att vårdinsatser ska fördelas efter behov (Socialstyrelsen, 2013; SFS 2017:30) på sin spets. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att den som har det största behovet ska få företräde. Ju allvarligare tillstånd och ju

effektivare tillgänglig behandling desto högre ska patienten rangordnas (Prioriteringscentrum, 2017). Ifall prioriteringar måste ske mellan olika effektiva åtgärder menar Riksdagens riktlinjer att mer av vårdresurserna ska tilldelas patienter med allvarligast tillstånd och sämst livskvalitet (Prioriteringscentrum, 2017). Det kan argumenteras att både patienter med potentiellt behandlingsbara tillstånd och döende patienter upplever stort lidande, har ett akut vårdbehov och att det ofta finns effektiva behandlingar för dessa olika vårdbehov.

Medan det lyfts fram att prioriteringar ska göras medvetet, med stöd av riktlinjer och etiska principer, och ske i en öppen process (Svensk sjuksköterskeförening, 2013; Prioriteringscentrum, 2017) pekar uppsatsens resultat åt motsatt håll. I praktiken förefaller prioriteringarna godtyckliga och influerade av personliga värderingar formade av omständigheterna där vården bedrivs och inte medvetna öppet redovisade. Rolland (2016) menar att prioriteringen av akut sjuka framför döende inte beror på avsaknad av empati utan på tidsbrist. Det styrks av Hirshon m.fl. (2013) som konstaterar att akutsjukvården är den mest tidskänsliga delen av vården. Även Decker (2014) skriver att EOLC har låg prioritet på grund av akutsjukvårdens fokus mot att återupprätta hälsa och rädda liv. Vidare nämner Decker m.fl. (2014) att alla studiedeltagare ansåg att det var både nödvändigt och viktigt att prioritera patienter som kunde botas.

7.2.3 Utmaningar i att upprätthålla professionell hållning

Uppsatsresultatet visade att sjuksköterskorna upplevde känslor av sorg och psykisk smärta. Upplevelse av hopplöshet och hjälplöshet verkade ha samband med upplevt stort ansvar för patienterna kombinerat med avsaknad av inre och yttre resurser för att hantera situationen, vilket också framkom i översiktsartiklar (McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018, Raymond m.fl., 2016). Det rådde en diskrepans mellan sjuksköterskornas bild av god EOLC och de faktiska möjligheterna vilket ledde till etisk och moralisk stress.

De starka upplevelserna kunde hanteras genom konstruktiva och destruktiva strategier. Strategierna kunde handla om avkoppling och att finna stöd i kollegor för att bibehålla sin egen hälsa men också om att undvika involvering med patienter och anhöriga vilket ledde till negativa effekter för vårdkvaliteten (De Araújo, Da Silva & Francisco, 2004; Popejoy, Brandt, Beck & Antal, 2009; Zheng m.fl., 2017). De Araújo m.fl. (2004) diskuterar försvarsmekanismer och beskriver likgiltighet och en kall attityd som en följd av svårigheter att hantera känslor som kan uppkomma efter patientens död.

Birgegård (2012) menar att sjuksköterskor behöver ha tillgång till verktyg för att hantera känslomässigt utmanande situationer. Annars kan bemötandet, vårdrelationen och i längden även det medicinska resultatet påverkas. Zheng m.fl. (2017) konstaterar dock att sjuksköterskor lämnas själva med att hantera sina upplevelser och att finna stöd på egen hand.

Värt att nämna är att flera studier indikerar att sjuksköterskor och andra yrkesverksamma som återkommande hanterar situationer med skadade och döda exponeras för höga stressnivåer (Duffy, Avalos & Dowling, 2015; Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum & Moss, 2015; Adriaenssens m.fl., 2014). Exempelvis fann Adriaenssens m.fl. (2014) i sin översiktsstudie att en fjärdedel av sjuksköterskor på akutmottagningar uppfyllde kriterierna för utmattningssyndrom, definierat som uttömning av individuella resurser som ett resultat av negativa upplevelser av arbetsmiljön och karaktäriseras av känslomässig utmattning, depersonalisering och minskad personlig prestation. Faktorer som påverkade frekvensen omfattade exempelvis individuell

hanteringsförmåga, exponering för traumatiska händelser, brist på stöd på arbetsplatsen och tidspress. Utmattningssyndrom kan leda till konsekvenser dels för individen i form av psykiskt och fysiskt lidande, dels för patienten och kvalitén på vården och dels hälso- och sjukvården i stort på grund av sjukfrånvaro och hög omsättning av personal (Adriaenssens m.fl., 2014).

7.2.4 Specialiserade vårdformer för palliativ vård

Slutligen kan det vara motiverat att diskutera andra vårdinrättningar som bör ha möjlighet att bättra tillgodose patienter med behov av EOLC och deras anhöriga eftersom bristfällig EOLC inom akutsjukvården uppmärksammas allt mer (Decker m.fl. 2014; Bailey m.fl, 2011a; Bailey m.fl, 2011b; Beckstrand, Smith, Heaston & Bond, 2008). Reyniers (2014) föreslår satsningar på specialiserad palliativ vård för att avlasta sjukhusen. McCourt m.fl. (2013) skriver likaså att många sjuksköterskor och andra vårdprofessioner anser att patienter med EOLC-behov bör vårdas på specialiserade enheter men att detta kommer kräva tid och resurser. Cooper m.fl. (2018) skriver i linje med detta att tillgång till både generell och specialiserad EOLC fortsätter vara ojämnt fördelat. Vidare har ansträngningar gjorts för att erbjuda patienter specialiserad EOLC men trots allt kommer ett antal av dem ändå söka sig till akutsjukvården (Cooper m.fl., 2018), vilket motiverar satsningar på förbättrad EOLC inom akutsjukvården.

7.3 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan slutsatsen dras att sjuksköterskor upplever att vården kring döende patienter inom den somatiska akutsjukvården är kantad av utmaningar i flera hänseenden. Tidigare forskning indikerar brister inom akutsjukvården gällande EOLC vilket också framkommer i uppsatsresultatet. Måluppfyllelse gällande EOLC, såsom de fyra hörnstenarna, försvåras av utmaningar kring kommunikation, relationer och akutsjukvårdens organisation. Ett glapp kan konstateras mellan vad som åläggs sjuksköterskorna och vad som i verkligheten kan förväntas vilket skapar etisk och moralisk stress. Det saknas också resurser för att sjuksköterskor ska kunna hantera upplevelser och känslor. Vidare tydliggör resultatet vikten av en etisk diskussion, särskilt gällande prioriteringar av patienters behov.

7.4 Implikationer för praxis

Både uppsatsresultat och resultatet i översiktsartiklar (Raymond m.fl., 2016; McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018) indikerar att flera former av insatser behövs.

7.3.1 Utbildningsinsatser

Resultaten pekar samstämmigt mot brist på träning och utbildning inom EOLC. Avancerad utbildning och träning för sjuksköterskor kan bidra till lösningar eller underlätta många utmaningar och leda till bättre kvalitet (McCourt m.fl., 2013). Utbildning inriktad mot mer holistisk vård med start i grundutbildningen till sjuksköterska och fortsättning kliniskt förespråkas (Cooper m.fl., 2018). Även utbildningsinsatser för att särskilt lösa interdisciplinära tillkortakommanden och tillgång till specialister på EOLC för patienter med komplexa problem kan vara ett stöd i lärandet.

7.3.2 Organisation, kultur och resurser

En vanlig uppfattning är att akutsjukvården i grunden inte är lämpad för EOLC (McCourt m.fl., 2013; Cooper m.fl., 2018; Raymond m.fl., 2016). Resultaten indikerar att symtomlindring och närståendestöd inte ges tillräcklig uppmärksamhet men trots allt kommer patienter med behov av EOLC att söka sig till akutmottagningar och deras behov behöver adresseras. McCourt m.fl. (2013) resonerar att det främst är kulturen och organisationen som behöver förändras för att kunna möta patientens behov. Rolland (2016) diskuterar behovet av tillräcklig bemanning vilket förbättrar möjligheten för sjuksköterskan att vara närvarande i EOLC. Norton, Hobson och Kulm (2011) förespråkar ansvar för färre patienter när en sjuksköterska åläggs ansvar för EOLC.

Johansson och Lindahl (2012) beskriver ingående att speciella rum för EOLC upplevdes underlätta kommunikation och möjliggöra umgänge. För att förbättra EOLC i allmänhet och hänsynstagande till patienters och anhörigas integritet i synnerhet kan akutsjukvårdsinrättningar utveckla rum för avskildhet.

7.3.3 Psykosocialt stöd

En diskussion kan föras om hur sjuksköterskor bäst kan tillgodose psykosocialt stöd för att bibehålla psykisk hälsa. Resultatet betonar bland annat vikten av kollegor som psykosocialt stöd vid svåra upplevelser (Oliveira, 2016).

Ledning bör dock uppmärksammas på deras roll i att åstadkomma olika former av stöd till sjuksköterskor då många sjuksköterskor vittnat om uteblivet stöd (McCourt m.fl., 2013). Riktlinjer manar sjuksköterskor till ansvar för den egna hälsan och utövande av självreflektion (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a; Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Samtidigt indikerar svensk lagstiftning att sjuksköterskor har rätt till psykosocialt stöd. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) lagstadgas arbetsgivarens ansvar för den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön. Ansvaret gäller bl.a. att se till att arbetsbelastningen inte blir ohälsosam och att det finns möjligheter till återhämtning. Vid psykiskt krävande arbetssituationer, t.ex. mötet med traumatiska situationer och vårdandet av svårt sjuka ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att motverka att dessa starkt psykiskt påfrestande situationer leder till ohälsa hos arbetstagarna.

Mentorskap kan vara ett sätt att tillgodose känslomässigt stöd samtidigt som det kan bidra till kunskapsutveckling (Zheng m.fl., 2017). Vidare föreslår Cooper m.fl. (2018) lösningar på utmaningar med arbetsrelaterad psykisk ohälsa i form av samtalsstöd och falldiskussioner. Dessa typer av stöd används i andra specialiteter såsom intensivvård som ofta rör sig i spänningen mellan att rädda liv och att vårda döende, vilket kan relateras till akutsjukvårdskontexten. Detta kan styrkas av Svensk Sjuksköterskeförening (2017b), Harris Kalfoss (2001), Sand och Strang (2013) och Watson & Grundberg (1993) som lyfter fram behovet av att reflektera för utveckling av personlig mognad, flexibilitet och ett professionellt förhållningssätt.

7.5 Behov av fortsatt forskning

Utmaningarna som framkommer i sjuksköterskornas upplevelser motiverar vidare forskning. Ett område att utforska kan vara hur vårdprocessen för patient och anhöriga kan förbättras. Till

exempel upplevde sjuksköterskorna att läkare var svåra att nå och att symtomlindring inte genomfördes tillräckligt. Orsakerna till dessa upplevda hinder behöver undersökas.

Vidare kan forskning riktas mot orsakerna till varför människor söker akutsjukvård vid kronisk sjukdom med behov av EOLC. Kunskap om varför dessa patienter söker sig till akutsjukvården kan potentiellt ge indikationer om brister inom andra delar av vården. Orsakerna kan troligtvis variera men en förklaring kan handla om att palliativ vård behöver förbättras i exempelvis den kommunala vården. Kanske kan en orsak handla om att döendet och döden är svår att acceptera och känslomässigt hantera, dels för patienten som är i slutstadiet av sitt liv och dels för anhöriga som bevittnar lidande.

De olika förslagen och interventionerna för att förbättra vården bör undersökas och jämföras för att utröna deras resurseffektivitet. Sannolikt behöver lokala behov och resurser beaktas i både implementering och forskning.

Referenslista

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- AFS 2015:4. *Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Alvaritza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J. & Rasmussen, B. (2019). Omvårdnad i livets slut. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (s. 707-746). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Baggens, C. & Sandén, I. (2019). Kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.) *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (s. 585-624). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011a). Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1371-1377. doi:10.1016/j.socscimed.2011.07.036
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011b). Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 57(4), 362-369. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.10.010
- Beckstrand, R., Smith, M., Heaston, S., & Bond, A. (2008). Emergency Nurses' Perceptions of Size, Frequency, and Magnitude of Obstacles and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 290-300. doi:10.1016/j.jen.2007.09.004
- Birgegård, G. (2012). Professionell hållning. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 396-410). Stockholm: Liber AB.
- Buckley, T., Spinaze, M., Bartrop, R., Mckinley, S., Whitfield, V., Havyatt, J., . . . Tofler, G. (2015). The nature of death, coping response and intensity of bereavement following death in the critical care environment. *Australian Critical Care*, 28(2), 64-70. doi:10.1016/j.aucc.2015.02.003
- Cruz-Oliver, D., Little, M., Woo, J. & Morley, J. (2017). End-of-life care in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 731. doi:10.2471/BLT.16.185199
- Cooper, E., Hutchinson, A., Sheikh, Z., Taylor, P., Townend, W., & Johnson, M. (2018). Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 32(9), 1443-1454. doi:10.1177/0269216318783920
- De Araújo, M., Da Silva, M., & Francisco, M. (2004). Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51(3), 149-158. doi:10.1111/j.1466-7657.2004.00225.x

- Decker, K., Lee, S. & Morphet, J. (2015). The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(2), 68-74. doi:10.1016/j.aenj.2014.11.001
- Duffy, E., Avalos, G., Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53-8. doi:10.1016/j.ienj.2014.05.001
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 141–152). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-48). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Förenta nationerna. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/28/68*. Hämtad från Förenta nationerna: https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.22.53_english.pdf
- Gawande, A. (2015). *Att vara dödlig*. Stockholm: Volante AB.
- Green, E., Gott, M., & Wong, J. (2016). Why do adults with palliative care needs present to the emergency department? A narrative review of the literature. *Progress in Palliative Care*, 24(4), 195-203. doi:10.1080/09699260.2015.1115805
- Grudzen, C., Stone, S., Mohanty, S., Lorenz, K., Torres, J., Ortiz, J., & Timmermans, S. (2011). "I Want to Be Taking My Own Last Breath": Patients' Reflections on Illness When Presenting to an Emergency Department at the End of Life (723). *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 285-286. doi: 10.1089/jpm.2010.0306
- Harris Kalfoss, M. (2001). Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. I H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad del I* (s. 48-64). (Tredje upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-420). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-120). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

- Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosios, C., O'Neill, J. (2013). Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*, 1;91(5), 386-8. doi:10.2471/BLT.12.112664.
- Hogan, K-A., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., Phillips, S. & Wilson, K. G. (2016). When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 207-212. doi: 10.1016/j.jen.2015.09.003
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027
- Hopkinson, J., Hallett, C., & Luker, K. (2005). Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 125-133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004
- Howes, J. (2015). Nurses' Perceptions of Medication Use at the End of Life in an Acute Care Setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(6), 508-516. doi:10.1097/NJH.0000000000000192
- 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57-80). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lecky, F., Benger, J., Mason, S., Cameron, P., Walsh, C. (2014). The International Federation for Emergency Medicine framework for quality and safety in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(11), 926-9. doi:10.1136/emered-2013-203000
- Li, H., Cheng, B. & Zhu, X.P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39(7), 46-54. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.005.
- Lindqvist, O., Lundquist, G., Dickman, A., Bükki, J., Lunder, U., Hagelin, C., . . . Fürst, O. (2013). Four Essential Drugs Needed for Quality Care of the Dying: A Delphi-Study Based International Expert Consensus Opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16(1), 38-43. doi:10.1089/jpm.2012.0205
- Mak, Y., Lim Chiang, V., & Chui, W. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431. doi:10.12968/ijpn.2013.19.9.423
- Mccourt, R., Power, J., & Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 510-516. doi:10.12968/ijpn.2013.19.10.510

- Mealer, M., Burnham, E., Goode, C., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi:10.1002/da.20631
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *En akut bild av Sverige, Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning, Rapport 2018:13*. Hämtad från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/12/2018-13_en-akut-bild-web.pdf
- Nationalencyklopedin. (2019). *Relation*. Hämtad 2019-11-04 från [https://www-nes.se/ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/relation](https://www.nes.se/ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/relation)
- Nationella Rådet för Palliativ Vård. (u.å.). *Vad är palliativ vård?* Hämtad 2019-11-01 från <https://www.nrvp.se/om-nrvp/vad-ar-palliativ-varld/>
- Norton, C., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 240-245.
- Nyström, M. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.) *Omvårdnadens Grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (s. 465-486). (Tredje upplagan). Lund. Studentlitteratur AB.
- Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C. & Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research and Theory for Nursing Practice*. 1;30(4), 353-378. doi:10.1891/1541-6577.30.4.353
- Popejoy, L. L., Brandt, L. C., Beck, M., & Antal, L. (2009). Intensive Care Unit Nurse Perceptions of Caring for the Dying: Every Voice Matters. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11(3), 179-186. doi:10.1097/NJH.0b013e3181a1ac61
- Prioriteringscentrum. (2017). Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning, Rapport 2017:2. Hämtad från Prioriteringscentrum: <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1144043/FULLTEXT01.pdf>
- Raymond, A., Lee, S., & Bloomer, M. (2017). Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 1787-1800. doi:10.1111/jocn.13503
- Reyniers, T., Houttekier, D., Cohen, J., Pasmán, H., & Deliens, L. (2014). The acute hospital setting as a place of death and final care: A qualitative study on perspectives of family physicians, nurses and family carers. *Health and Place*, 27, 77-83. doi:10.1016/j.healthplace.2014.02.002
- Rolland, R. (2016). Emergency room nurses transitioning from curative to end-of-life-care. *Journal of the New York State Nurses Association*, 45(1), 13.
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 375-390). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

- Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet : Om existentiell kris och coping i palliativ vård* (1. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2019). Statistik om dödsorsaker 2018. Hämtad 2019-10-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6298.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2014*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2014-12-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede Vägledning, rekommendationer och indikatorer Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>
- Socorro, L., Tolson, D. & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 562-570. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01872.x
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019a). *Om SBU*. Hämtad 2019-11-02 från <https://www.sbu.se/sv/om-sbu/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019b). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten, En handbok*. Hämtad 2019-05-07 från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Strang, P. (2012). Utbildningsbehov och utbildningar. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 418-421). (Fjärde upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Svenska Palliativregistret. (2019). *Årsrapport för Svenska palliativregistret 2018*. Hämtad från Svenska palliativregistret: <http://media.palliativregistret.se/2019/09/%C3%85rsrapport-2018-.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Glöm inte omvårdnaden*. Hämtad från Svensk Sjuksköterskeförening: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Omvardnadsmagasinet-ledare/Tidigare-ars-ledare-i-Omvardnadsmagasinet/Glom-inte-omvardnaden/>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017a). ICN:S etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad från Svensk sjuksköterskeförening: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från Svensk sjuksköterskeförening: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Valks, K., Mitchell, M., Inglis-Simons, C., & Limpus, A. (2005). Dealing with death: An audit of family bereavement programs in Australian intensive care units. *Australian Critical Care, 18*(4), 146-151. doi:10.1016/S1036-7314(05)80027-X
- VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American psychological association.
- Van Tricht, M., Riochet, D., Batard, E., Martinage, A., Montassier, E., Potel, G., & Le Conte, P. (2012). Palliative care for patients who died in emergency departments: Analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal, 29*(10), 795-797. doi:10.1136/emered-2011-200513
- Vårdhandboken. (2019). *Vård i livets slutskede och dödsfall - Översikt*. Hämtad 2019-11-04 från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/dodsfall-och-vard-i-livets-slutskede/vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/oversikt/>
- Walker, W. & Deacon, K. (2016). Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing, 33*, 39-47. doi:10.1016/j.iccn.2015.12.005
- Walling, A., Asch, S., Lorenz, K., Roth, C., Barry, T., Kahn, K., & Wenger, N. (2010). The Quality of Care Provided to Hospitalized Patients at the End of Life. *Archives of Internal Medicine, 170*(12), 1057-1063. doi:10.1001/archinternmed.2010.175
- Watson, J., & Grundberg, T. (1993). *En teori för omvårdnad : Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund : Studentlitteratur
- White, D. & Meeker, M. (2016). Guiding the Process of Dying: The Personal Impact on Nurses. *Journal Of Pain And Symptom Management, 52*(6), 114-115. doi:10.1097/NJH.0000000000000539
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Wolf, L., Delao, A., Perhats, C., Clark, P., Moon, M., Baker, K., . . . Lenehan, G. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing, 41*(5), 23-33. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.018
- World Health Organization. (2018). *The top 10 causes of death*. Hämtad 2019-10-30 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 2019-10-21 från <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- Worldwide Palliative Care Alliance & World Health Organization. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Hämtad från World Health Organization: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Zheng, R., Lee, S., & Bloomer, M. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 39-49. doi:10.1111/jocn.13975
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Tabell 2, översikt över litteratursökningar

Datum Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Web of Science 2019-10-17	(ALL=(emergency OR acute)) AND (ALL=(experience* OR perception* OR perceive*)) AND (TI=(death OR dying OR die* OR trauma* OR grief OR bereave* OR terminal OR suicid* OR palliative* OR "end of life")) AND (TI=(nurs*))	Document Types: Articles Språk: engelska	192	22 varav några dubbletter	11	<p>Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department (även Scopus)</p> <p>When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses (även Pubmed, Scopus)</p> <p>Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit</p> <p>The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department (även Pubmed, Scopus)</p> <p>Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals (även Scopus)</p> <p>Nurses' Perceptions of Medication Use at the End of Life in an Acute Care Setting</p>
Pubmed 2019-10-24	(((((emergency[Title/Abstract] OR acute[Title/Abstract]))) AND ((experience*[Title/Abstract] OR perception*[Title/Abstract] OR perceive*[Title/Abstract]))) AND ((death[Title] OR dying[Title] OR die*[Title] OR trauma*[Title] OR grief[Title] OR bereave*[Title] OR terminal[Title] OR suicid*[Title] OR palliative*[Title] OR "end of life"[Title]))) AND nurs*[Title])	Språk: engelska	187 stämmer	26, varav några dubbletter	9, varav 2 utöver granskade från Web of Science	<p>Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting (även CINAHL)</p> <p>Guiding the Process of Dying: The Personal Impact on Nurses</p> <p>Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. (även Scopus)</p>

Fortsättning på tabell 2, översikt över litteratursökningar

Datum Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
CINAHL 2019-10-24	death* OR dying OR die* OR trauma OR grief OR bereave* OR terminal* OR suicid* OR palliat* OR "end of life" AND experience* OR perception* OR perceive* AND nurs* AND urgent OR acute OR emergency OR ER OR A&E OR ED OR EW OR casualty	Dokumenttyp: Research Article Peer reviewed Språk:engelska	206	10 varav några dubbletter	5, varav 3 utöver granskade från Web of Science och Pubmed	Emergency Room Nurses Transitioning From Curative to End-Of-Life-Care
Scopus 2019-10-21	(TITLE (nurs*)) AND (TITLE-ABS-KEY (death OR dying OR die OR trauma* OR grief OR bereave* OR terminal OR suicid)) AND (TITLE (experience* OR perception* OR perceive*)) AND (TITLE-ABS-KEY (emergency OR acute))	Dokumenttyp: artiklar Språk engelska	155	18, varav några dubbletter	6, varav 3 utöver granskade från Web of Science, Pubmed och CINAHL	
Totalt:				45	19	10

Tabell 3, översikt över utvalda originalartiklar

Författare Publiceringsår Artikeltitel Land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
<p>Decker, Lee & Morphet 2014</p> <p>"The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department"</p> <p>Australien</p>	<p>Att beskriva akutsjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på akutmottagningar.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: 25 sjuksköterskor från tre akutmottagningar på tre sjukhus. Tre fokusintervjuer i grupp</p> <p>Dataanalys: "Qualitative techniques of grounded theory".</p>	<p>Huvudkategorin handlade om att död på akutmottagningen inte är ett idealt sätt att dö på. Sjuksköterskorna berättade om strategier de tillämpade i vårdandet av dessa patienter för att minska inverkan av den olämpliga miljön. Dessa strategier handlade om att flytta dessa patienter från akutmottagningen samt att ge den bästa vård de kunde under omständigheterna. Ett antal kategorier framkom och berörde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • att dö på akutmottagningar är inte idealt, • strategier för att hantera död, • att göra sitt bästa, • omgivningen och sammanhangets inverkan på upplevelsen, • faktorer som påverkar hur dödsfall upplevs, • vilka konsekvenser dödsfall kan leda till och • inre påfrestningar. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel.</p> <p>Noggrant redovisat tillvägagångssätt.</p>
<p>Hogan, Fothergill-Bourbonnais, Brajtman, Phillips & Wilson 2016</p> <p>"When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses."</p> <p>Canada</p>	<p>Beskriva upplevelser hos sjuksköterskor som vårdar vuxna patienter som dör på akutmottagning för att bättre förstå vilka faktorer som främjar vård eller utmanar sjuksköterskor när de vårdar dessa patienter och deras anhöriga.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: semistrukturerade intervjuer med 11 sjuksköterskor från två akutmottagningar på ett större universitetssjukhus.</p> <p>Dataanalys: "interpretive descriptive approach".</p>	<p>Tre huvudteman fastställdes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskorna ansåg att akutmiljön inte var en trevlig plats att dö på. Dess oförutsägbarhet, ljud, brist på avskildhet och krav på att ta hand om många patienter simultant försvårade vården av döende patienter och deras anhöriga. • Omvårdnaden av anhöriga var en särskilt utmanande uppgift. • Sjuksköterskorna upplevde behov av att veta att de gjort sitt bästa. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel</p> <p>Urvalsförfarande och förförståelse redovisas inte tillräckligt.</p>
<p>Howes 2015</p> <p>"Nurses' Perceptions of Medication Use at the End of Life in an Acute Care Setting"</p> <p>Canada</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser och uppfattningar kring läkemedelsanvändning vid livets slut i akutsjukvården för att identifiera variabler som inverkar på symtomidentifiering och användning av läkemedel.</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Datainsamling: Fokusgruppsintervjuer med 22 sjuksköterskor från 8 olika akuta sjukhusavdelningar.</p> <p>Dataanalys: Jämförande tematisk analys.</p>	<p>Fyra huvudsakliga variabler påverkade läkemedelsanvändningen till döende patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • upplevd brist på kunskaper och färdigheter, • motsatta perspektiv mellan olika professionella, patient och olika anhöriga, • resurs- och utbildningsbehov och • känslomässiga upplevelser. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel.</p> <p>Vissa brister i både urval, datainsamling och analys.</p>

Fortsättning tabell 3, översikt över utvalda originalartiklar

Författare Publiceringsår Artikeltitel Land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
<p>Johansson & Lindahl</p> <p>2012</p> <p>"Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals"</p> <p>Sverige</p>	<p>Beskriva allmännsjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med palliativ vårdbehov på avdelningar.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Åtta sjuksköterskor på två sjukhus. Avdelningar med kirurgisk och medicinsk akutsjukvård. Kvalitativ intervjueteknik med narrativ approach.</p> <p>Dataanalys: Fenomenologisk hermeneutisk approach inspirerad av Ricoeurs filosofi.</p>	<p>Betydelsen av kontraster, motsägelser och rörelsen mellan fysiska och psykologiska upplevelser av miljön och vården tydliggjordes. Resultatets sju teman handlade om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tacksamhet över att vara del av en annan människas sista tid i livet, • att beröras av funderingar kring den fysiska kroppen och existentiella frågor, • att platsen har betydelse, • att vården handlar om att ge och få energi, • att vara öppen i relation till patienter och kollegor, • vikten av kunskap om sig själva och andra människor och • upplevelser av tidsbrist, otillfredsställelse och otillräcklighet. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel.</p>
<p>Mak, Chiang & Lim Chiang, Chui</p> <p>2019</p> <p>"Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting"</p> <p>Hong Kong</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter och deras familjer i akuta sjukvårdsinrättningar.</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor från tre akutsjukvårdsinrättningar på ett sjukhus.</p> <p>Dataanalys: tematisk analys.</p>	<p>Fyra teman framkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brist på förberedelse för patienters död, • reflektioner kring den egna sjuksköterskerollen, • reflektioner kring meningen med döden och egna personliga erfarenheter av närståendes död och • Hantering av upplevelser kopplade till vården av döende patienter. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel</p> <p>Problemformuleringen motiverar inte tillräckligt varför det är viktigt att undersöka. Dock bra etiskt resonemang.</p>
<p>Oliveira, Fothergill-Bourbonnais, McPherson & Vanderspank-Wright</p> <p>2016</p> <p>"Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit"</p> <p>Canada</p>	<p>Att förstå sjuksköterskans levda upplevelse av att ge vård i livets slutskede på medicinska akutvårdsavdelningar.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Tio sjuksköterskor på två avdelningar för medicinsk akutsjukvård på ett sjukhus. Individuella djupgående intervjuer i konversationsform.</p> <p>Dataanalys: Van Manens tre processer för "isolating thematic statements".</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde EOLC inom akutsjukvården som att "kämpa i ett ihoptrasslat nät". De uttryckte utmaningar med att ge vård i livets slutskede i en miljö som inte är optimalt för detta. Sju teman hittades och berörde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vårdens komplexitet, • upplevelsen att vara fast i ett ihoptrasslat nät, • att bevittna lidande, • att möta utmaningar under processens gång, • att åstadkomma välbefinnande för patienten, • att arbeta sig igenom döendeprocessen med anhöriga och • att hitta en väg genom nätet. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Hög.</p> <p>Bra strategier för att försäkra sig om tillförlitlighet.</p> <p>Genomgående logiskt och noggrant redovisat tillvägagångssätt.</p>

Fortsättning tabell 3, översikt över utvalda originalartiklar

Författare Publiceringsår Artikeltitel Land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
<p>Rolland</p> <p>2016</p> <p>"Emergency Room Nurses Transitioning From Curative to End-Of-Life-Care"</p> <p>USA</p>	<p>Att få bättre förståelse för sjuksköterskor och deras vård av patienter i livets slutskede på akutmottagningar samt att identifiera områden där sjuksköterskor behöver olika former av stöd när de vårdar döende patienter och deras anhöriga.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Tio sjuksköterskor från akutmottagningar vid fyra sjukhus. Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Dataanalys: "Constant comparative analysis".</p>	<p>Upplevelse och hantering av övergången mellan kurativ vård och EOLC beskrivs. Fem kategorier berörde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • att förbereda sig själv och vården, • fokusering, • att fundera och förstå, • att vara flexibel och • att reflektera. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Hög.</p> <p>Strategier för att försäkra sig om tillförlitlighet.</p>
<p>Socorro, Tolson & Fleming</p> <p>2001</p> <p>"Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families."</p> <p>Spanien</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda familjemedlemmar på akutmottagning som drabbats av plötslig förlust med fokus på tiden efter att de blivit informerade om dödsfallet.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med sju sjuksköterskor från en akutmottagning.</p> <p>Dataanalys: "Hermeneutic analysis".</p>	<p>Resultaten visade på behov av finna mening och reflektera för att möjliggöra professionell och personlig utveckling samt möjliga kliniska implikationer då brister och utmaningar i miljön beskrevs. Fyra teman framträdde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kunnande, • relationer, • kultur och • verkligheten. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Hög</p> <p>Genomgående logiskt och tydligt.</p>
<p>White & Meeker</p> <p>2019</p> <p>"Guiding the Process of Dying: The Personal Impact on Nurses"</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka akutsjuksköterskors syn vården vid patienters övergång till palliativ vård, att beskriva hur detta påverkar dem personligen samt att identifiera sjuksköterskornas strategier för självstöd och utveckling av sin kompetens.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Akutsjuksköterskor på avdelningar. 26 semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Dataanalys: "Qualitative descriptive approach"</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde moraliska utmaningar gällande behandling, svårigheter med symtomlindring, arbetsbelastning och prioriteringar, bristande förberedelse. Sjuksköterskorna berättade också om olika former av stöd som underlättade upplevelsen. Tre huvudteman framkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • källor till ångest, • källor till stöd och • beskrivningar om vad som förstärker EOLC och upplevelsen av vården. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Medel.</p> <p>Urvalsförfarande redovisas inte tillräckligt.</p>
<p>Wolf, Delao, Perhats, Clark, Moon, Baker, Carman, Zavotsky & Lenehan</p> <p>2015</p> <p>"Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department."</p> <p>USA</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av utmaningar och stödjande faktorer för vård vid livets slut på akutmottagning</p>	<p>Mixad metod.</p> <p>Samtidigt pågående kvantitativ och kvalitativ datainsamling och analys.</p> <p>Kvantitativt: datainsamling: frågeformulär med 1879 sjuksköterskor från många olika akutmottagningar Beskrivande dataanalys.</p> <p>Kvalitativt: datainsamling: fokusgruppsintervjuer med 17 sjuksköterskor från olika akutmottagningar Dataanalys: teman och tolkande jämförelser.</p>	<p>Frågeformuläret visade på genomgående positiva attityder till att vårda döende. Fokusgruppsintervjuerna resulterade i nio teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • värdet av tydligare riktlinjer och mer utbildning, • funderingar kring lämplig träning för sjuksköterskor, • dissonans mellan akutvård och vård vid livets slut, • oro kring attityder till döende • akuten är en olämplig plats att dö på, • brist på resurser, • dissonans mellan de typiska dragen i akutvård och vård vid livets slut, • villighet att ge vård vid livets slut när möjlighet och tid fanns, • strävan efter och svårigheter med att följa patientens och familjens vilja och • exempel på förbättringar. 	<p>Peer reviewed</p> <p>Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall: Hög</p> <p>Noggrant redovisat tillvägagångssätt.</p>