



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Namn: Evelina Attervall & Anisa Baryare
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, HT21
Nivå: Grundnivå
Handledare: Hanna Gabrielsson
Examinator: Lars Andersson

**SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA DÖENDE
PATIENTER PÅ SJUKHUS
EN LITTERATURÖVERSIKT**

**NURSES' EXPERIENCES OF CARING FOR DYING PATIENTS IN
HOSPITALS
A LITERATURE REVIEW**

Sammanfattning

- Bakgrund:** De flesta som dör är gamla och sjuka och många dör på sjukhus. En del döende patienter är rädda och ensamma och behöver stöd från andra samt utrymme att tala om sina tankar och känslor. På sjukhus arbetar sjuksköterskan i team med andra och leder omvårdnadsarbetet och i sjuksköterskans roll ingår det att vårda döende patienter.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter på sjukhus.
- Metod:** En litteraturöversikt som inkluderar 10 vetenskapliga artiklar, 9 kvalitativa och 1 kvantitativ, från CINAHL Complete och PubMed. Dataanalys enligt Friberg.
- Resultat:** Sjuksköterskorna upplevde att de visste vad en god vård för döende patienter innebar och vad som krävdes för att ge det, exempelvis närvaro, att skapa en relation, respekt och samtal med patient och närstående. Samtidigt förhindrades sjuksköterskorna att utöva en god vård, på grund av olika faktorer, vilket ledde till bland annat känslor av maktlöshet och skuld hos sjuksköterskorna.
- Sammanfattning:** När sjuksköterskor förhindras att utöva en god vård innebär det en risk för patientsäkerheten samt en risk för ett ökat lidande hos patienter. Sjuksköterskor riskerar också att drabbas av moralisk stress och utmattningssyndrom på grund av det, vilket kan ha en negativ påverkan på deras hälsa samt leda till att sjuksköterskor lämnar sin arbetsplats eller byter yrke.
- Nyckelord:** Litteraturöversikt, sjuksköterskors upplevelser, döende patienter, vård i livets slutskede, sjukhus.

Abstract

- Background:** Most people who die are old and sick and many die in hospitals. Some dying patients are scared and lonely and need support from others as well as space to talk about their thoughts and feelings. In hospitals, the nurse works in teams with others and leads the nursing work, and the nurse's role includes caring for dying patients.
- Aim:** To describe nurses' experiences of caring for dying patients in hospitals.
- Method:** A literature review including 10 scientific articles, 9 qualitative and 1 quantitative, obtained from CINAHAL Complete and PubMed. Analyze according to Friberg.
- Results:** The nurses felt that they knew what good care for dying patients meant and what was required to provide it, for example presence, to create a relationship with the patient, respect and conversation with the patient and relatives. At the same time, the nurses were prevented from providing good care, due to various factors, which led to, among other things, a sensation of powerlessness and guilt among the nurses.
- Conclusion:** When nurses are prevented from providing good care, it entails a risk to patient safety and can increase the suffering of patients. Nurses are also at risk of suffering from moral stress and fatigue syndrome because of it, which can have a negative impact on their health and lead to nurses leaving their workplace or changing professions.
- Keywords:** Literature review, nurses' experiences, dying patients, end of life care, hospital.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
LIVETS SLUTSKEDE	1
<i>Döden</i>	2
<i>Patienters upplevelser av livets slutskede</i>	3
<i>Närståendes upplevelser av vård vid livets slutskede</i>	4
SJUKSKÖTERS KANS ROLL	5
SJUKHUSVÅRD	5
PALLIATIV VÅRD	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
TEORETISK REFERENS RAM	8
METOD	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
UPPLEVELSER AV VANMAKT	12
<i>Personliga konsekvenser och strategier</i>	13
<i>Synen på döden och dödsprocessen</i>	14
UPPLEVELSER AV GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE	14
HINDER FÖR GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE	15
BEHOV AV STÖD	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
<i>GOD VÅRD MOTVERKAS AV FAKTORER I ARBETSMILJÖN</i>	19
<i>HINDER FÖR GOD VÅRD LEDER TILL MAKTLÖSHET OCH SKULD</i>	21
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	23
SAMMANFATTNING	24

REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	30
1 BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	32
BILAGA 3. ÖVERSIKT AV FRÅGOR SOM ANVÄNDES FÖR KVALITETSGRANSKNING	36

INLEDNING

Det enda vi egentligen vet om livet är att vi ska dö. Trots att döden hör till själva existensen kan det vara svårt för många att acceptera döden som en naturlig del av livet. Döden kan kännas skrämmande och överklig, trots att den drabbar oss alla. Ibland förr, förhoppningsvis senare när vi har levt färdigt våra liv. De flesta som dör är gamla och många är sjuka. En del avslutar sina dagar på sjukhus med förhoppning om att allt som kan göras för att försöka bota och lindra blir gjort. Om det inte räcker finns nog en önskan hos de flesta att avslutet blir fridfullt. Så smärtfritt och värdigt som möjligt. Vi valde att studera detta på grund av att vi själva mött patienter i livets slutskede på sjukhus och det har väckt många tankar. Genom att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter är vår förhoppning att det kan öka kunskapen för oss som blivande sjuksköterskor.

BAKGRUND

LIVETS SLUTSKEDE

Den sista tiden i människors liv kan se olika ut beroende på flera omständigheter (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). Ibland kommer döden plötsligt och oväntat. Det kan vara i samband med ett olycksfall eller ett våldsdåd till exempel. Ofta är döden förväntad, exempelvis i samband med svår sjukdom eller hög ålder. Många är sjuka och svaga i livets slutskede. De flesta som dör är över 80 år (Statistiska Centralbyrån, SCB, 2021). Av de drygt 90 000 personer som avlider i Sverige varje år avslutas livet på sjukhus för ungefär 40 procent (Svenska Palliativregistret, 2021).

En exakt definition av livets slutskede saknas (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). I samband med den tekniska utvecklingen och effektivare behandlingsmetoder har en långsam död blivit vanlig och kan beskrivas som en process som sker både inom en person och utåt sett, möjlig för andra att observera. Exempelvis kan insikter hos en person om att döden närmar sig leda till oro och att personen drar sig undan. Åvik Persson m.fl. (2018) beskriver vissa återkommande tidiga och sena tecken som kan uppträda när döden är nära förestående hos en gammal människa. Ett exempel på ett tidigt tecken är att personen visar ett minskat intresse för omgivningen och verkar dra sig tillbaka in i sig själv, engagemanget för sådant som individen tidigare brytt sig om tycks svalna. Även ökad sömn och ett försämrat humör verkar kunna indikera att döendet har inletts enligt studien. Sena tecken kan både vara av fysisk och psykisk karaktär, ökad ångest och oro exempelvis. Allra sista tiden i livet kännetecknas också av att patienten helt och hållet slutar äta och dricka, tröttheten tilltar och pulsen och

blodcirkulationen sjunker (Alvariza m.fl., 2019). Huden blir kallare och andningen ytligare och rossligare. Till sist upphör cirkulationen och andningen.

Döden

Synen på döden har förändrats genom tiderna (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). I samband med industrialismens intåg i västvärlden försköts ansvaret för döende människor, från den närmaste familjen och dess omgivning, till professionella utövare inom vården. Det innebar att dödens närvaro i människors vardag förändrades. Under bland annat det svenska bondesamhället var döden en naturlig del av tillvaron, barnadödligheten var hög och medellivslängden låg, vilket innebar att många inte blev så gamla. Vid ett dödsfall var det omgivningen som tog hand om begravningen och det fanns givna ritualer, grundade på kristna värderingar, för exempelvis sorgearbete. I samband med att döden fick en mer undanskymd plats i samhället förändrades uppfattningen om döden som en naturlig del av livet, parallellt med detta har medellivslängden ökat. Idag uppfattas döden ofta som främmande och skrämmande. I en studie från Brasilien (Elis Both m.fl., 2013) beskrivs hur döden upplevs som sorglig och smärtsam och något man vill hålla avstånd till, jämfört med förr i tiden då inställningen till döden inte var lika negativ. Samtidigt kan uppfattningar om döden skilja sig åt mellan olika kulturella kontexter, vilket beskrivs i en amerikansk studie av Saccomano & Abbatiello (2014). Inom den muslimska kulturen, till exempel, anses Gud vara den som beslutar om liv eller död och i den kinesiska kulturen betraktas samtal om döden som negativt för en patient. Familjen står över individen vad gäller beslut kring exempelvis vård. Även inom den afroamerikanska kulturen har familjen och kyrkan stort inflytande i frågor som rör livets slutskede.

Det finns föreställningar om att döden för en gammal människa är något önskvärt och att det skulle vara bättre och lättare att dö när man är gammal än ung (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). Den uppfattningen stämmer inte alltid överens med verkligheten. Ur ett västerländskt samhällsperspektiv betraktas döden bland äldre som naturlig och bland unga som onaturlig, men för en individ är det inte säkert att det upplevs som lättare och bättre att dö vid en viss ålder. Det bekräftas i studien av Elis Both m.fl. (2013) som beskriver att närstående inte nödvändigtvis betraktar döden som naturlig, även om patienten är gammal. Även känslor av ensamhet, rädsla, smärta och ilska beskrivs förekomma hos gamla människor i samband med att döden närmar sig.

Patienters upplevelser av livets slutskede

Vetenskapen om att döden närmar tar sig olika uttryck för olika människor (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019; Ternestedt, 2007). Vissa accepterar döden och ser den som en befrielse, medan andra känner oro och motstånd. Upplevelser av att växla mellan olika känslolägen, exempelvis hopp och förtvivlan, är inte ovanligt visar studier av cancerpatienter.

En italiensk studie (Lo Monaco, 2020) visar att en del är rädda för döden medan andra inte är det. Vissa är rädda för ovissheten, att inte veta vad som väntar och andra är rädda för ensamhet. Rädslor för smärta förekommer också och förhoppning om att döden ska vara fridfull. Andra gemensamma faktorer för sjuka och äldre som kan vara av betydelse vid livets slutskede är exempelvis behovet av att få prata om den situation man befinner sig i, om livet som varit och om döden till exempel (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019; Ternestedt, 2007).

Människor behöver också få bli sedda och bekräftade utifrån den situationen. Det kan minska det lidande som döende personer kan uppleva, vilket stämmer överens med studien av Black m.fl. (2018), som handlar om cancersjuka patienter i livets slutskede på en akutavdelning i nordvästra England. Patienterna i studien påverkades negativt av bristande engagemang från sjuksköterskorna, i vissa fall orsakad av tidspress. När sjuksköterskorna avsatte tid för att lyssna och samtala kände sig patienterna sedda och bekräftade, vilket skattades högt. Black m.fl. (2018) beskriver också hur patienterna kämpar för att finna mening i en tillvaro som innebär att deras liv är på väg att ta slut. Delaktighet i vården och vardagslivet kan få tillvaron att trots svåra omständigheter kännas meningsfull, i kombination med meningsskapande aktiviteter som exempelvis kreativt skapande (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019; Ternestedt, 2007). Självbestämmande kan leda till värdefulla upplevelser av oberoende. Känslan av att vara i gemenskap med andra är också betydelsefull vid livets slut och kan lindra upplevelser av existentiell ensamhet (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). Det kan till exempel innebära samhörighet med den egna familjen, sjukvården, via sociala medier eller med personer som redan är döda.

Upplevelsen av smärta är central för bland annat den döende patientens uppfattning och inställning till sin situation (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019; Wajid m.fl., 2021). Den fysiska smärtan kan påverka den mentala hälsan och till exempel innebära känslor av att vara frisk eller sjuk relaterat till smärtfrihet eller smärtpåverkan. Wajid m.fl. (2021) beskriver hur den fysiska smärtan hos patienter på ett hospice i södra Indien medfört upplevelsen av att ha förlorat kontrollen, vilket för en deltagare i studien lett till flera självmordsförsök. Genom god vård och smärtlindring upplevde deltagarna att smärtan minskat och de kände sig mer tillfreds i tillvaron.

Närståendes upplevelser av vård vid livets slutskede.

För närstående till döende patienter är kommunikationen till sjuksköterskan viktig, visar en studie från Sydafrika (Kisorio & Langley, 2016a). God kommunikation hjälper närstående att förstå vad som sker med patienten och bidrar till att ge en helhetsbild av situationen, medan brist i kommunikationen kan leda till otillräcklig information och oro bland närstående. Ett exempel är vikten av kännedom kring vilka besökstider som gäller. I studien av Kisorio och Langley (2016a) upplevde vissa närstående att det var viktigt att obegränsat kunnat spendera den sista tiden tillsammans med patienten, medan andra upplevde att det var tillräckligt med begränsade besökstider, eftersom det var smärtsamt och jobbigt att se någon dö. Kisorio & Langley (2016a) beskriver hur flera närstående uttrycker att de vill ha ett emotionellt stöd från vårdpersonalen. Närstående ville få sjuksköterskornas uppmärksamhet, men flera upplevde att sjuksköterskorna inte visade empati och inte förstod vad det innebar att vara i deras situation.

Känslan av delaktighet är betydelsefull för närstående (Kisorio & Langley, 2016a). Närstående som blivit involverade i vården kände samhörighet med patienten och upplevde att patienten kunde känna deras närvaro. De upplevde också att de lättare kunde finna ro efter en patients bortgång. Milberg (2012) beskriver också vikten hos närstående av att känna delaktighet, att arbeta som ett team med vårdpersonalen och känna ett delat ansvar för patienten. En annan viktig aspekt för närstående är att träffa samma personal som de redan byggt en relation till. Det viktigaste för närstående är att känna trygghet, möjligheten att kunna vända sig till någon, personalens attityd och kompetens. I en svensk studie (Lundberg m.fl., 2013) beskriver närstående att de upplevde värme och komfort när de mötte vårdpersonal som visade empati och tog sig tid att sitta med närstående. Det upplevdes som att vårdpersonalen förstod närståendes situation. Vården i livets slutskede kan väcka existentiella frågor hos närstående och det kan finnas behov av samtal med exempelvis sjuksköterskan (Ternestedt, 2007). Starka känslor och upplevelser av vanmakt kan också väckas. Jakobsson Ung & Öhlén (2019) beskriver upplevelser av skuld och skam. Det kan innebära skuld hos en närstående över att inte ha tillbringat tillräcklig tid med patienten och skam till följd av att känna sig svag och maktlös. Lundberg m.fl. (2013) belyser även hur viktigt det är för närstående att få sörja och inte bli påskyndade efter patientens död.

SJUKSKÖTERSANS ROLL

Sjuksköterskans grundläggande uppdrag är omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det innebär bland annat ansvar att hjälpa människor förebygga ohälsa, upprätthålla och bevara hälsa samt uppnå en bra livskvalitet och välbefinnande ända fram till döden. Vård av döende patienter ingår därmed i sjuksköterskerollen och kräver sjuksköterskans närvaro och lyhördhet för både patient och närstående, även i svåra stunder (Alvariza m.fl., 2019). Enligt den etiska koden ska sjuksköterskan också lindra patientens lidande, respektera mänskliga rättigheter och rätten att fatta egna val bland annat (International Council of Nurses, ICN, 2017). Det innebär till exempel respekt för en annan människas värdighet, vilket i sin tur bland annat betyder att respektera någons övertygelser och kan bidra till en annan människas upplevelse av att vara värdefull (Henriksen & Vetlesen, 2013). Kommunikation är en viktig aspekt vid vård i livets slutskede, både verbal och icke verbal (Friedrichsen, 2012). Sjuksköterskan behöver kunna anpassa sig till att prata eller lyssna utifrån den givna situationen. Samtidigt kan samtal om döden kännas svårt och innebära rädslor för att exempelvis säga fel saker (Alvariza m.fl., 2019). Utöver att förmedla information innebär samtalet en möjlighet för sjuksköterskan att skapa en relation med patienten, där patienten får utrymme att berätta sin historia och bli bekräftad. För sjuksköterskor innebär inte det att behöva säga så mycket, den absoluta närvaron och att genuint lyssna på den som talar är det viktiga. Genom att lyssna kan sjuksköterskan också försöka hjälpa patient och närstående att själva sätta ord på tankar och känslor.

Sjuksköterskan bör utgå från ett personcentrerat förhållningssätt i sitt arbete, vilket till exempel kan förbättra en patients hälsa och öka patientnöjdheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det bidrar också till att bevara värdighet och integritet i mötet med patienten. Personcentrerad vård innebär att ta hänsyn till hela människan i en vårdssituation och inte enbart utgå från en patients sjukdom (Ekman m.fl., 2011). Det betyder också att utgå från patientens behov utifrån dennes person och sammanhang. En central aspekt inom personcentrerad vård är att patienten blir en aktiv deltagare i vården och inte betraktas som en passiv mottagare.

SJUKHUSVÅRD

Alla människors rätt till en god vård på lika villkor, samt rätt att respekteras utifrån alla människors lika värde och sin egen värdighet slås fast i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Även Patientlagen (2014:821) 1 kap 6§ ger en likadan beskrivning om rätten till en jämlik och

rättvis vård utifrån individuella behov. Vidare fastställer HSL bland annat att vården ska tillgodose en patients behov av trygghet och kontinuitet. Sjukhusvårdens grundläggande uppdrag är att vårda och behandla och sjuksköterskans omvårdnadsinsatser är en central del (Blomqvist & Petersson, 2019). Olika team bestående av bland annat läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter samverkar kring patientens vård och utgår från patientens behov (Winman & Rystedt, 2019). Samtidigt är vården på sjukhus ofta en del i en längre vårdkedja med flera olika vårdgivare involverade (Blomqvist & Petersson, 2019). Även om sjuksköterskans huvuduppgift är omvårdnad kan rollen skilja sig åt mellan olika avdelningar på sjukhuset och innebära olika ansvarsområden bland annat (Winman & Rystedt, 2019). Omvårdnadsarbetet leds av sjuksköterskan och ett av de viktigaste arbetsredskapen är patientjournalen, där relevant information om patienten ska dokumenteras.

Många som läggs in på sjukhus är multisjuka äldre personer och för dem kan sjukhusmiljön, med all ny information och ständigt nya möten, upplevas som utmanande (Blomqvist & Petersson, 2019). Dessutom präglas ofta sjukhusvården av långa väntetider och korta vårdtider. Det kan innebära att sjuksköterskor har svårt att hinna med att lyssna på patienters berättelser, exempelvis. Andra risker inom sjukhusmiljön är hög arbetsbelastning bland sjuksköterskorna, bland annat på grund av bristfällig bemanning (Källberg & Öhrn, 2019).

PALLIATIV VÅRD

Syftet med palliativ vård är att förbättra livskvaliteten för en patient med en obotlig livshotande sjukdom och dess närstående i livets slutskede (Världshälsoorganisationen WHO, 2020). Det innebär att genom tidiga insatser försöka lindra och förhindra lidande, fysisk och psykisk smärta samt psykosociala eller andliga problem. Enligt WHO (2020) är årligen 40 miljoner människor i behov av palliativ vård, men det erhålls av endast 14 procent av dessa. Samtidigt kommer behovet av palliativ vård att öka, i samband med att människor lever längre. I en av statens offentliga utredningar föreslås att alla döende patienter i Sverige ska ha rätt till palliativ vård (Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut, SOU 2001:6). Förslaget grundar sig i ett etiskt förhållningsätt, bland annat alla människors lika värde. Palliativ vård är en vårdfilosofi som kräver särskild kompetens från utövaren, samtidigt kan den ges till patienter i flera olika miljöer, exempelvis på sjukhus (Nationella rådet för palliativ vård, NRPV, 2020). Palliativ vård utgörs av fyra grundläggande delar, så kallade hörnstenar (Socialstyrelsen, 2020). Dessa är: samverkan mellan olika vårdprofessioner, vård inriktad mot

symtomlindring, kommunikation och etablering av en vårdrelation med patienten samt stöd till närstående.

En holistisk människosyn är central inom den palliativa vården liksom inställningen att bland annat lidande påverkar människor på flera plan, exempelvis fysiskt, psykiskt, socialt och andligt (Robinson m.fl., 2017). Studien av Robinson m.fl. (2017) beskriver också att frågor kring hopp, mening och andlighet aktualiseras i livets slutskede och att en god vårdrelation mellan sjuksköterska och patient skapar förutsättningar för patienten att hantera existentiella funderingar. Palliativ vård skildras som ett förhållningssätt vars syfte är en "god död". Det innebär bland annat en död som är värdig, medveten, fridfull och accepterad. Inom all vård behöver människor bli hjälpta, sedda och bekräftade, även vid vård i livets slutskede (SOU 2001:6). Därför föreslår den statliga utredningen (SOU 2001:6) att en värdig död bör vara en av de mest prioriterade rättigheterna inom vården.

PROBLEMFORMULERING

Många som dör är gamla och sjuka, ungefär 40 procent dör på sjukhus. Det finns föreställningar om att det är lättare att dö när man är gammal än ung men det stämmer inte alltid. En del döende patienter känner sig rädda och ensamma och har behov av att bli sedda och bekräftade, samt att få prata med någon om sina tankar och känslor. Även närstående kan behöva stöd. Samtidigt finns en allmän syn i samhället om döden som något skrämmande och många distanserar sig från att tala om döden. Palliativ vård är en vårdfilosofi vars syfte är att lindra lidande och förbättra livskvaliteten i livets slutskede utifrån den unika individen. Av de 40 miljoner människor världen över som är i behov av palliativ vård varje år, är det relativt få som erhåller det. Alla människor har rätt till en god och jämlik vård utifrån alla människors lika värde och en statlig utredning anser att alla döende patienter i Sverige ska ha rätt till palliativ vård. Samtidigt krävs särskild kompetens för att utöva palliativ vård. Vård av döende patienter ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter. På sjukhus jobbar sjuksköterskor i team med andra och leder omvårdnadsarbetet. Utifrån detta är det viktigt att få kännedom om allmänsjuksköterskors perspektiv av att vårda patienter som snart ska dö. Det i sin tur kan bidra med värdefull kunskap till både arbetsgivare och sjuksköterskeutbildningar.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter på sjukhus.

TEORETISK REFERENSRAM

Katie Erikssons teori (2014, 2015a, 2015b) utgår till stor del från sjuksköterskans perspektiv, precis som syftet i denna litteraturöversikt. Den innehåller också centrala begrepp som hälsa, lidande och vårdrelation, begrepp som aktualiseras vid vård av döende patienter på sjukhus. Därmed var teorin användbar för att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter och har tillämpats som utgångspunkt för diskussion i uppsatsens resultatdel.

Hälsa beskrivs av Eriksson (2014) som en subjektiv upplevelse av helhet mellan kropp, själ och ande. Hälsa är en process som pågår hos en människa genom hela livet, ända in i döden och den påverkas av, men definieras inte av, yttre faktorer. Hälsa består av olika dimensioner. Det innebär till exempel att sjukdom kan vara förknippat med ohälsa, men den kan också vara förenlig med hälsa. Det betyder att en person som uppvisar objektiva tecken på sjukdom samtidigt kan uppleva hälsa, exempelvis en döende människa.

Lidande är en fundamental del av livet (Eriksson, 2015a). Lidande i sig självt är meningslöst men kan bli meningsfullt för den som accepterar lidandet. Ett exempel på lidande som Eriksson (2015a) beskriver är att tvingas be om hjälp för att få grundläggande behov tillgodosedda och uppleva att ingen ser eller förstår ens behov. Det innebär därigenom att inte uppleva full värdighet som människa. Exemplet skulle kunna handla om en person i livets slutskede. Av bakgrunden framgår att döende patienters självbild påverkas av bland annat andras bemötande och att lidandet kan minska genom att bli sedd och bekräftad (Jakobsson Ung & Öhlen, 2019; Ternestedt, 2007). Tillämpandet av Erikssons teori motiveras därmed ytterligare. Enligt Eriksson (2015a) är syftet med vårdandet att lindra lidande, exempelvis genom att bekräfta personens värdighet och försöka hjälpa patienten att försonas med sitt lidande. Genom till exempel försoning kan lidande och hälsa förekomma samtidigt.

Vårdrelationen är en annan grundläggande del i Erikssons teori (2014) och handlar om att upprätta en nära, professionell och ömsesidig relation mellan vårdare, exempelvis sjuksköterska, och patient för att stödja hälsofrämjande processer. Kontinuitet i relationen är en viktig komponent. Utifrån litteraturöversiktens syfte är sjuksköterskans och patientens relation relevant för sjuksköterskans upplevelse av vård vid livets slutskede. Genom det unika förhållandet, menar Eriksson (2014), skapas de bästa förutsättningarna för patienten att uppnå hälsa.

METOD

Metoden utgjordes av en allmän litteraturoversikt, vilket innebär att det aktuella forskningsläget inom det valda området söks igenom på ett strukturerat sätt och därefter sammanställs och analyseras (Segesten, 2017). Både kvalitativa och kvantitativa forskningsartiklar avsågs att ingå i litteraturoversikten, för att ge en bred överblick av kunskapsläget inom det valda forskningsfältet (Friberg, 2017a). Eftersom att syftet var att beskriva upplevelser hos sjuksköterskor utgjordes större delen av träfflistan vid artikelsökningarna av kvalitativa artiklar och därmed också analysunderlaget som ingår i litteraturoversikten. När det handlar om subjektiva upplevelser är det främst kvalitativa artiklar som berörs.

DATAINSAMLING

För att specificera sökträffarna gjordes vissa avgränsningar (Östlundh, 2017). Sökperioden begränsades till de senaste tio åren, 2011–2021, för att generera så aktuell forskning som möjligt. Endast artiklar skrivna på engelska valdes, eftersom att det utländska språket behärskas av bägge författarna. För att säkerställa att artiklarna har publicerats i vetenskapliga tidskrifter gjordes även en peer reviewed-avgränsning i databasen CINAHL Complete, även kallad scholarly. I databasen PubMed är det inte möjligt att göra den avgränsningen och den innebär inte heller automatiskt att artikeln är vetenskaplig, utan varje artikel från bägge databaserna bedömdes också enskilt.

Tio vetenskapliga artiklar som söktes fram på ett systematiskt vis via databaserna CINAHL Complete och PubMed inkluderades (Östlundh, 2017). Dessa innehåller omvårdnadsrelaterade forskningsartiklar, i enlighet med syftet. Sökorden utgick från syftet och översattes i möjligaste mån till engelska medicinska ämnesord via den svenska översättningssajten Svensk Mesh (<https://mesh.kib.ki.se/>). Vissa av de medicinska ämnesorden skiljde sig åt mellan de olika databaserna, vilket redovisas nedan. Utöver det användes också relevanta fritextord som översattes till engelska. Sökorden var: nurse-patient relations, nurses psychosocial factors (CINAHL Complete) och nurses psychology (PubMed), nurses experience, nurses perspective, nurses view, nurses perception, terminal care, terminally ill patients (CINAHL Complete), terminally ill (PubMed), dying patient, end of life care, hospitals, inpatients, palliative ward och palliative care unit (Bilaga 1). Söktekniken skedde i enlighet med boolesk sökteknik samt trunkering (Östlundh, 2017). Genom boolesk sökteknik kan olika sökord kombineras utifrån termerna AND, OR och NOT till exempel, för

att söka fram artiklar som både handlar om sjuksköterskans upplevelse samt döende patienter exempelvis. Trunkering innebär att söka på olika böjningsformer av ett ord genom att lägga till ett trunkeringstecken, i det här fallet en asterisk. Sökorden sorterades till en början i tre olika sökblock utifrån olika synonymer. Första sökblocket bestod av sökord relaterade till sjuksköterskans upplevelser, det andra blocket handlade om död i livets slutskede och det tredje blocket bestod av sökord relaterade till sjukhus. I respektive sökblock kombinerades de synonyma sökorden med termen OR. Därefter kombinerades de tre sökblocken med termen AND enligt exemplet sökblock 1 AND sökblock 2 AND sökblock 3. För att utesluta artiklar som omfattade sjukhusavdelningar med inriktning mot palliativ vård gjordes ytterligare ett sökblock bestående av sökorden palliative ward OR palliative care unit. Det eftersom palliativ vård är en särskild vårdfilosofi för vård av döende patienter, som inte överensstämde med syftet (NRPV, 2020). De första tre sökblocken kombinerades därefter med det fjärde sökblocket via termen NOT vilket innebar att sökorden från det fjärde sökblocket exkluderades.

Träfflistan i CINAHL Complete resulterade i 181 artiklar och i PubMed 56 artiklar och en majoritet av dessa var kvalitativa. Det första urvalet gjordes vid genomläsning av samtliga artiklars titlar (Östlundh, 2017). De artiklar som verkade ha en given koppling till syftet valdes, genom att orden i titeln stämde överens med orden i syftet till exempel. De valda artiklarna sparades i en separat mapp, medan artiklar som exempelvis handlade om barn eller hospicevård exkluderades. Det resulterade i 41 artiklar i CINAHL Complete och 9 artiklar i PubMed. Därefter lästes artiklarnas abstract igenom, vilket kortfattat sammanfattade artiklarnas innehåll och utifrån det gjordes ett andra urval, baserat på koppling till syftet. Det resulterade i 11 artiklar i CINAHL Complete och 4 i PubMed. Valda delar av artiklarna lästes igenom, exempelvis delar av bakgrund, syfte, metod, datainsamling samt resultat, för att skapa en uppfattning om artikeln som helhet och dess relevans för syftet. Det tredje urvalet resulterade i 8 artiklar från CINAHL Complete och 2 artiklar från PubMed, de 10 artiklar som avsågs ingå i analysen. Av dessa var 9 artiklar kvalitativa och 1 var kvantitativ. Innan analysen kunde påbörjas behövde artiklarna kvalitetsgranskas (Friberg, 2017c). Det ska göras utifrån olika granskningsmallar med frågeställningar om olika överväganden som artikelförfattarna gjort, bland annat för att säkerställa att artiklarna har en given koppling till litteraturöversiktens syfte. Kvalitetsgranskningen av de 10 artiklarna genomfördes utifrån en mall (Friberg, 2017c) med olika frågeställningar kring bland annat problemformulering, metod, syfte och resultat (Bilaga 3). Kvalitetsgranskningen visade bland annat att det i samtliga artiklar fanns en koppling till syftet i litteraturöversikten. Etiska överväganden hade

genomförts av alla artiklar, vilket var ett krav för inkludering (Mårtensson & Fridlund, 2017). Utifrån kvalitetsgranskningen bedömde författarna därmed att samtliga 10 artiklar kunde inkluderas i analysen (Bilaga 1).

DATAANALYS

Analysen genomfördes i tre steg, i enlighet med Fribergs beskrivning (2017a) av analys för litteraturöversikter. För att verkligen förstå innehållet och sammanhanget lästes inledningsvis de tio olika artiklarna igenom flera gånger av bägge författarna och det mest centrala i innehållet sammanfattades. Vid andra steget strukturerades artiklarna i en översiktstabell med en kortfattad beskrivning av olika delar (Bilaga 2). I sista steget jämfördes de valda forskningsartiklarna med varandra utifrån likheter eller olikheter. Fokus låg på de delar i artiklarnas resultat som var relevanta utifrån litteraturöversiktens syfte. Jämförelserna resulterade i olika rubriker som svarade på litteraturöversiktens syfte. Rubrikerna sammanställdes i ett dokument. De som hade en given koppling till varandra parades ihop och utifrån detta skapades fyra huvudteman samt tre underteman. Samtliga teman i dokumentet kodades med varsin färg. Samma färger tillämpades därefter för att markera olika teman/textavsnitt i respektive artikel. Därigenom skapades en översikt av gemensamma teman i de olika artiklarna. Materialet sammanställdes därefter utifrån färgkoderna under respektive tema i litteraturöversiktens resultatdel. På så vis skapades en ny helhet av det sammanlagda materialet (Friberg, 2017a).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det finns flera etiska aspekter att hänsyn till vid genomförande av litteraturöversikter, exempelvis att vara så ärlig och sanningsenlig som möjligt, vilket utgör själva grundstommen i vetenskapligt arbete (Kjellström, 2017). Det kan handla om att inte plagiera eller att förvränga information. Författarna gjorde upprepade och noggranna genomläsningar av materialet för att i så stor utsträckning som möjligt förstå dess innebörd samt källhänvisade kontinuerligt till artikelförfattarna. Författarna utgick också genomgående från syftet och använde sökord som speglade syftet, vilket också är ett sätt att jobba enligt uppsatsens ändamål (Friberg, 2017c). Författarens förförståelse av döende patienter på sjukhus kan ha påverkat resultatet. Samtidigt har författarna inte varit direkt involverade i vård vid livets slutskede och därmed bör förförståelsen inte varit så omfattande att det är troligt att den påverkat resultatet på ett påtagligt sätt. Genom öppenhet och reflektion kan förtroendet för

studiens resultat stärkas (Priebe & Landström, 2017). Ett exempel är att vara transparent i arbetsprocessen. Författarna har kontinuerligt fört gemensamma samtal om materialet för att kontrollera att innehållet uppfattats på samma sätt. Artiklar på engelska kan innebära en risk för feltolkning (Kjellström, 2017). För att minska risken för feltolkning användes vid behov engelska-svenska översättningssajter. Alla artiklar som ingick i analysarbetet, förutom en (Johansson & Lindahl, 2012), var granskade och godkända av en etisk kommitté. Johansson & Lindahl (2012) resonerade i sin studie att svenska lagen inte krävde ett godkännande från en etisk kommitté eftersom deltagarna hade gett sitt informerade samtycke. I samtliga artiklar hade därmed åtgärder vidtagits för att arbeta enligt etiska riktlinjer (Mårtensson & Fridlund, 2017). Genom systematiserade sökningar samt en dokumenterad sökprocess kan sökarbetet redovisas i efterhand (Östlundh, 2017). Det stämde överens med författarnas ambition att ha en transparent arbetsprocess, för att stärka resultatets trovärdighet.

RESULTAT

Resultatet visade fyra huvudteman och tre underteman som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter på sjukhus (Figur 1). Varje tema beskrivs nedan under respektive rubrik.

HUVUDTEMA	UNDERTEMA
Känslomässiga perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Upplevelser av vanmakt</i> ○ <i>Personliga konsekvenser och strategier</i> ○ <i>Synen på döden och dödsprocessen</i>
Upplevelser av god vård i livets slutskede	
Hinder för god vård i livets slutskede	
Behov av stöd	

Figur 1: Översikt av huvudteman och underteman

KÄNSLOMÄSSIGA PERSPEKTIV

Upplevelser av vanmakt

Genom vården av döende patienter upplevde sjuksköterskorna flera känslomässiga utmaningar, exempelvis sorg, hjälplöshet, ångest och rädsla (Banu & Sultan, 2013;

Fontoura & Rosa, 2013; Grech m.fl., 2018; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Det var bland annat i samband med att det inte fanns något mer att göra för patienterna. Känslor av maktlöshet kunde också bero på osäkerhet kring mötet och vården av en döende patient och dennes närstående. Osäkerheten berodde på att sjuksköterskorna inte kände att de hade tillräckliga kunskaper och rätt kompetens för att ge vård i livets slutskede. Det medförde känslor av otillräcklighet hos sjuksköterskorna, vilket återkommande beskrivs i flera studier (Johansson & Lindahl, 2012; Johnson & Gray, 2013; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021; Wong m.fl., 2020). Det innebar också emotionella påfrestningar att ansvara för många patienter samtidigt (Johansson & Lindahl, 2012; Ghaljeh m.fl., 2016; Kisorio & Langley, 2016b; Wong m.fl., 2020). Sjuksköterskorna var tvungna att prioritera den patient som hade störst vårdbehov vilket kunde leda till att de inte hann tillbringa tid med en döende patient. Upplevelsen av att inte ha gjort tillräckligt ledde till att sjuksköterskorna skuldbelade sig själva (Fontoura & Rosa, 2013; Johnson & Gray, 2013; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Flera kände att de borde ha gjort mer för patienterna, eller handlat annorlunda i vissa situationer.

Relationen mellan sjuksköterskan och patienten hade betydelse för den känslomässiga upplevelsen hos sjuksköterskorna (Johansson & Lindahl, 2012; Grech m.fl., 2018; Kisorio & Langley, 2016b). När en patient var inlagd under en längre period innebar det möjlighet att etablera en närmare relation, vilket påverkade sjuksköterskorna mer känslomässigt. Patientens ålder var också en faktor (Grech m.fl., 2018; Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013). En ung patient som var på väg att dö innebar en större påfrestning för sjuksköterskorna än när det var någon äldre som förväntades ha levt färdigt sitt liv.

Personliga konsekvenser och strategier

Genom att vårda döende patienter upplevde sjuksköterskorna att deras privatliv utanför sjukhuset påverkades (Ghaljeh m.fl., 2016; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Det ledde bland annat till konsekvenser för den mentala och fysiska hälsan, exempelvis sömnsvårigheter på grund av stress samt oro för den egna och familjens hälsa. Samtidigt upplevde flera sjuksköterskor att erfarenheterna de fick genom sitt arbete möjliggjorde personlig utveckling. Det innebar bland annat en lättsammare inställning till livet och en mer positiv attityd till tillvaron. Strategier som sjuksköterskorna tillämpade för att hantera svåra upplevelser var till exempel att springa eller gå långa promenader. Det hjälpte till att frigöra jobbiga känslor och återfå motivationen till arbetet. Det kunde också innebära att utöva roliga fritidsaktiviteter och att inta närståendes perspektiv för att påverka måendet i positiv riktning. På så vis kunde de få

en större förståelse för närståendes sätt att agera. Andra sätt att hantera svåra upplevelser, som vården i livets slutskede förde med sig, var bland annat att prata med andra och att be (Banu & Sultan, 2013; Mak m.fl., 2013).

Synen på döden och dödsprocessen

Flera sjuksköterskor upplevde att deras egen syn på döden påverkades av att vårda döende patienter (Banu & Sultan, 2013; Fontoura & Rosa, 2013; Ghaljeh m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Pan m.fl., 2021). En aspekt som beskrevs som positiv var de lärdomar som vården av döende patienter förde med sig. Dessa utgjordes både av kunskaper kring bemötande av döende patienter samt nya värdefulla insikter kring det egna livet. Medan vissa försökte se döden som en naturlig del av livet upplevde andra att det blivit lättare att acceptera döden och att deras rädsla för döden hade minskat.

Arbetet väckte också tankar hos sjuksköterskorna om den egna döden (Johansson & Lindahl, 2012; Mak m.fl., 2013). Det innebar bland annat föreställningar om hur de själva skulle vilja ha det när döden närmar sig och vad de själva, utifrån deras erfarenheter, kommer tycka är viktigt. Personliga erfarenheter av döden kunde ge nya insikter hos sjuksköterskorna kring hur vården för döende patienter kunde förbättras.

UPPLEVELSER AV GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Sjuksköterskorna upplevde att betydelsen av deras vård till en patient stärktes av vetskapen att döden är ofrånkomlig och nära förestående (Johansson & Lindahl, 2012; Johnson & Gray, 2013; Pan m.fl., 2021). Därmed ansåg sjuksköterskorna att de behöver prioritera en döende patient och göra sitt bästa för att se till att patienten har det så bra som möjligt i livets slutskede. Genom att möta patienten som en unik person med individuella behov upplevde sjuksköterskorna att det skapas förutsättningar för bästa möjliga vård (Ghaljeh m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013). Det kan till exempel innebära att se bortom sjukdomen och föreställa sig patienten som den en gång varit, utifrån dennes personlighet med förmågor som inte längre finns kvar. Det innebär också att etablera en nära relation med patienten, att lära känna patienten, att vara närvarande och ägna tid åt att verkligen lyssna, både på patienten och närstående. Genom samtal med patienterna upplevde sjuksköterskorna att patienternas mående förbättrades. Det skänkte samtidigt sjuksköterskorna glädje att göra skillnad för patienterna och stärkte dem i rollen av att vilja göra gott för patienterna.

Respekt för patienter och närstående var också ett återkommande exempel på vad sjuksköterskorna upplevde som en god vård (Banu & Sultan, 2013; Ghaljeh m.fl., 2016; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013). Det innebar respekt både för individuella behov samt respekt för kulturella och religiösa värderingar, samt att som sjuksköterska vara öppen för särskilda önskemål kring vårdens utformning. Det kunde exempelvis innebära att respektera beslut att avstå läkemedel, trots läkares ordination, när sjukdomen inte längre var möjlig att bota. Vissa patienter och närstående ville pröva alternativa läkemedel, till exempel traditionell kinesisk medicin (Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013). Så länge det inte påverkade den medicinska behandlingen, eller störde andra patienter, ansåg sjuksköterskorna inte att det fanns anledning att neka patienterna och närstående den möjligheten. Ytterligare exempel på inflytande i vården vid livets slutskede, som stärkte möjligheterna till en god vård, var oreglerade besökstider för närstående (Banu & Sultan, 2013; Johansson & Lindahl, 2012; Kisorio & Langley, 2016b).

HINDER FÖR GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Brist på tid upplevdes av flera sjuksköterskor vara en faktor som motverkade möjligheten att ge bästa möjliga vård till patienterna (Ghaljeh m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012; Kisorio & Langley, 2016b; Wong m.fl., 2020). En förklaring var att sjuksköterskorna ansvarade för flera patienter samtidigt. Tidsbristen påverkade också möjligheten att utveckla en nära relation med patient och närstående, vilket därmed hade en negativ inverkan på vården (Ghaljeh m.fl., 2016; Johansson & Lindahl, 2012). Samtidigt kände sig flera sjuksköterskor osäkra i rollen att vårda patienter i livets slutskede, vilket också kunde upplevas som ett hinder (Banu & Sultan, 2013; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Det innebar till exempel att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle bemöta en patient, eller kände om de gjorde rätt. En del upplevde obehag av att möta en döende patient och dennes närstående och försökte undvika samtal om till exempel döden (Banu & Sultan, 2013; Kisorio & Langley, 2016b). I flera andra studier beskrivs också att känslor av otillräcklighet hos sjuksköterskorna har en negativ inverkan på vården (Johansson & Lindahl, 2012; Johnson & Gray; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Ansvar för sjuksköterskornas oförmåga att utföra sitt yrkesuppdrag på ett adekvat sätt riktades i vissa fall mot sjukhusorganisationerna (Ghaljeh m.fl., 2016; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Organisatoriska faktorer och strikta riktlinjer ansågs av sjuksköterskorna ha en negativ inverkan på vården vid livets slutskede.

Motsättningar i teamet utifrån olika syn på en patients vård kunde ha negativa konsekvenser för patienten upplevde flera sjuksköterskor (Grech m.fl., 2018; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b). Det kunde innebära att läkare och sjuksköterskor hade olika uppfattningar om den medicinska behandlingen, till exempel. Flera sjuksköterskor ansåg att vissa behandlingar var meningslösa och orsakade onödigt lidande för patienterna (Grech m.fl., 2018; Johnson & Gray, 2013). Enligt sjuksköterskorna borde patienterna istället bli lämnade ifred och få dö på ett värdigt och fridfullt sätt omgivna av sin familj. Brist på inflytande och delaktighet kring exempelvis behandlingsmetoder lyftes upp som ett problem (Grech m.fl., 2018; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b). Flera sjuksköterskor upplevde att deras åsikter kring olika åtgärder nonchalerades av läkare, trots att de som sjuksköterskor kände patienterna bäst. Det kunde i sin tur innebära lidande för patienterna, vilket är ytterligare exempel på hinder för en god vård.

I flera studier upplevde sjuksköterskorna sig förhindrade att tillgodose bästa möjliga vård för de döende patienterna, utifrån avsaknad av palliativ vård eller frånvaro av en palliativ vårdenhet (Ghaljeh m.fl., 2016; Grech m.fl., 2018; Johansson & Lindahl, 2012; Pan m.fl., 2021). Genom att tillämpa palliativ vård eller flytta patienterna till en palliativ avdelning trodde sjuksköterskorna att patienternas livskvalitet i slutet av livet kunde förbättras.

BEHOV AV STÖD

Vården av döende patienter på sjukhus upplevdes krävande och utmanande på flera sätt av sjuksköterskorna, bland annat på grund av ansvaret för många patienter samtidigt, därför ansågs stöd från bland annat kollegor var värdefullt (Johansson & Lindahl, 2012; Johnson & Gray, 2013; Kisorio & Langley, 2016b; Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Det fanns behov av att dela med sig av tankar, känslor och erfarenheter och att reflektera kring dem med andra. Samtal med arbetskamrater kunde bidra till att minska stress och inspirera till nya kunskaper, exempelvis meningsfulla aktiviteter vid vård i livets slutskede och insikter i hur värdighet kan integreras i vårdandet (Mak m.fl., 2013; Pan m.fl., 2021). Utöver det kollegiala stödet framkom också behov av stöd från organisatoriskt håll (Johnson & Gray 2013; Kisorio & Langley, 2016b; Pan m.fl., 2021). Flera sjuksköterskor upplevde att de saknade tillräcklig kunskap och erfarenhet av vård i livets slutskede och uttryckte behov av stöd genom exempelvis reflektionsmöten, stödgrupper eller utbildning och träning i att möta döende patienter och deras anhöriga i en sjukhusmiljö.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Metoden som användes var en allmän litteraturöversikt enligt Fribergs beskrivning (2017a) och både kvalitativa och kvantitativa artiklar avsågs att ingå i analysen. Samtidigt dominerades träfflistan av kvalitativa artiklar eftersom syftet var sjuksköterskors upplevelser och det är främst kvalitativa artiklar som berörs när det handlar om subjektiva upplevelser (Friberg, 2017c). Det medförde att samtliga artiklar som ingick i analysen, förutom en, var kvalitativa. Av dessa går inte att dra några generella slutsatser men de kan ge djupare förståelse av ett fenomen. Författarna valde att söka i två olika databaser med relevans för omvårdnadsforskning, vilket ökade chansen att finna artiklar som kunde besvara syftet (Henricson, 2017). Det förstärker också litteraturöversiktens trovärdighet. Ytterligare styrkor med arbetet var exempelvis de avgränsningar för inkludering som gjordes. För att få så aktuell forskning som möjligt ingick artiklar som var högst tio år gamla och enbart artiklar översatta till engelska valdes. För att minska risken för feltolkning användes engelska-svenska översättningssajter i översättningsarbetet. Genom en peer reviewed-avgränsning i CINAHL Complete, den databas där det var möjligt, säkerställdes att artiklarna varit publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Utöver detta gjordes även kvalitetsgranskningar av samtliga artiklar, utifrån en granskningsmall (Bilaga 3), för att bland annat utreda att artikelförfattarna gjort etiska överväganden samt att det fanns en tydlig koppling till litteraturöversiktens syfte (Friberg, 2017b). Bägge författarna granskade alla artiklar var för sig och jämförde sedan resultaten, vilket stärker tillförlitligheten (Henricson, 2017).

Val av sökord är en central del i den allmänna litteraturöversikten (Henricson, 2017). Syftet speglar själva avsikten med arbetet (Friberg, 2017c). Inledningsvis förekom diskussioner om syftet skulle handla om döende patienter eller vård i livets slutskede. Författarna bedömde att döende patienter var mer konkret och därmed gav en tydligare bild av vad författarna ville undersöka. Samtidigt valdes end of life care som ett sökord. Anledningen var att det ordet syftar mot samma sak som vård av döende patienter och ökade chansen till fler sökträffar. Till en början förekom också förslag om att ta med palliative care som ett sökord, för att utöka sökträffarna och eftersom palliativ vård ges till döende patienter (NRPV, 2020). Samtidigt är palliativ vård en vårdfilosofi som kräver särskild kompetens att utöva, vilket inte stämmer överens med syftet. Mot den bakgrunden exkluderades istället sökorden palliative ward och palliative care unit, för att säkerställa att inga artiklar från palliativa sjukhusavdelningar skulle ingå i träfflistan. Det slutliga valet av sökord för

databassökningarna, i samband med boolesk sökteknik och trunkering, innebär därmed en styrka med arbetet. Det ledde till ett bra litteraturunderlag och specificerade sökträffar (Östlundh, 2017). Möjligen begränsades träfflistan av detta. Flera artiklar handlade om döende patienter på intensivvårdsavdelningar. I Sverige är intensivvård en specialinriktning (Karolinska Institutet, KI, 2020). Det går emot litteraturöversiktens syfte, som utgår från allmänsjuksköterskans perspektiv. Det ligger nära till hands att anta att samma förfarande gäller i andra länder. Trots detta valdes två artiklar från intensivvårdsavdelningar ut för kvalitetsgranskning. Inklusionskriterierna i dessa angav inte krav om specialistkompetens, utan det framgick enbart att de medverkande sjuksköterskorna behövde ha erfarenhet av intensivvård. Därmed valde författarna att inkludera artiklarna, för att få tillräckligt underlag till analysen. Det är möjligt att dessa osäkerhetsfaktorer kan ha påverkat litteraturöversiktens resultat, vilket är en svaghet. Samtidigt är flera olika sjukhusavdelningar representerade i urvalet, vilket ger en bredd åt resultatet och innebär en styrka.

Som tidigare angett valde författarna att exkludera palliativa sjukhusavdelningar i databassökningarna. Samtidigt tillämpas kunskap kring palliativ vård inom olika vårdformer (NRPV, 2020). Studien av Johansson & Lindahl (2012) handlade om patienter som fick palliativ vård, men syftet utgick från allmänsjuksköterskors perspektiv på vanliga vårdavdelningar. Därmed ansåg författarna att den artikeln hade en given koppling till litteraturöversiktens syfte och inkluderades därför i analysen. Urvalet bestod även av artiklar från olika delar av världen, vilket innebär en bred representation av olika sjuksköterskors upplevelser. Olika kulturella kontexter kan ha påverkat deras upplevelser, vilket inte tagits hänsyn till i analysen. Det är möjligt att resultatet blivit annorlunda om den kulturella kontexten varit mer enhetlig i de valda artiklarna.

Dataanalysen genomfördes i flera steg där bägge författarna tog del av materialet, först enskilt och därefter gemensamt (Henricson, 2017). Gemensamma jämförelser och diskussioner mynnade ut i olika teman och detta tillvägagångssätt stärker arbetets trovärdighet eftersom att författarna varit involverade lika mycket, samt varit överens i sina uppfattningar om texterna. Resultatet som framkom i analysarbetet svarade mot syftet vilket också stärker trovärdigheten. Ytterligare en styrka med arbetet är att författarna haft kontinuerligt stöd av en handledare och en handledningsgrupp som granskat materialet.

RESULTATDISKUSSION

Sjuksköterskorna upplevde att de visste vad en god vård för döende patienter innebar och vad som krävdes för att ge det till patienterna. God vård innebar exempelvis sjuksköterskornas närvaro, tid för samtal med patient och närstående, att se patienten som en unik person och att etablera en nära relation med patienten, samt respekt för både patient och närstående. Samtidigt fanns det flera faktorer som försvårade sjuksköterskornas möjligheter att utöva detta, vilket bland annat ledde till känslor av maktlöshet och skuld. Orsaker till att sjuksköterskorna förhindrades att utöva en god vård var bland annat tidsbrist, ansvar för många patienter, osäkerhet i rollen, skilda uppfattningar i teamet och avsaknad av stöd från kollegor och arbetsgivare.

GOD VÅRD MOTVERKAS AV FAKTORER I ARBETSMILJÖN

Personcentrerad vård är ett exempel på god vård (Ekman m.fl., 2011). Det innefattar att se patienten som en unik person med individuella behov och att respektera personens värdighet. Resultatet visar att sjuksköterskornas upplevelser av god vård är i enlighet med beskrivningen av personcentrerad vård, vilket är en del i sjuksköterskans arbetsuppgifter (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I rollen ingår även att lindra lidande hos patienter och att respektera mänskliga rättigheter (ICN, 2017). Det i sin tur hänger samman med respekt för patienters värdighet (Henriksen & Vetlesen, 2013). När sjuksköterskorna på grund av bland annat tidsbrist och ansvar för många patienter inte gavs utrymme att utöva personcentrerad vård, genom att inte vara tillgängliga för patienterna exempelvis, förhindrades de därmed att ge omvårdnad i enlighet med sitt uppdrag (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det innebär att de inte fullt ut fullbordade sitt uppdrag som sjuksköterska, vilket i sin tur kan påverka patientsäkerheten. Det bekräftas i studien av Cho m.fl. (2016) som beskriver sambandet mellan antal patienter och negativa konsekvenser. Ju fler patienter per sjuksköterska desto större risk för exempelvis felaktig läkemedelsadministrering till patienterna. I en annan studie (Ball m.fl., 2014) finns en koppling mellan antal patienter och missade vårdhandlingar, ju fler patienter desto större risk att vissa arbetsuppgifter inte utförs. Den vanligaste missade vårdhandlingen var samtal med patienterna. Bristande arbetsmiljö för sjuksköterskor på sjukhus kan också relateras till ökad dödlighet bland patienter (Olds m.fl., 2017). Kvaliteten på arbetsmiljön definierades bland annat utifrån sjuksköterskornas upplevelser av om det fanns tillräckligt mycket vårdpersonal, tillräckligt många legitimerade sjuksköterskor för att bedriva kvalitetsvård och om det fanns utrymme att diskutera en patients problem med

kollegor. När patienter riskerar att få en sämre vård, eller dö till följd av brister i sjuksköterskors arbetsmiljö, innebär det samtidigt att alla människor inte får en god vård i enlighet med lagen (HSL; Patientlagen).

Genom att inte utöva personcentrerad vård riskerar också patienters lidande att öka. Enligt Eriksson (2015a) tillhör lidandet livet. Genom att acceptera lidandet kan det få en mening. Black m.fl. (2018) beskrev att döende patienter påverkades negativt av bristande engagemang från sjuksköterskorna. I resultatet framgår också att sjuksköterskorna upplevde att deras frånvaro påverkade vården av patienterna negativt, vilket skulle kunna innebära ett ökat lidande. När ingen ser eller förstår en patients behov kan det också leda till att patientens upplevelse av värdighet minskar (Eriksson, 2015a). Genom att sjuksköterskor på olika sätt förhindras att utöva personcentrerad vård riskerar därmed patienters lidande att öka och upplevelsen av värdighet kan minska. Förutom att det går emot sjuksköterskans uppdrag står det också i strid med svensk lag (HSL; Patientlagen) som innebär att alla har rätt att respekteras utifrån alla människors lika värde och utifrån sin egen värdighet.

För en döende patient är relationen till sjuksköterskan av stor vikt (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). Genom att få prata om sin situation, samt genom att bli sedd och bekräftad, kan patienters lidande minska och den sista tiden i livet kan kännas meningsfull trots en svår situation (Black m.fl., 2018). Samhörighet med andra, exempelvis sjuksköterskan eller närstående, kan lindra känslor av existentiell ensamhet hos en döende patient (Jakobsson Ung & Öhlén, 2019). Erikssons teori (2014) handlar bland annat om den unika vårdrelationens betydelse för att skapa de bästa förutsättningarna för patienten att uppnå hälsa. Det stämmer väl överens med resultatet som visar sjuksköterskornas upplevelser av vikten att etablera en nära relation med patienten för att uppnå en god vård. Genom exempelvis samtal med patienterna upplevde sjuksköterskorna att patienternas mående förbättrades. Samtidigt upplevde flera sjuksköterskor obehag i mötet med döende patienter och deras närstående och försökte undvika samtal om döden, bland annat beroende på att de kände sig osäkra på sin uppgift och inte visste om de gjorde rätt. Genom att involvera närstående i vården kan närstående känna samhörighet med patienten (Kisorio & Langley, 2016a). Det kan också leda till att de efter patientens död har lättare att finna ro. Närstående kan också ha behov av samtal med sjuksköterskan (Ternestedt, 2007). Hälsa beskrivs av Eriksson (2014) som en ständigt pågående process, vilket kan innebära att känna sig frisk trots att man är sjuk. Genom att sjuksköterskorna etablerade en relation med patienterna och samtalade med dem förbättrades deras mående. Utifrån Erikssons teori (2014) förbättrades därmed deras hälsa. Om sjuksköterskor däremot undviker möten med döende patienter och närstående riskerar både

patienters och närståendes lidande att öka och leda till en sämre upplevelse av hälsa.

Resultatet visar att en orsak till sjuksköterskornas upplevelser av osäkerhet inför mötet med döende patienter och närstående var bristande kunskap och stöd från bland annat arbetsgivaren. När kvaliteten på vården av döende patienter beror på den enskilda sjuksköterskans förmåga, riskerar vården att bli ojämlig. Det strider också mot lagen om allas rätt till en vård på lika villkor (HSL; Patientlagen). Vi tror att genom att redan på sjuksköterskeutbildningarna förbereda blivande sjuksköterskor för möten med döende patienter i större utsträckning, samt att från arbetsgivarhåll utöka stödet till sjuksköterskor, kan vården i livets slutskede förbättras och göras mer jämlik.

Sjuksköterskorna hade av olika anledningar inte möjlighet att tillämpa palliativ vård till döende patienter visar resultatet, vilket upplevdes som ett hinder för en god vård. Palliativ vård kräver särskilda kunskaper från utövaren (NRPV, 2020). Själva syftet med palliativ vård är att förbättra livskvaliteten i livets slutskede (WHO, 2020). Det innebär också möjlighet till en värdig död och alla döende personer borde erbjudas palliativ vård enligt en statlig utredning (SOU 2001:6). Uppfattningen att palliativ vård kan förbättra kvaliteten på vården i livets slutskede stämmer därmed överens med sjuksköterskornas upplevelser och bekräftas också i studien av Årestedt m.fl. (2021). Den visar att palliativ vård minskade symtom som exempelvis smärta, ångest och andfåddhet hos hjärtsviktpatienter under deras sista vecka i livet. Vårdrelationen och att lindra lidande hos patienten utgör grunden till palliativ vård (Socialstyrelsen, 2020). Samma begrepp är centrala i Eriksson teori (2014; 2015a). Enligt Eriksson är syftet med vården att lindra lidandet, som kan ta sig olika uttryck, i enlighet med den palliativa vårdfilosofin (Robinson m.fl., 2017). Vårdrelationen kan bidra till en god död som bland annat är värdig och fridfull, vilket stämmer överens med Erikssons beskrivning (2014) av att vårdrelationen kan stödja hälsofrämjande processer. Trots denna samlade kunskap kring palliativ vård, och det stora ökande behovet världen över (WHO, 2020) är det endast en liten del människor som erbjuds palliativ vård i livets slutskede. Det innebär därmed att vården till döende patienter inte är rättvis, eller ges på lika villkor, i enlighet med lagen (HSL; Patientlagen).

HINDER FÖR GOD VÅRD LEDER TILL MAKTLÖSHET OCH SKULD

I resultatet framkom att sjuksköterskorna upplevde att de saknade kontroll över vården av döende patienter, bland annat på grund av tidsbrist. De kände sig också otillräckliga att utöva en god vård, eftersom att de behövde prioritera bland patienterna till exempel. Det ledde till upplevelser av bland annat hopplöshet, maktlöshet och skuld hos sjuksköterskorna. När

sjuusköterskor av olika anledningar inte förmår utföra arbetsuppgifter, som en vård av hög kvalitet i livets slutskede kräver, innebär det inte bara en risk att patienterna inte får den vård de enligt lagen (HSL; Patientlagen) har rätt till. Sjuusköterskor riskerar också att drabbas av moralisk stress och utmattningssyndrom, vilket kan påverka deras hälsa negativt (Socialstyrelsen, 2017). Moralisk stress innebär en stress som orsakas av att inte kunna utföra en arbetsuppgift, som man anser är etiskt och moraliskt rätt att utföra, beroende på exempelvis organisatoriska eller strukturella faktorer (Sandman & Kjellström, 2018). Det kan innebära att en sjuusköterska av något skäl förhindras utföra det som sjuusköterskan anser är det bästa för en patient till exempel. Långvarig stress kan leda till utmattningssyndrom, som kan innebära både fysiska och psykiska problem, bland annat kognitiva svårigheter (Socialstyrelsen, 2017). Hög arbetsbelastning eller dålig arbetsledning är exempel på orsaker till utmattningssyndrom (Ringsberg, 2019) Arbete på sjukhus innebär en risk för hög arbetsbelastning (Källberg & Öhrn, 2019). Resultatet visade att sjuusköterskorna upplevde att deras åsikter kring en patients vård nonchalerades av läkare och att motsättningar i teamet hade en negativ inverkan på patienternas vård. Det ger uttryck för en maktlöshet hos sjuusköterskorna och skulle kunna leda till moralisk stress, vilket bekräftas i studien av Vilela m.fl. (2021). I likhet med resultatet beskrivs hur sjuusköterskor och läkare har skilda åsikter om en patients behandling och hur sjuusköterskor upplever att läkare inte lyssnar till deras synpunkter, vilket skapade moralisk stress hos sjuusköterskorna. Hög arbetsbelastning kan också medföra vantrivsel på arbetsplatsen (Phillips, 2020). I studien av Phillips (2020) beskrivs sambandet mellan hög arbetsbelastning, utmattningssyndrom och risken att byta arbetsplats eller helt lämna sjuusköterskeyrket. När sjuusköterskor inte trivs på sitt jobb, exempelvis på grund av moralisk stress eller utmattningssyndrom, finns därmed en risk att de lämnar sitt jobb eller byter yrke.

Sjuusköterskorna upplevde maktlöshet på grund av kunskapsbrist och osäkerhet i mötet med döende patienter och närstående visar resultatet, vilket ledde till att de försökte undvika samtal om döden till exempel. Studien av Kisorio & Langley (2016a) visade att närstående upplevde sjuusköterskor som empatilösa när de inte visade förståelse för närståendes situation. En möjlig förklaring till den upplevelsen kan vara att sjuusköterskorna känt sig osäkra i bemötandet och därmed försökt undvika samtal med närstående, i överensstämmelse med resultatet. Vi nämnde tidigare att sjuusköterskans oförmåga att skapa en vårdrelation med patienten, i enlighet med Erikssons teori (2014), medför en risk att patientens hälsa inte förbättras. Det går också emot sjuusköterskors uppdrag, som bland annat innebär att hjälpa

människor att förebygga ohälsa och upprätthålla hälsa samt välbefinnande ända fram till döden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

KLINISKA IMPLIKATIONER

Litteraturöversikten visar att sjuksköterskor på sjukhus upplever flera hinder relaterade till faktorer i arbetsmiljön vid vård av döende patienter, vilket tyder på behov av förändringar i sjuksköterskors arbetsmiljö. Genom att minska antalet patienter per sjuksköterska inom sjukhusvården kan mer tid hos sjuksköterskor frigöras till enskilda patienter. Det kan leda till att upplevelsen av tidsbrist hos sjuksköterskor minskar och innebära att sjuksköterskor i större utsträckning kan utöva personcentrerad vård. Det i sin tur medför större tillgänglighet för exempelvis samtal med döende patienter och deras närstående, vilket kan förbättra kvaliteten på vården för döende patienter. Genom att redan på grundutbildningen i större utsträckning rusta sjuksköterskor för möten med döende patienter, samt att integrera fortbildning om vård vid livets slutskede och palliativ vård inom sjukhusvården, kan upplevelsen hos sjuksköterskor av att sakna tillräcklig kunskap minska. Om arbetsgivare utökar stödet till sjuksköterskor av vård vid livets slutskede kan också osäkerheten hos sjuksköterskor kring bemötande av döende patienter och deras närstående minska. Det kan leda till att vården för döende patienter och deras närstående förbättras, samt bidra till en mer jämlik vård för döende patienter. Om villkoren i sjuksköterskors arbetsmiljö på sjukhus förbättras, kan också risken för att sjuksköterskor drabbas av utmattningssyndrom, upplever moralisk stress eller byter arbetsplats till följd av detta, minska.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Denna litteraturöversikt beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter på sjukhus, för att ge en uppfattning av hur allmänsjuksköterskor på sjukhus upplever mötet med döende patienter och påverkas av vård i livets slutskede. Författarna till litteraturöversikten uppmanar till fortsatt forskning om sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende patienter även utanför sjukhusvården, eftersom att många också dör i hemmet eller på olika slags vårdboenden exempelvis. Även forskning som involverar sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård behövs, för att tydligare kunna ge en bild över hur vården för döende personer kan behöva utvecklas och förbättras. Kunskaperna kan implicera förändringar, som innebär att sjuksköterskor blir bättre rustade för och mer trygga i att vårda patienter vid livets slut.

SAMMANFATTNING

Upplevelsen hos sjuksköterskorna av vad en god vård för döende patienter innebar stämmer överens med beskrivningen av en personcentrerad vård, vilket ingår i sjuksköterskans roll. Samtidigt förekom flera faktorer i arbetsmiljön som hindrade sjuksköterskorna från att utöva en god vård. Dessa var exempelvis tidsbrist, ansvar för många patienter, osäkerhet i rollen, motsättningar i teamet och brist på stöd. Genom att sjuksköterskorna förhindrades utöva en god vård kunde de inte ge omvårdnad i enlighet med sitt uppdrag, vilket medför en risk för patientsäkerheten. Det innebär också att patienter riskerar att inte få en god vård på lika villkor som lagen kräver, vilket kan öka lidandet hos patient och närstående. Palliativ vård är enlighet med sjuksköterskors upplevelser av en god vård och kan öka livskvaliteten i livets slutskede. Avsaknad av palliativ vård upplevdes av sjuksköterskorna som ett hinder att utöva god vård. Behovet av palliativ vård är stort, men endast en liten del av döende patienter erbjuds det eftersom det kräver särskilda kunskaper från utövaren. Det innebär samtidigt att vården för döende patienter inte är rättvis i enlighet med lagen. När sjuksköterskorna förhindrades ge döende patienter en god vård upplevde de maktlöshet och skuld, vilket kan resultera i moralisk stress. Arbete på sjukhus innebär en risk för hög arbetsbelastning och kan leda till utmattningssyndrom. Genom att sjuksköterskor hindras från att utföra arbetsuppgifter, som de anser vara bäst för patienterna, riskerar de att drabbas av moralisk stress och utmattningssyndrom. Det kan innebära en negativ påverkan på deras hälsa samt resultera i att sjuksköterskor lämnar sin arbetsplats eller byter yrke.

REFERENSFÖRTECKNING

- Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J., & Rasmussen, B. H. (2019). Omvårdnad vid livets slut. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3. uppl., s. 707-740). Studentlitteratur.
- * Banu, C., & Sultan, K. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36(6), 58-65. DOI: 10.1097/NCC.0b013e318276924c.
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116-12. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Black, A., McGlinchey, T., Gamles, M., Ellershaw, J., & Mayland, C. R. (2018). The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 91. DOI: 10.1186/s12904-018-0345-x.
- Blomqvist, K., & Petersson, P. (2019). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3. uppl., s. 131–150). Studentlitteratur.
- Cho, E., Chin D. L., Kim, S., & Hong O. (2016). The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 74-82. DOI: 10.1111/jnu.12183
- Ekman, I., Svedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. DOI: doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elis Both, J., Tambara Leite, M., Hildebrandt, L. M., Spies, J., Anacleto da Silva, L. A, Beuter, M. (2013). The dying and death of elderly hospitalized in perspective of nursing professionals. *Ciencia Cuidado Saude*, 12(3), 558-565. DOI:10.4025/ciencuidsaude.v12i3.18302
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. (5. uppl.). Liber.
- Eriksson, K. (2015a). *Den lidande människan*. (2. uppl.). Liber.
- Eriksson, K. (2015b). *Vårdandets idé*. (2. uppl.). Liber.
- *Fontoura, E. G., & Rosa, D.O.S. (2013). Experience of the tragic triad in nursing care for the person in life's finiteness. *Ciencia Cuidado Saude*, 12(3), 510-516. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v12i3.18066
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 141–151). Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2017b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 83–96). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 37–48). Studentlitteratur.
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4. uppl., s. 366–371). Liber.
- *Ghaljeh, M., Iranmanesh, S., Nayeri, N. D., Tirkari, B., & Kalantarri, B. (2016). Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 588-597. DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.12.588
- *Grech, A., Depares, J., Scerri, J. (2018). Nurses' experiences providing end-of-life care to adults with hematologic malignancies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 237-244. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000433
- Henriksen, J-O., & Vetlesen, A. J. (2013). *Etik i arbete med människor*. (3. uppl.). Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl., s. 411–419). Studentlitteratur.
- International Council of Nurses, ICN. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>
- Jakobsson Ung & Öhlén. (2019). Livets slutskede. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 229–245). Studentlitteratur.
- *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
- *Johnson, S. C., & Gray, D. P. (2013). Understanding nurses' experiences of providing end-of-life care in the US hospital setting. *Holistic Nursing Practice*. 27(6), 318-328. DOI: 10.1097/HNP.0b013e3182a72c83
- Karolinska Institutet, KI. (2020). *Intensivvård*. Hämtad 27 september, 2021, från <https://utbildning.ki.se/student/intensivvard>
- Kisorio, C. L., & Langley, C. G. (2016a). End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 35, 57–65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.003>

- *Kisorio, C. L., & Langley, C. G. (2016b). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38. DOI:10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s 57-77). Studentlitteratur.
- Källberg, A-S., & Öhrn, A. (2019). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3. uppl., s. 325–351). Studentlitteratur.
- Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C., & Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6): 975-980. DOI: 10.1007/s11739-019-02254-6
- Lundberg, T., Olsson, M., & Fürst, C. J. (2013). The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(6), 282–288. DOI: 10.12968/ijpn.2013.19.6.282
- *Mak, W. Y., Chiang, C. L. V., & Chui, W. T. (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
- Milberg, A. (2012) Närstående vid palliativ vård. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4. uppl., s.144–151). Liber.
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s 425-436). Studentlitteratur.
- Nationella rådet för palliativ vård, NRPV. (2020). *Vad är palliativ vård?* Hämtad den 27 september, 2021, från <https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/>
- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155-161. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.004
- *Pan, S., Li, X., Shen, Y., Chen, J., & Koniak-Griffin, D. (2021). Reframing the meaning of life and professional values: A theoretical framework of facilitating professional care for terminally ill patients. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 167-175. DOI: 10.1111/nhs.12792
- Phillips, C. (2020). Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical-surgical nurses. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 18(2), 265- 273. DOI:10.1097/XEB.0000000000000220

- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s 25–40). Studentlitteratur.
- Ringsberg, K. C. (2019). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 131–132). Studentlitteratur.
- Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C., & Ingleton, C. (2017). Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(7), 352–358. DOI: 10.12968/ijpn.2017.23.7.352
- Saccomano, S., & Abbatiello, G. A. (2014). Cultural considerations at the end of life. *The Nurse Practitioner*, 39(2), 24-31. DOI: 10.1097/01.NPR.0000441908.16901.2e
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s 105–108). Studentlitteratur.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- SFS 2014:821. *Patientlag*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – information till patienter och närstående*. Hämtad 4 oktober, 2021, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/palliativ-varld/>
- Socialstyrelsen. (2017). *Utmattningssyndrom*. Hämtad 11 oktober, 2021, från <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*.
- Statistiska Centralbyrån, SCB. (2021). *Döda i Sverige*. Hämtad 27 september, 2021, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/doda-i-sverige/?showRelatedContent=True&showRecessContent=False>
- Svenska Palliativregistret. (2021). *Årsrapport för Svenska palliativregistret 2020*. <https://palliativregistret.se/media/ydvnookr/%C3%A5rsrapport-2020.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjukskoterska%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. <https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

- Ternestedt, B.-M. (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede: sammanställning av aktuell forskning*. Socialstyrelsen. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:346516/FULLTEXT01.pdf>
- Vilela, G. D. S., Ferraz, C. M. L. C., Moreira, D. D. A., & Brito, M. J. M. (2021). Ethics and moral distress expressions in intensive care nursing practice. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34(1): 1–11. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO01661
- Världshälsoorganisationen, WHO. (2020). *Palliative care*. Hämtad 27 september, 2021, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wajid, M., Rajkumar, E., Romare, J., George, J. G., Lakshmi., & Simha, S. (2021). Why is hospice care important? An exploration of its benefits for patients with terminal cancer. *BMC Palliative care*, 20(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12904-021-00757-8
- Winman, T., & Rystedt, H. (2019). Från patientjournaler till digitala informationssystem. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3. uppl., s. 355–375). Studentlitteratur.
- *Wong, S., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F. F., & Tousignant, K., Wright, D. K. (2020). Intensive care nurses providing end-of-life care in a community hospital. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(3), 23-30. DOI: 10.1111/jocn.12565
- Årestedt, K., Brännström, M., Evangelista, L. S., Strömberg, A., & Alvariza, A. (2021). Palliative key aspects are of importance for symptom relief during the last week of life in patients with heart failure. *ESC Heart Failure*, 8, 2202-2209. DOI: 10.1002/ehf2.13312
- Åvik Persson, H., Sandgren, A., Fürst, C.-J., Ahlström, G., & Behm, L. (2018). Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multidisciplinary team's perspective. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–11. DOI: 10.1186/s12877-018-0825-0
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s 59-82). Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Ange valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	MH Nurse-patient relations OR MH Nurses+/PF OR "Nurses experience*" OR "Nurses perspective*" OR "Nurses view*" OR "Nurses perception*" AND MH Terminal care+ OR MH Terminally ill patients+ OR "Dying patient*" OR "End of life care" AND MH Hospitals+ OR MH Inpatients NOT "Palliative ward" OR "Palliative care unit"	181	Engelska Peer reviewed 2011–2021	41	8	Fontoura, E.G. (2013) Grech, A. (2018) Ghaljeh, M. (2016) Johansson, K. (2012) Johnson, S. C. (2013) Mak W.Y. (2013) Pan, S. (2021) Wong, S. (2020)
PubMed	"Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses experience*" OR "Nurses perspective*" OR "Nurses view*" OR "Nurses perception*" AND "Terminal Care"[Mesh] OR "Terminally Ill"[Mesh] OR "Dying patient*" OR "End of life care" AND "Hospitals"[Mesh] OR	56	Engelska 2011–2021	9	2	Banu, C. (2013) Kisorio, L. (2016)

	"Inpatients"[Mesh] NOT "Palliative ward" OR "Palliative care unit"					
--	--	--	--	--	--	--

1 BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Banu, C., & Sultan, K.	Attitudes and experience of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey	2013, Turkiet, Cancer Nursing	Att undersöka turkiska sjuksköterskors attityder och upplevelser av död och att vårda döende patienter.	Metod: Kvantitativ Urval: 300 sjuksköterskor på 3 olika sjukhus i Ankara, Turkiet. Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv analys	Upplevelser av sorg, hjälplöshet, ångest och rädsla förekom bland sjuksköterskorna i samband med vård av döende patienter. En stor del (82%) upplevde svårigheter att tala om döden med patienterna, beroende på bland annat upplevelsen av att det var ett svårt ämne. Sjuksköterskor med en egen stark religiös tro upplevde mindre rädsla.
Fontoura, E.G., & Rosa, D.O.S.	Experience of the tragic triad in nursing care for the person in life's finiteness	2013, Brasilien, Ciencia, Cuidado e Saude	Att analysera sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede utifrån den tragiska triangeln (lidande, skuld och död)	Metod: Kvalitativ Urval: 14 sjuksköterskor på ett sjukhus i Santana, Bahia, Brasilien Datainsamling: Inspelade fenomenologiska intervjuer Analys: Fenomenologisk analysmetod kallad ideografisk och nomotetisk analys, som avser att analysera och gruppera enskilda meningsbärande delar.	Döden beskrevs både som ett lidande i sig, något onaturligt samt som en befrielse från lidande. Sjuksköterskorna upplevde känslor av skuld och maktlöshet inför den döende patienten, att inte kunna göra mer eller ge bättre vård. Även känslor av rädslor förekom, sjuksköterskorna kände sig inte tillräckligt förberedda att möta patienternas död.
Ghaljeh, M.,Iranmanesh, S.,Nayeri, N.,Tirgari, B & Kalantarri, B.	Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in SouthEast Iran	2016, Iran, International Journal of Palliative Nursing	Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att ta hand om döende patienter i Iran	Metod: Kvalitativ Urval: 10 onkologi-sjuksköterskor Datainsamling: Individuella semi-strukturerade intervjuer Analys: Ricouer's analysmetod	Sjuksköterskorna upplevde att vårda döende patienter hade förändrat deras attityder och syn på livet och döden. En del sjuksköterskor fick en emotionell relation till patienterna och detta hjälpte de att skapa trygghet och byggde en grund för att senare tillgodose deras behov och ge stöd till en värdig död.
Grech, A.,Depares, J., & Scerri, J.	Nurses' experiences providing end-of-life	2018, Malta, Journal of Hospice & Palliative Nursing	Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med hematologiska maligniteter vid livets slutskede	Metod: Kvalitativ Urval: 5 sjuksköterskor på hematologi-onkologi avdelning	Sjuksköterskorna kände hopplöshet när de var i situationer som de inte hade någon kontroll över. De tyckte att de utförde allt för sin patient men det räckte inte till och det var som att

	care to adults with hematologic malignancies			Datinsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Tolkningsfenomenologisk analys (Interpretative phenomenological analysis, IPA)	förlora en strid. Flera sjuksköterskor upplevde att vården för äldre döende patienter förlängde patientens lidande medan när det var en ung patient ville de kämpa in i det sista.
Johansson, K., & Lindahl, B.	Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals	2012, Sweden, Journal of Clinical Nursing	Beskriva allmänsjuksköterskors upplevelse av patienter som får palliativ vård på en allmän sjukhusavdelning	Metod: Kvalitativ Urval: 8 legitimerade sjuksköterskor som jobbade på kirurgiska och medicinska akutvårdsavdelningar på två svenska sjukhus Datinsamling: Kvalitativa intervjuer med en narrativ ansats Analys: Tematisk analys	Sjuksköterskorna uppskattade att kunna ta del av en patients sista tid och att kunna ge den bästa vården till patienten samt till närstående. Att vårda döende patienter var energikrävande men gav också mycket tillbaka.
Johnson, S. C., & Gray, P.	Understanding nurses' experiences of providing end-of-life care in the US hospital setting	2013, USA, Holistic Nursing Practice	Att utforska sjuksköterskans perspektiv av vård vid livets slutskede på sjukhus	Metod: Kvalitativ Urval: 13 legitimerade sjuksköterskor på olika sjukhusavdelningar, med erfarenhet av vård i livets slutskede Datinsamling: Inspelade semistrukturerade intervjuer med en interaktiv ansats. Analys: Van Manens hermeneutiska analysmetod	Sjuksköterskorna upplevde att det på flera sätt var utmanande och kämpigt att vårda döende patienter. Det upplevdes som tungt, traumatisk och stressigt. Brist på kommunikation och samarbete mellan de olika professionerna. Det förekom känslor av otillräcklighet bland annat på grund av kunskapsbrist och rädslor för att göra fel.
Kisorio, C. L., & Langley, C. G.	Intensive care nurses' experiences of	2016, USA, Intensive and Critical Care Nursing	Utforska intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av vård vid livets	Metod: Kvalitativ	Sjuksköterskorna berättade om de psykologiska och emotionella utmaningar de mötte vid vården av döende patienter. Att ta hand om en

	end-of-life care		slutskede på en intensivvårdsavdelning för vuxna	Urval: 24 sjuksköterskor anställda på IVA med över 6 månaders erfarenhet därifrån Datainsamling: Tre fokusgrupper Analys: Krueger & Casey analysmetod	döende patient kan vara tungt, traumatiskt och stressigt enligt sjuksköterskorna. De upplevde också brist på kommunikation och samarbete mellan de olika professionerna.
Mak, W. Y., Chiang, C. L. V., & Chui, W. T.	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting	2013, Kina, International Journal of Palliative Nursing	Att utforska sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om vårdandet av döende patienter och deras familjer inom akutvården	Metod: Kvalitativ Urval: 15 sjuksköterskor från tre olika akutvårdsavdelningar på ett sjukhus i Hongkong Datainsamling: Inspelade semi-strukturerade intervjuer Analys: Boyatzis's tematiska analys	Många sjuksköterskor kände sig kraftlösa och otillräckliga i rollen, att inte kunna göra mer för patienten. Flera sjuksköterskor uttryckte att de inte var beredda att se sin patient dö eller se hur deras familj reagerade. Några sjuksköterskor berättade även att deras hälsa påverkades, flera upplevde sömnlösa nätter efter att ha förlorat en patient.
Pan, S., Li, X., Shen, Y., Chen, J., & Koniak-Griffin, D.	Reframing the meaning of life and professional values: A theoretical framework of facilitating professional care for terminally ill patients.	2021, Kina, Nursing & Health Sciences	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda döende patienter samt utforska hur deras uppfattning kring död och döende påverkar deras yrkesutövning och utifrån det bland annat utveckla ett teoretiskt ramverk som kan tillämpas vid vård i livets slutskede	Metod: Kvalitativ Urval: 15 sjuksköterskor från tre olika sjukhus i södra Kina Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Charmaz analysmetod	Sjuksköterskorna upplevde det överväldigande att se patienten dö och möta deras anhöriga som var förkrossade. Sjuksköterskorna ville hjälpa till och stötta men visste inte hur eftersom de saknade ordentlig utbildning om döende patienter. De uttryckte även att det inte fanns någon form av stöd efter att de tagit hand om en död patient.
Wong, S., Vanderspank-Wright, B., Fothergill, Bourbonnais, F.,	Intensive care nurses providing end-of-life care in a	2020, Kanada, Canadian Journal of Critical Care Nursing	Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede på en intensivvårdsavdelning på ett allmänt sjukhus	Metod: Kvalitativ Urval: 7 hel- eller deltidsanställda legitimerade sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning på ett allmänt sjukhus i Ontario, med	Sjuksköterskorna upplevde krav om snabba skiftningar i sitt fokus från liv till död, vilket medförde stora utmaningar och upplevdes vara orsakat av organisatoriska faktorer. Sjuksköterskorna tog ansvar för frågor som rörde patienterna som de inte hade möjlighet

Tousignant, K., & Wright, D. K.	community hospital.			erfarenhet av att vårda döende patienter Datainsamling: Inspelade semistrukturerade intervjuer Analys: Attride-Stirlings analysmetod Thematic Networks	att påverka. Brist på personal ledde till svårigheter att prioritera och känslor för att inte rätta till för en döende patient.
---------------------------------	---------------------	--	--	--	---

BILAGA 3. Översikt av frågor som användes för kvalitetsgranskning

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är den beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?