



Institution för hälsovetenskap

Sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård

Henric Berg

Patrick Hallberg

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
Vårterminen 2017

Sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård.

Nurses' view on how they can support the ones closest to patients in need of palliative care.

Författare	Henric Berg Patrick Hallberg
Handledare	Miranda Shojaeian Jalouli
Examinator	Åsa Rejnö
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2017
Antal sidor	17

Abstract

Palliative care treatment is a common phenomenon to many registered nurses. When caring for a patient palliatively, the nurse should also care for the ones closest to the dying patient. Previous studies have shown that nurses are uncertain on how to support these relatives and that some nurses even see them as a burden. The aim of this study was to describe nurses' views on how they can support the ones closest to the patients that need palliative care. The method used is a literature study, aiming at contributing to evidence based care grounded in analysis of qualitative research. Two electronic databases, Cinahl and Pubmed, were used for searches. Inclusion criteria were: studies should be written in the English language, no older than ten years, qualitative, presenting data in palliative care setting for adult patients only, and written from a registered nurse's perspective. Eleven studies were included. Four themes emerged on how nurses give support: *Facilitate presence*, *Involve the ones closest to the patient*, *Care for the ones closest to the patient* and *Meet informational needs*. The conclusion is that the nurse should care for the ones closest to the patient as unique human beings and strive to fulfil individual nursing needs.

Keywords: Support, Nursing, Palliative, Qualitative, Relative

Populärvetenskaplig sammanfattning

I palliativ vård ingår det i sjuksköterskans ansvarsområde att ge stöd till den döendes närstående. Denna typ av vård är vanligt förekommande för många sjuksköterskor. Studien beskriver sjuksköterskors syn på hur stödet till närstående kan se ut.

Palliativ vård innebär att ge vård till patienter med sådan sjukdom som ej går att bota. Vården fokuserar här på att lindra symtom. Trots att det finns riktlinjer om hur palliativ vård ska utföras finns det gråzoner om vad som är rätt och fel. Sjuksköterskor har i tidigare forskning beskrivit att de har kunskapsbrist om hur de kan stödja närstående till palliativa patienter, vilket ledde till att de blev osäkra på vad de skulle göra. Det finns tidigare studier där det framkommer att sjuksköterskor ibland ser de närstående som ett hinder för god palliativ vård. Detta examensarbete är en litteraturstudie av elva vetenskapliga artiklar där analysen ger fyra olika teman om hur sjuksköterskan kan stödja närstående: möjliggöra närvaro, göra närstående delaktiga, ge omsorg till närstående och möta informationsbehov.

Det framkom bland annat att sjuksköterskorna strävade efter att få de närstående att närvara fysiskt, ge dem tid och anpassa miljön i rummet. Sjuksköterskorna ville göra närstående delaktiga i vården, både i hemmet samt på sjukhuset. Detta skulle ske på de närståendes villkor, och inget ska tas för givet. Det framkom även att de närstående hade behov av information. Informationen skulle vara byggd på ärlighet, vara korrekt, framlagd med respekt och med empati. Att ge omsorg till en närstående var ett återkommande tema. Detta innebar bland annat att sjuksköterskor gav känslomässigt stöd, avsatte tid för fysisk närvaro samt lyssnade på tankar och åsikter.

När analysen jämfördes mot annan forskning framkom det olika uppfattningar angående vissa åtgärder, men generellt bekräftas eller fördjupas det som framkommer i analysen. Detta examensarbete kan summeras som att sjuksköterskor arbetade för att identifiera och uppfylla de närståendes unika omvårdnadsbehov samt bemötte dem som unika individer. Resultatet ger en förståelse för hur sjuksköterskor kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård.

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Palliativ vård	1
Sjuksköterskans förhållningssätt i palliativ vård.....	2
Vårdpersonalen och patienten i palliativ vård.....	2
Vårdpersonalen och de närstående i palliativ vård.....	3
Joyce Travelbees omvårdnadsteori	3
Tidigare forskning	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Litteratursökning	5
Urval.....	6
Analys.....	6
Resultat.....	7
Möjliggöra närvaro.....	8
Göra närstående delaktiga	9
Ge omsorg	9
Möta informationsbehov	10
Diskussion	11
Metoddiskussion.....	11
Trovärdighet i studien	13
Resultatdiskussion	14
Slutsatser	16
Praktiska implikationer	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	17
Referenser:	18
Bilaga I: Sökningar	
Bilaga II: Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod	
Bilaga III: Översikt av analyserad litteratur	

Inledning

I Sverige dör det varje år omkring 90 000 personer (Socialstyrelsen, 2016). Bland dessa personer utgörs de dominerande dödsorsakerna av hjärt- och kärlsjukdomar samt tumörsjukdomar. Majoriteten av alla som dör i Sverige kommer innan sin död vara i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013a).

De allra flesta människor har en eller flera personer som är viktiga och centrala i sitt liv. Författarna har båda erfarenhet av möte med dessa närstående när de vårdat patienter palliativt. Upplevelsen av dessa möten har varit av olika karaktär och komplexitet. En del närstående följer den döende under längre tid, och är kanske själva med och vårdar. Andra får ett plötsligt besked om att slutet snart är nära. Det har då handlat om allt från ett stilla farväl med acceptans, till förnekelse och oförståelse med stora emotionella uttryck för att sjukvården inte kan bota. Att bemöta och stödja dessa närstående är ofta svårt, och examenarbetets författare har flera gånger ställt sig frågan ”Vad kan jag göra för de närstående?”. Det är angeläget att lyfta frågan om sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård; dels för att få kunskap om hur ett stöd till dessa utsatta närstående kan se ut, och dels för att de närstående som grupp skall synliggöras i vården.

Bakgrund

Palliativ vård

Målet med palliativ vård är inte längre att bota sjukdom utan främst att lindra symtom i syfte att höja personens livskvalitet, samt att förlänga livet (Socialstyrelsen, 2013a). Vården övergår från kurativ till palliativ när läkaren anser att det ej längre går att bota patienten (Socialdepartementet, 2013). Palliativ vård delas upp i tidig och sen fas. När en människa går in i den tidiga palliativa fasen finns det ingen utarbetad definition av. Inte heller hur långt kvar denne har att leva, utan det är olika beroende på sjukdomstillstånd. I den tidiga palliativa fasen varierar symtomen beroende på vilken sjukdom personen har. När det talas om den sena fasen i palliativ vård innefattar det dagar, veckor eller upp till någon månad innan döden inträffar. I sen palliativ vård drabbas många patienter av ett eller flera symtom såsom; andnöd, rosslande andning, andningsuppehåll, illamående, förvirring, smärta och ångest. Inom sjukvården finns det specifika vårdplaner framtagna för behandling av dessa tillstånd och ska utföras vid behov (Cancercentrum, 2016). En sjukdom där övergången mellan tidig och sen palliativ vård blir tydligt är prostatacancer. Personer med prostatacancer kan i den tidiga palliativa fasen leva ett normalt liv, detta i flera år trots sjukdomen. När denna person sedan kommer in i den sena palliativa fasen försämras allmäntillståndet snabbt och döden kan inträffa inom veckor till månader (Socialdepartementet, 2013).

I palliativ vård ska personalen enligt SOU (2001:6) arbeta efter fyra hörnstenar: symtomlindring, samarbete, stöd till de närstående samt kommunikation och relation. *Symtomlindring* innebär att patientens fysiska, mentala, sociala och existentiella symtom ska behandlas. Med *samarbete* menas det att vården ska utgöras av ett mångprofessionellt arbetslag. *Kommunikation och relation* professioner sinsemellan samt till patient och närstående. *Stöd till de närstående* ska ges innan och efter dödsfallet och den palliativa vårdens värdegrund tas som utgångspunkt.

Cancercentrum (2016) beskriver den palliativa vårdens värdegrund och sammanfattar den i fyra ledord: *närhet, helhet, kunskap och empati*. Värdegrunden beskriver vad som är viktigt och som bör prioriteras i syfte att ge patienten bästa möjliga livskvalitet genom att lindra symtom och ge existentiellt stöd i livets slutskede. *Närhet* innebär att personal bör vara nära patienten och närstående för att skapa en trygghet samt ge möjlighet att uppfylla deras önskemål. *Helhet* innebär att se patienter och närståendes olika behov, vilka brukar delas i fyra kategorier: fysiska, psykologiska, sociala och existentiella. Med *kunskap* menas det att personalen som vårdar ska ha kunskap om palliativ medicin och palliativ omvårdnad. *Empati* innebär att personalen ska kunna känna in patientens situation och på så sätt visa omtanke. Detta kräver att personalen har ett stort personligt engagemang samtidigt som de kan behålla sin professionalitet.

Sjuksköterskans förhållningssätt i palliativ vård

Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vidare ska yrkesutförandet främja en miljö där mänskliga rättigheter, sedvänjor, trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras. Friedrichsen (2012) beskriver att en sjuksköterska i palliativ vård ska sträva efter att skapa en förtroendefull relation, stödja, vara kommunikativ samt att vara koordinerande. Genom att skapa denna relation byggs det upp en tillit till sjuksköterskan från patienten, vilket ger sjuksköterskan större möjligheter att ge en bättre omvårdnad. Stödja gör sjuksköterskan vidare genom att informera, underlätta, uppmuntra och vara närvarande. Vara kommunikativ innebär för sjuksköterskan att veta när hen bör tala eller vara tyst och hänvisa till annan profession. För att klara detta krävs det en fingertoppkänsla baserat i teoretisk kunskap och klinisk erfarenhet. Det är många faktorer som beskrivs vara viktiga att tänka på i kommunikationen; den ska bland annat vara byggd på ärlighet, ödmjukhet och respekt. Den ska vara ickedömande, anpassad efter tidpunkt samt anpassad efter den unika individen. Att vara koordinerande innebär för sjuksköterskan att vara ”spindeln i nätet”. Sjuksköterskan är den som oftast gör en första bedömning för att sedan bestämma om andra professioner bör kopplas in. För att kunna göra detta krävs kunskap om den unika patienten samt kunskap om hur en bedömning ska göras (a.a).

Vårdpersonalen och patienten i palliativ vård

I palliativ vård är flera professioner inblandade med det huvudsakliga syftet att förbättra patientens livskvalitet. Att höja patientens livskvalitet innebär att behandla patientens fysiska, mentala, existentiella och sociala lidande (Socialstyrelsen, 2013a; Cancercentrum, 2016). Brytpunktsprocessen beskrivs utav Cancercentrum (2016) hur vården övergår från att vara kurativ till palliativ, och hur den ska initieras av ett brytpunktssamtal. Vidare beskrivs det hur vårdpersonalen ska bjuda in till ett informerande brytpunktssamtal med patienten när symtomen på sjukdomen börjar ta överhanden, medicinsk behandling sviktar eller andra behandlingar inte är rimliga för patienten att orka med. De bör då i samråd med patienten komma fram till vilken information patienten önskar sig om medicinska uppgifter, prognos och planering för framtiden. Patienten eller närstående kan ställas inför val av vårdstrategi där patienten har rätt att avsäga sig vård. Vilken strategi som väljs ska noga dokumenteras och följas av all vårdpersonal som är inblandad i patientens vård. Vidare beskriver Cancercentrum (2016) att vårdpersonalen ska sträva efter att uppfylla den enskilde patientens önskan/behov samt avstå från de insatser som inte gynnar dennes välbefinnande. Insatser som smärtlindring, trycksårsprofylax, munvård, fungerande elimination samt skapande av en lugn miljö ska ej uteslutas (a.a.).

Vårdpersonalen och de närstående i palliativ vård

Närstående beskrivs av Socialstyrelsen (2004) som personer som den enskilda anser sig ha en nära relation till. Den enskilde i detta examensarbete blir patienten. En av vårdpersonalens uppgifter i den palliativa vården är att inkludera de närstående i vården. Vilken information som vårdpersonalen får ge till de närstående bestämmer patienten. Om patienten inte vill delge information om sitt tillstånd till närstående måste personalen anpassa informationen till vad patienten tillåtit (SFS, 2014:821). Handlar det om en trolig bortgång inom några timmar och dagar bör närstående få information om detta, gärna upprepat, för att kunna förbereda sig mentalt. I andra situationer när det rör sig om veckor eller månader bör närstående få information om vilket stöd som finns att tillgå och hur de får kontakt med dessa instanser. Några exempel på dessa är hemsjukvård, hemvård, och närståendepenning (Cancercentrum, 2016). I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att vårdpersonal ska arbeta för att förebygga ohälsa. Socialstyrelsen (2013b) beskriver utifrån denna lagtext även att de närstående ska inkluderas i hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar i det förebyggande vårdarbetet. SFS (2014:821) beskriver att närstående ska få möjlighet att delta i utformningen och genomförandet av vården så länge det är lämpligt och sekretess inte hindrar det. Cancercentrum (2016) menar att vårdpersonalen bör ge stöd till de närstående. Detta stöd ska vara utformat efter den palliativa vårdens värdegrund där vårdpersonalen ska ha en helhetssyn i syfte att höja livskvalitet och ge existentiellt stöd.

Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Travelbee (1971) menar att hennes teori beskriver den nära relationen ”människa till människa”. Denna teori är redskapet för att nå sjuksköterskans omvårdnadsmål att hjälpa en individ eller närstående att förhindra, eller hantera upplevelsen av sjukdom och lidande, och att vid behov hjälpa dem finna mening i detta. Vidare menar hon att vägen dit går genom fyra faser, där sjuksköterskan använder sig själv, alltså sin personlighet och kunskap på ett terapeutiskt sätt i en ömsesidig relation. Den har karaktären av att vara mellan två unika människor, istället för stereotypa föreställningar om vad sjuksköterskor, patienter eller närstående är. Detta är ingen vanlig vänskapsrelation eftersom sjuksköterskan har ett intellektuellt disciplinerat förhållningssätt i enlighet med riktlinjer och erkänd omvårdnadskunskap (a.a.).

Första fasen i Travelbees (1971) teori är ”det första mötet”. Här har de olika parterna med sig förutfattade, stereotypa föreställningar om vad en sjuksköterska, patient eller närstående är. Detta, menar hon, innebär att människan i det närmaste ses som avhumaniserad och objektifierad. För att kunna gå vidare till nästa steg av ”framväxande identitet” krävs att parterna istället börjar se och uppskatta varandra som unika individer. Då börjar de se varandras likheter och skillnader. Sjuksköterskan anar nu hur individen tänker, känner och uppfattar sin situation. I den tredje fasen kan de känna empati för varandra, vilket enligt Travelbee innebär att de för ett ögonblick kan träda in i, dela och förstå det psykiska tillståndet hos en annan individ. Resultatet av detta är att individen då kan förutsäga den andres beteende, vilket leder till att sättet de relaterar till varandra för alltid är förändrat, även om individen i denna fas inte gjort något åt bördan hos den andre (a.a.). Den fjärde fasen för att uppnå en nära relation är enligt Travelbee (1971) att känna sympati. Begreppet förklaras som att upplevelsen av empati också ska mynna ut i en längtan och strävan att lindra bördan hos den andre. Detta kan inte existera i en atmosfär av likgiltighet och främlingskap. Sympati menar hon, eller brist på densamma, överförs ofta genom sjuksköterskans beteende eller sätt att uppföra sig i omvårdnadssituationer. Det påverkar både den fysiska och psykiska

omvårdnaden, vilket har betydelse när det gäller individens förmåga att samla motståndskraft till det som tynger henne.

Denna omvårdnadsteori, menar Travelbee, är användbar för att möta patientens behov såväl som närståendes behov. När dessa fyra faser gått genom finns förutsättning för att nå en fas av nära relation, eller ”människa till människa-relation”, som hon också kallar det. Båda har bidragit till relationen utifrån sin förmåga, men en nödvändig förutsättning är att sjuksköterskans handlingar kontinuerligt lindrat individens börda (a.a.). I denna fas, menar Travelbee, känner individen inget behov av att testa sjuksköterskan för att avgöra hur pålitlig hon är, utan känner ett förtroende som är starkare än den begränsade tilltro som uppkommer under fasen sympati.

Tidigare forskning

Tidigare forskning om palliativ vård beskriver vikten av att information mellan sjuksköterska och de närstående är tillräcklig och korrekt, vilket är centralt för att stärka välbefinnandet för både den sjuke och närstående (Bee, Barnes & Luker 2008; Eyre 2010; Andershed, 2006). Eyre (2010) beskriver hur utbildning av personal, utbildning av närstående, bra tillgång till praktiska hjälpmedel samt bra kommunikation mellan sjukvårdspersonal och närstående är nycklar som stärker vårdkvaliteten. Sammanställningen av Andershed (2006) visar att närstående till en patient i behov av palliativ vård i högre utsträckning upplever en förhöjd mental stress. Vidare rapporterades det att dessa närstående har ett sämre fysiskt välmående än närstående till patienter som behandlades kurativt. Tidigare forskning har visat att närstående många gånger önskar vara delaktiga i planeringen av vården (Andershed, 2006; Eyre, 2010). Sammanställningen av Andershed (2006) visar även att närstående till patienter i behov utav palliativ vård kan uppleva delaktighet som betungande med ett för stort ansvar. Detta gav symptom som; ångest, rädsla, ensamhet, bristande kontroll, sömnproblem, hjälplöshet och hopplöshet. Bee et al. (2008) visar i sin sammanställning att dessa känslor kan uppkomma hos de närstående om de får bristande information från, samt har bristande möjlighet att kontakta en sjuksköterska.

Forskning har visat att närstående reagerar olika beroende på omständigheterna kring det specifika dödsfallet, med starkare reaktioner när dödsfallet är oväntat och/eller traumatiskt (Kongsuwan, Matchim, Nilmanat, Locsin, Tanioka, Yasuhara & Yasuhara, 2016). Vidare beskrivs det att förutsättningarna för att bedriva palliativ vård skiljer sig mellan vanliga vårdavdelningar och akutvårdsavdelningar. En anledning till detta är att det ofta råder tidsbrist på grund av patientens tillstånd vilket gör att mer tid och resurser läggs på patienten än de närstående. En ytterligare barriär i stöttningen av närstående på en akutvårdsavdelning var att vårdpersonalen upplevde sig själva ha bristande kunskap i hur de ska ge dem andlig och psykosocial stöttning (a.a.). Närstående blev lugnare och kände meningsfull tillvaro när vårdpersonalen: visade empati och respekt för dem och patienten, jobbade mot samma mål som dem, involverade dem i vårdandet, var öppna, samarbetsvilliga och konfirmerande (Andershed, 2006).

Beckstrand, Moore, Callister och Bond (2009) beskriver i sin studie hur sjuksköterskor i stor grad anser att det finns olika typer av beteenden hos närstående som både hindrar och främjar deras möjligheter att utföra god palliativ vård. Arg, ångestfyllda och överoptimistiska närstående ansågs hindra en god palliativ vård, medan närstående som fysiskt vårdar patienten samt accepterar dennes död främjade god palliativ vård.

Problemformulering

Palliativ vård är vanligt förekommande i Sverige. Att som sjuksköterska vårda någon palliativt innebär även att de närstående skall stödjas. De allra flesta sjuksköterskor kommer någon gång att komma i kontakt med närstående till patienter i behov av palliativ vård. Beroende på vilka omständigheter som råder kan närstående reagera olika på att döden är nära, och de är i högre grad utsatta för stress och har sämre fysisk hälsa än andra närstående. Det är därför viktigt att sjuksköterskor har kunskap om hur de kan ge rätt stöd till närstående i den specifika situationen, men också att de har rätt förutsättningar för att göra det på ett bra sätt. I tidigare forskning har det framkommit att det funnits brist på kunskap bland sjuksköterskor hur de kan stödja dessa närstående. Få studier har fokus på, och beskriver sjuksköterskors syn på stödet till de *närstående* i palliativ vård, utan oftare på palliativ vård generellt. Det finns därför ett behov av att sammanställa kunskap om hur sjuksköterskor i palliativ vård ser på hur de kan stödja de närstående.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård.

Metod

Detta examensarbete är en litteraturstudie med syfte att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg (2012) beskriver denna metod och menar att den har som mål att sammanställa teoretisk kunskap om ett fenomen för att ge ökad förståelse, och ge vägledning för hur kunskapen kan användas i praktisk omvårdnad. Denna metod passar väl till detta examensarbete med syfte att belysa sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till patienter som vårdas palliativt. Kortfattat innebär genomförandet av metoden att ett fenomen väljs, och den kontext som fenomenet ska studeras i. (a.a.). Efter litteratursökning granskas de kvalitativa vetenskapliga studier som valts för att bedöma deras vetenskaplighet. Vidare ska artiklarnas resultat analyseras (beskrivs nedan) vilket redovisas i en resultatredovisning. Slutligen förs en diskussion om resultatets analys för vårdandet. Nedan följer en fördjupad beskrivning av metoden och hur detta arbete utformats.

Litteratursökning

Östlundh (2012) delar upp informationssökningen i två faser. Den första är en förberedande sökning för att finna bakgrundsinformation som gör den egentliga sökningen mer effektiv. Här ska också ett arbetsdokument byggas upp som ringar in vad som skall undersökas, hur kunskapen om det ska tas fram, var kunskapen kan finnas samt beräknad tidsåtgång. De inledande sökningarna i denna studie gav inga, eller väldigt få artiklar som kunde användas. Detta ledde till att besluts tog om att kombinera fler sökord och ämnesord för att göra de egentliga sökningarna bredare. För att hitta dessa artiklar valdes databaserna Cinahl och Pubmed. Cinahl beskrivs av Östlundh (2012) som en omvårdnadsdatabas. Pubmed är en databas som fokuserar på medicinska artiklar men innehåller även studier som fokuserar på omvårdnad (U.S. National Library of Medicine, 2016).

Den andra fasen är enligt Östlundh (2012) den egentliga informationssökningen. Hur sökord och söksätt använts samt antal sökträffar redovisas mer utförligt i tabell i bilaga I. De sökord som är markerade med MH kommer från databasens ämnesordlista. Enligt Östlundh (2012) finns där de sökord som fungerar i den databas som används. De sökord som efterföljs av asterisk (*) är trunkerade. Detta görs för att inkludera alla möjliga böjningsformer av ordet (Östlundh, 2012). I vissa fall har även fältsökning valts. Detta ökar träffsäkerheten (a.a.) och har här inneburit en sökning i abstract (AB). Sökord som använts var: "Nurs* support", MH "Support, psychosocial", MH Family, MH "professional family relations", MH "family nursing", AB Nurs*, MH "Hospice and Palliative nursing", MH "Terminal care", MH "Hospice care", support, family, relative, "next of kin", spouse, palliative. Sökningarna i sökhistorik kombinerades med hjälp av Boolesk söklogik. Detta är enligt Östlundh (2012) en vanlig metod för sökning i databaser. Genom denna logik kan sambandet bestämmas mellan de olika sökord som används. I detta examensarbete använde sig författarna av OR för att i ett första skede inkludera likartade ord för att bredda sökningen, och AND när dessa sökningar kombinerades. Avgränsningar lades även till i artikelsökningarna, vilka var att: de ej skulle vara äldre än 10år (2007–2017), de skulle vara på engelska, och vetenskapligt granskade (peer reviewed).

Urval

Urvalet till en studie måste kunna svara mot syftet som studeras för att få ett så överförbart resultat som möjligt. Tydliga inklusions- och exklusionskriterier ska därför formuleras så att liknande resultat kan reproduceras i senare forskning (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterier i detta examensarbete var att patienten skulle vara över 18 år, artiklarna skulle vara kvalitativa, samt att deras resultat skulle svara på examensarbetets syfte. Exklusionskriterier var artiklar som belyste stöd till närstående efter att patienten avlidit, och om sjuksköterskans perspektiv inte gick att urskilja bland andra professioner.

För att göra ett bra litteratururval menar Östlundh (2012) att det är bra att börja med att läsa genom titlarna i träfflistan. I de titlar som är relevanta ska därefter abstract läsas för att få en kort översikt av artiklarnas innehåll. Journalistiska artiklar uteslöts då de inte nådde upp till de vetenskapliga krav som ställts. Vidare uteslöts artiklar med kvantitativ metod samt reviewartiklar. Några av dessa återfinns i delen tidigare forskning eller resultatdiskussionen i denna studie.

Elva studier valdes ut för att ingå i examensarbetets resultat. En av studierna är en etnografisk studie, vilket enligt Pilhammar (2012) är en kvalitativ metod. Tre studier var gjorda i USA, tre i Sverige, en i England, en i Australien, en i Iran, en på Island och en i Taiwan. Fem av studierna var utförda på en intensivvårdsavdelning, två på vanliga avdelningar, två på både boende och sjukhus, en på ett boende samt en på ett hospice. Studierna som ingick i examensarbetet kvalitetsgranskades enligt mall utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst, se bilaga II, med utgångspunkt från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsmall. Artiklarna delades sedan in i Grad I (100–80%), Grad II (79–70%) eller Grad III (69–60%) beroende på vad kvalitetsgranskningen visade. Tio studier uppfyllde kraven för Grad I och en studie Grad II. Inga studier exkluderades på grund av kvalitetsgranskningen.

Analys

Artiklarna analyseras utifrån kvalitativ analys enligt Friberg (2012). Denna beskrivs som att en rörelse sker från varje artikels helhet, till dess delar för att till sist skapa en ny helhet.

Första steget i denna analysbeskrivning innebär att artiklarna läses var för sig flera gånger så att helheten kommer fram i den enskilda artikeln. Därefter identifieras nyckelfynd i varje artikels resultat relaterat till syftet för studien. I det tredje steget sammanställs varje studies meningsbärande enheter (a.a.). Examensarbetets författare läste var för sig igenom alla de studier som valdes ut att ingå till resultatdelen, och identifierade först enskilt nyckelfynd relaterade till examensarbetets syfte för att sedan jämföra dessa med varandra. Fanns det olikheter diskuterades det tills konsensus nåtts. De meningsbärande enheterna gavs i detta dokument ett tillfälligt nummer som överensstämde med ett nummer som givits de olika artiklarna, för att lättare kunna spåra källan. Senare skrevs korrekta referenser ut i resultatet.

Friberg (2012) beskriver i det fjärde steget efter att de meningsbärande enheterna tagits ut, börjar identifiera och gruppera likheter och skillnader bland de meningsbärande enheterna. Examensarbetets författare gjorde först en grovindeling av de meningsbärande enheterna, i Word-dokumentet, utifrån hur de vid en första anblick såg ut att ha något gemensamt. Därefter jämfördes denna grovindeling med de meningsbärande enheter som inte kommit med i denna första tematisering, för att på så sätt komma fram till teman som även täckte in dessa. Denna process pågick tills konsensus uppnåtts. Om oklarheter uppstått under tematiseringsprocessen över vad som ursprungligen menats i de meningsbärande enheterna, har examensarbetets författare gått tillbaka till artiklarna för att vinnlägga sig om att den ursprungliga meningen inte skulle gå förlorad eller förvanskas. Processen att söka gruppera de meningsbärande enheterna i teman har skett i samförstånd, med utgångspunkt i de gemensamma drag som framkommit i de texter som analyserats, för att undvika att förutfattade tankar av examensarbetets författare om studiens resultat skulle styra detta.

Det framkom initialt åtta stycken olika subteman som grupperades in i två huvudteman. Friberg (2012) beskriver i det femte och sista steget att resultatet ska redovisas i en löpande text på ett tydligt och förståeligt sätt med utgångspunkt i de nya teman som skapats. Examensarbetets författare skrev ut resultatet i löpande text. De meningsbärande enheter som sorterats under respektive tema lästes för att se vilka av dem som menade samma sak, eller hade kompletterande, alternativt motsägende uppgifter. Det framkom efter hand att det i två subteman var för lite text för att skapa ett eget tema, och som dessutom endast visade på likheter och inga skillnader. Texten reviderades så att de två ovan nämnda subtemana togs bort. Informationen från dem kunde sedan läggas in under andra, delvis omformulerade teman. Det slutgiltiga resultatet består av fyra teman utan subteman.

Resultat

Utifrån de elva studier som använts i detta examensarbete framkom fyra olika teman: Möjliggöra närvaro, göra närstående delaktiga, ge omsorg och möta informationsbehov.

Tabell 1. Teman som belyser sjuksköterskor syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård

Teman	
Möjliggöra närvaro	Göra närstående delaktiga
Ge omsorg	Möta informationsbehov

Möjliggöra närvaro

Genom analysen framkom att sjuksköterskor ansåg det som viktigt att de närstående fick vara nära patienten vid livets slutskede (Arbour & Wiegand, 2013; Barre & Durkin, 2014; Efstathiou & Walker, 2014; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009; Heidari & Norouzadeh, 2014; Ranse, Yates & Coyer, 2011). En del sjuksköterskor arbetade aktivt med att uppmuntra de närstående att komma till avdelningen för att vara nära patienten (Arbour & Wiegand, 2013; Fridh et al., 2009; Ranse et al., 2011). Dessutom fanns uppfattningen att ju mer tid de närstående var närvarande, desto lättare var det för dem att acceptera döden (Heidari & Norouzadeh, 2014). Sjuksköterskor stödde också de närstående genom att uppmuntra dem att sitta nära, prata med, och vidröra patienten (Fridh et al., 2009; Ranse et al., 2011).

Genom analysen framkom det att sjuksköterskor på sjukhus ibland stödde de närstående genom att fördröja avslutandet av livsuppehållande behandling för att närstående skulle hinna dit innan patienten fick dö (Arbour & Wiegand, 2013; Efstathiou & Walker, 2014; Fridh et al., 2009; Ranse et al., 2011). Sjuksköterskor menade att det hade stort värde för de närstående att patienten inte var ensam vid dödstillfället utan fick vara nära sina närmaste (Efstathiou & Walker, 2014). Förlängning av livsuppehållande behandling för att de närstående skulle få möjlighet att närvara fysiskt hos patienten medan hen fortfarande var vid liv ansågs ej vara helt oproblematiskt, enligt sjuksköterskorna. Att stödja de närstående genom att förskjuta patientens död betraktades av en del sjuksköterskor vara ett etiskt dilemma då de menade att detta kunde innebära ett förlängt lidande för patienten (Efstathiou & Walker, 2014; Ranse et al., 2011).

Sjuksköterskor beskrev att när de vårdar en patient i livets slutskede gör de det även med syftet att stödja de närstående genom att verka för att de ska komma ihåg patientens död som lugn och värdig (Fridh et al., 2009). För att motverka ett traumatiserande möte för de närstående kan sjuksköterskorna hjälpa dem att närma sig den döende genom att patienten har det så bekvämt, och är så ren som möjligt (Arbour & Wiegand, 2013; Fridh et al., 2009). Sjuksköterskorna stödde de närstående genom att de arbetade för att de skulle få ett eget utrymme tillsammans med patienten i form av eget rum eller avskild vård på avdelningen för att få avskildhet (Barre & Durkin, 2014; Fridh et al., 2009; Ranse et al., 2011). Det betonades i en annan studie att sjuksköterskor strävade efter att göra det bekvämt för de närstående i detta skede (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Fridh et al., 2009). Stöd för att få avskildhet beskrevs även av andra sjuksköterskor vara av särskild betydelse för att de närstående skulle få utrymme, tid och möjlighet att vara nära patienten en stund för att de skulle kunna återförenas (Efstathiou & Walker, 2014).

Sjuksköterskor stödde också de närstående genom att överbrygga hinder för närvaro, som att den tekniska utrustningen runt den döende fanns kvar efter avslutad behandling. I flera studier sågs detta som ett hinder av sjuksköterskor för att de närstående skulle kunna komma nära den döende, vilket gjorde att de kopplade bort det som var onödigt (Efstathiou & Walker, 2014; Fridh et al., 2009; Ranse et al., 2011). Det kunde förklaras med att närstående lätt kunde bli fixerade av att titta på apparaturen istället för patienten i livets slut (Fridh et al., 2009). All utrustning ansågs dock inte vara onödig. Till exempel kunde EKG-monitorn vara fortsatt påslagen om patienten vårdades i en ventilator, för att på så sätt lättare kunna se när hjärtat slutade att slå. Sjuksköterskorna menade då att det blev tydligare för de närstående när patienten avled (a.a.). I flera studier redovisades en motstridig uppfattning där sjuksköterskor ansåg att den tekniska utrustningen omkring patienten, såsom slangar och kablar, istället kunde ses som konkret tecken för närstående att vårdpersonalen fortfarande tog hand om

patienten, trots att alarmer från utrustningen stängdes av (Efstathiou & Walker, 2014; Fridh et al., 2009). Utöver att anpassa den tekniska utrustningen i rummet beskrevs stödet till de närstående som att aspekter av miljön anpassades. Detta innefattade att belysningen sänktes, de bäddade med färggranna sängkläder och filter istället för med sjukhusets vanliga sängkläder, spelade musik samt satte upp fotografier (Ranse et al., 2011).

Göra närstående delaktiga

Analysen visade att sjuksköterskor ansåg att stöttning kunde ges till närstående genom att göra dem delaktiga i vården (Arbour & Wiegand 2013; Efstathiou & Walker, 2014; Iranmanesh et al., 2009; Ranse et al., 2011; Rejnö et al., 2012). När den palliativa vården skedde i hemmet beskrevs det i en studie som att sjuksköterskan ibland tog vissa risker genom att lita på närståendes förmåga att vårda (Iranmanesh et al., 2009). Sjuksköterskorna förlitade sig på att patienten och de närstående då skulle komma fram till egna sätt att lösa vissa saker på utan deras hjälp, och på det sättet stöttades de (a.a.).

På sjukhuset var delaktighet något sjuksköterskan erbjöd de närstående. Här framställer Arbour och Wiegand (2013) sjuksköterskornas syn att delaktighet kunde göra patientens död lättare för de närstående, genom att det gav positiva minnen och erfarenheter. Vidare fick de en känsla av att de varit där så mycket som möjligt med patienten, fått uppleva döden som värdig, och fått en chans att säga ett slutligt farväl. Att vara delaktig sågs dessutom som en möjlighet för närstående och inte ett krav (a.a.). Eftersom det inte är självklart att närstående vill vara delaktiga i omvårdnaden underströks det i flera studier på sjukhus att det var viktigt att ta reda på hur mycket närstående egentligen ville vara delaktiga och ta hänsyn till det (Iranmanesh et al., 2009; Ranse et al., 2011; Rejnö et al., 2012). Att stödja de närstående genom att vara delaktiga betyder inte bara att delta i den fysiska omvårdnaden av patienten (Ranse et al., 2011, Efstathiou & Walker, 2014), utan även att delta i beslut om vilken omvårdnad som skall ges till patienten (Rejnö et al., 2012), vilken atmosfär de ville eftersträva kring patienten (Ranse et al., 2011) samt hjälpa de närstående att känna sig viktiga för den döende (Rejnö et al., 2012).

Ge omsorg

I analysen framkom hur sjuksköterskorna beskrev olika interventioner som hade det gemensamma målet att bygga upp ett förtroende och en stark relation mellan närstående och sjuksköterska (Arbour & Wiegand, 2013; Efstathiou & Walker, 2014, Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Heidari & Norouzadeh 2014; Wu & Walker, 2009). Att stödja genom att ge känslomässigt stöd, uppmuntra och trösta närstående var några av de viktigaste delarna i omsorgen (Arbour & Wiegand, 2013; Barre & Durkin, 2014; Efstathiou & Walker, 2014; Wu & Walker, 2009). Wu & Walker (2009) beskrev hur sjuksköterskor stöttade de närstående genom att försöka uppfylla deras önskningar. Ett bra sätt att göra detta på angavs vara att ta sig tid, lyssna på och tala med närstående om deras tankar och behov (Efstathiou & Walker, 2014; Iranmanesh et al., 2009; Ranse et al., 2011; Wu & Walker, 2009). För att möjliggöra detta krävdes det att sjuksköterskor avsatte tid och anpassade sitt arbete så att de var tillgängliga och fysiskt närvarande hos patienten och dennes närstående (Barre & Durkin, 2014, Efstathiou & Walker, 2014; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Fridh et al., 2009; Iranmanesh et al., 2009; Ranse et al., 2011, Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis, 2010).

Arbour och Wiegand (2013) samt Iranmanesh et al. (2009) beskrev hur sjuksköterskors stöd till de närstående bör vara individuellt anpassat och kunde därför se olika ut beroende på

vilket behov de hade. Fanns kunskap om de närståendes önsknings och behov fanns också möjlighet att föra deras talan och då handla så att deras intressen tillgodosågs (Arbour & Wiegand, 2013; Barre & Durkin 2014; Iranmanesh et al., 2009; Wu & Walker, 2009). Lyckades sjuksköterskan med att genomföra deras önsknings resulterade det i att de närstående kände en viss tröst (Iranmanesh et al., 2009; Wu & Walker, 2009). I några andra studier kom stödet till uttryck i att sjuksköterskan skulle bygga upp förtroendet hos de närstående genom att respektera kulturella och religiösa värderingar (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Heidari & Norouzadeh 2014; Wu & Walker, 2009). Emilsdóttir och Gústafsdóttir (2011), samt Heidari och Norouzadeh (2014) menade att om sjukvårdspersonalen känner till patientens och närståendes kultur, så är det till hjälp för att kunna ge en bättre vård och omsorg anpassat just för den individen. Heidari och Norouzadeh (2014) skriver även att förståelse och respekt för patientens och de närståendes kultur, kommer från sjuksköterskans uppfattningsförmåga och finkänslighet.

På närståendes begäran, skriver Fridh et al. (2009), berättar flera sjuksköterskor hur de stöttat de närstående genom att ge extradoser av smärtstillande eller lugnande läkemedel till patienten, trots att sjuksköterskorna ansett att patienten hade fått tillräcklig mängd. Genom att göra detta menade sjuksköterskorna att de närstående blev lugnare. Iranmanesh et al. (2009) beskrev hur vårdpersonalen respekterade de närståendes önsknings om hur mycket personalen skulle närvara vid dödstillfället. Ville de närstående inte ha någon vårdpersonal närvarande i rummet, eller tvärt om, så accepterades detta (a.a.). Rejnö et al. (2012) beskrev i deras studie hur patienterna ofta insjuknade akut. Närstående glömde då ofta bort sina egna fysiska behov och sjuksköterskorna fick då stödja dem genom att uppmana de närstående att äta, dricka och vila.

Reinke et al (2010) beskrev i deras studie att sjuksköterskor uppfattade det som att närstående ville få stöd av dem i sitt hopp. Det var därför viktigt att klargöra med närstående vad de hade för förhoppningar i situationen. Visste sjuksköterskorna vad de närstående hoppades på och vilken förkunskap de hade sedan tidigare, minskade risken för missförstånd om vad som var rimligt att hoppas på. Stödet här blev att sjuksköterskan på ett finkänsligt sätt lade fram nödvändig information om situationen till närstående. Gjordes detta kunde hopp inges, dock av annorlunda karaktär än vid kurativ vård. Hopp ingavs ej om överlevnad, men kunde exempelvis uttryckas som stöd av ett hopp om en bra dag.

Att stödja de närstående genom att samverka mellan patienter, närstående och olika professioner blev en återkommande uppgift för sjuksköterskorna för att de såg ett behov av annan hjälp än den de själva kunde ge (Barre & Durkin, 2014; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Wu & Walker, 2009). Emilsdóttir och Gústafsdóttir (2011) beskrev att sjuksköterskorna av erfarenhet visste att närstående ofta uppskattade ett samtal med läkaren när patienten var döende. Sjuksköterskorna stöttade då genom att be tjänstgörande läkare att tala med närstående. Förutom läkaren visste sjuksköterskorna även att prästen som kom till boendet var en stor tillgång och gav då som förslag till de närstående att samtala med denne. Iranmanesh et al. (2009) beskrev hur det ibland kunde uppstå konflikter mellan olika närstående. Här ansåg sjuksköterskorna det som viktigt att förstå att deras roll var att erbjuda hjälp och stöd när de blev ombedda, och inte aktivt gå in och försöka lösa konflikten.

Möta informationsbehov

Majoriteten av studierna beskrev hur sjuksköterskorna kunde stödja de närstående genom att undervisa dem på olika sätt (Arbour & Wiegand, 2013; Barre & Durkin, 2014; Efstathiou &

Walker, 2014; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Fridh et al., 2009; Iranmanesh et al., 2009; Ranse et al., 2011; Reinke et al., 2010; Rejnö et al., 2012). Även om det är läkarens uppgift att ge information om patientens tillstånd till de närstående, var det vanligt att sjuksköterskan behövde förklara eller upprepa denna (Arbour & Wiegand, 2013; Efstathiou & Walker, 2014; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Fridh et al., 2009; Iranmanesh et al., 2009; Rejnö et al., 2012). Sjuksköterskor stödde de närstående genom att beskriva för dem hur en döende patient tas om hand (Barre & Durkin, 2014), och förklarade vad som hände med patienten (Arbour & Wiegand, 2013; Ranse et al., 2011). Vidare ville sjuksköterskor stödja de närstående genom att förklara miljön på intensivvårdsavdelningen samt den medicinska utrustning som användes (Fridh et al., 2009).

I analysen framkom att sjuksköterskorna gav information om vad det innebar att avsluta mekanisk ventilering samt vasoaktiv medicinering (Arbour & Wiegand, 2013). I några studier belystes att de som stöd till de närstående gav information om vad de kunde komma att möta när de skulle gå in till en patient, vilket sågs som viktigt av sjuksköterskorna, speciellt vid de värsta fysiska tillstånden. På detta sätt kunde de närstående möta patienten på ett så lugnt och förberett sätt som möjligt (Barre & Durkin, 2014; Iranmanesh et al., 2009; Heidari & Norouzadeh 2014). Sjuksköterskorna berättade att information till närstående bör ske på ett inkännande, respektfullt, individuellt samt empatiskt sätt (Arbour & Wiegand, 2013). När sjuksköterskan ger information till den närstående ska det ske i en relation baserad på tillit och ärlighet (Iranmanesh et al., 2009).

Sjuksköterskor stödde de närstående genom att göra en bedömning av deras behov av information angående sjukdomen, samt hur mycket de ville veta (Reinke et al., 2010). Sjuksköterskorna försökte vara lyhörda och gav information utifrån vad de uppfattade vara en orsak till oro för de närstående (Arbour & Wiegand, 2013), eller svarade på deras frågor (Ranse et al., 2011). I en annan studie visades stödet genom att de delade ut en broschyr med information som de närstående kunde titta på senare. De menade att det ibland kunde vara svårt för de närstående att ta till sig information som gavs under stressiga förhållanden (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011).

Information som stöd till de närstående skedde kontinuerligt (Arbour & Wiegand, 2013) och var individuellt anpassad efter behov, bakgrund, hur närståendekonstellationen såg ut samt till deras känslomässiga tillstånd (Arbour & Wiegand, 2013; Reinke et al., 2010). Att informera kunde också innebära att sjuksköterskorna hjälpte de närstående att förstå vad som hände med dem själva i situationen (Ranse et al., 2011). Ibland behövde missförstånd redas ut då närstående var oroliga för att smärtlindring var en fara för livet (Arbour & Wiegand, 2013). På ett boende stödde sjuksköterskor de närstående genom att tillvarata möjligheten att ha ett möte med de närstående i samband med den boendes inflyttning (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011). Detta gav sjuksköterskorna en möjlighet att tidigt ta upp frågor om hur närstående och den boende önskade vården i livets slut, och begränsningar kring det, vilket sedan togs hänsyn till i planeringen av den framtida behandlingen.

Diskussion

Metoddiskussion

Resultatet är baserat på elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats, där alla hittades genom systematiska sökningar. Tio av dessa inhämtades från Cinahl, vilket kan bero på att Cinahl är en databas som är mer inriktad på omvårdnad än vad Pubmed är. Fler artiklar skulle

möjliggen kunnat hittas om fler sökningar gjorts, och fler databaser använts. Examensarbetets författare ansåg dock att de båda databaserna gett tillräckligt många bra studier för att svara på examensarbetets syfte, vilket resulterade i att inga fler sökningar gjordes. Boolesk söklogik är enligt Östlundh (2012) en nödvändig teknik att använda när en kombination av sökord önskas i databaser för att kunna lokalisera relevanta studier. Om sökord inte kombinerats utan enstaka sökord använts hade tidsåtgången blivit orimlig, även om det inte kan uteslutas att andra fynd också framkommit. Svenskans ord "närstående" är inte direkt sökbar i engelska databaser, utan flera olika synonymer har använts för att täcka in den breda svenska betydelsen av ordet. Sökorden som använts till litteratursökningen ansågs vara relevanta av examensarbetets författare. Det finns dock en möjlighet att fler relevanta studier skulle kunna hittats om andra sökord använts.

Att endast fokusera studien på att patienten skulle vara vuxen är ett val som gjorts då en studie om det döende barnet och dess närstående skulle kunna ge delvis andra resultat än när den döende är vuxen, och att innevarande studie skulle få för stor omfattning. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vilket enligt Östlundh (2012) är det språk som främst används till vetenskapliga publiceringar. Fokus i innevarande studie har varit på internationell forskning, och språkkunskaperna i andra språk än engelska är begränsade hos författarna till denna studie. Peer-reviewed innebär enligt Östlundh (2012) att artikeln är publicerad i en vetenskaplig tidskrift, vilket är en hjälp då en artikels vetenskaplighet skall bedömas. Artiklarna skulle vara tio år gamla eller nyare eftersom fokus i denna studie var på nyare forskning. Fler fynd hade kunnat framkomma om äldre studier inkluderats, men författarna till innevarande studie menar att attityder till hur sjuksköterskan bemöter, ser på och stödjer närstående kan förändrats över tid, vilket då skulle ge en ökad risk för att resultatet skulle bli snedvridet.

En litteraturstudie med syfte att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning fördjupar förståelsen för ett fenomen byggt på erfarenheter och upplevelser (Friberg, 2012). Då examensarbetets författare sökt just denna djupare förståelse av sjuksköterskans syn på hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård ansåg examensarbetets författare att metoden var motiverad. Om studien istället utgått från en litteraturöversikt med kvantitativa inslag, skulle även statistik på de mest frekvent använda åtgärderna kunnat fås fram, men risken hade då varit att den djupa förståelsen av fenomenet uteblivit. Förhoppningen, och en av anledningarna till att metoden valdes, var att den också skulle kunna ge praktiska implikationer för en evidensbaserad omvårdnad.

Studierna som användes i examensarbetets resultatdel granskades enligt en mall utformad av Willman et al. (2011), se bilaga I. Denna mall ansågs av examensarbetets författare ha vissa brister då flera punkter i denna mall var öppna för olika tolkningar. Dock användes denna mall som riktlinje, och där tveksamheter förelåg tolkades mallen utifrån den kunskap om vetenskapliga principer som förvärvats. Tio studier klarade kravet för grad I och en klarade endast grad II. Studien av Emilsdóttir och Gústafsdóttir (2011) fick endast grad II i kvalitetsbedömningen då urvalet ej var strategiskt, det rädde ej analysmättnad samt att resultatet ej redovisades i förhållande till teoretisk referensram. Examensarbetets författare ansåg trots detta att studien skulle inkluderas i examensarbetet då den innehöll rik och trovärdig information som berörde examensarbetets syfte.

Trovärdighet i studien

Lundman och Hällgren Granheim (2012) menar att trovärdigheten av en studie som gjorts enligt den kvalitativa traditionen bestäms av dess giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och på vilket sett författarna varit delaktiga i resultatet.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver begreppet överförbarhet och menar att det beskriver i vilken grad ett resultat kan tillämpas i andra situationer eller grupper än den som undersökts. En studie som använts i detta examensarbete är från Taiwan och en är från Iran. Dessa två länder har en kultur som i vissa delar är olik den västerländska. Sverige är ett idag ett mångkulturellt land och examensarbetets författare ansåg därför att dessa artiklar kunde inkluderas. Dessutom blir studiens resultat rikare om fler aspekter av hur sjuksköterskor ser på hur de kan stödja närstående kan framkomma, oavsett kulturell referensram. Vidare gjordes fem av studierna på en intensivvårdsavdelning, där arbetet och miljön ser annorlunda ut än på en vanlig avdelning. Där kan det vara så lite som en patient per sjuksköterska, som också har större möjligheter att genomföra avancerade åtgärder än vad som är möjligt i en hemmiljö eller på en vanlig avdelning. Platsen där sjuksköterskan möter de närstående varierar alltså något i artiklarna, med övervikt mot sjukhus, men kontexten är ändå samma; hur sjuksköterskan kan stödja närstående till patienter som vårdas palliativt. Att platsen varierar kan enligt författarna till innevarande studie leda till att samma fenomen ses från delvis olika perspektiv, och vara berikande för studien. Examensarbetets författare anser därmed att examenarbetets överförbarhet mellan hemmiljö, boendemiljö, hospice eller sjukhusmiljö i huvudsak är möjlig.

Lundman och Hällgren Granheim (2012) skriver att giltigheten av en studie påverkas av hur stort antalet objekt det är som ingår i studien, samt hur stor variation eller likhet det är mellan dessa. Om fler antal artiklar kunnat inkluderas skulle studien möjligen fått ett ännu rikare resultat, men då den systematiska sökningen ej gav fler artiklar, och det ändå framkommit en variation på hur sjuksköterskor ser på hur de kan stödja de närstående, menar innevarande studies författare att giltigheten stärkts. Vidare menar examensarbetets författare att även om kontexten varierar mellan sjukhus, hemmiljö, boende eller hospice, har de närstående liknade utsatthet och behov av stöd, även om en individuell bedömning alltid måste göras.

Tillförlitligheten påverkas enligt Lundman och Hällgren Granheim (2012) av hur noggrant förankrade de olika ställningstaganden är som gjorts under processens gång, och därför behöver analysprocessen tydligt beskrivas. Analysen är beskriven i detalj under avsnittet metod i denna studie. Examensarbetets författare har tillsammans kontinuerligt bearbetat och diskuterat examensarbetets innehåll relaterat till syftet, för att på så sätt öka examenarbetets tillförlitlighet. I metoden att bidra till evidensbaserade omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning, menar Friberg (2012) att tolkningen av artikeltexten ska vara minimal, vilket också har varit rättesnöret i arbetet med analysen av artiklarna. Lundman och Hällgren Granheim (2012) menar generellt om kvalitativ innehållsanalys att helheten kan förloras om en text tolkas alltför textnära, och en viss nivå av tolkning krävs för att det skall bli ett förståeligt och användbart resultat (a.a.). För att de teman som framkommit i innevarande studie skall kunna ses som giltiga har detta tolkningssätt varit en viktig delkomponent. När det gäller delaktighet beskriver Lundman och Hällgren Granheim (2012) det som den grad till vilken författarna påverkar objektet för undersökningen, och hur neutralt de förhåller sig till denna. Ovanstående tolkningssätt har också varit vägledande för att minimera påverkan och bibehålla den ursprungliga meningen genom hela analysprocessen.

Polit och Beck (2012) menar att forskaren ska följa forskningsetiska principer genom att inte förfälska, förvränga eller plagiera forskningsresultat. Vidare beskriver de att författarna ska vara objektiva för att inte påverka forskningens resultat. Författarna till detta examensarbete har varit noggranna med att inte kopiera, förfälska, eller vinkla det resultat som framkommit, utan har under tematiseringsprocessen, vid oklarheter, gått tillbaka till de ursprungliga artiklarna för att vinnlägga sig om att sådant ej förekommer. All data som använts i detta examensarbete har noggrant refererats. Alla studier som ingått i examensarbetet har någon form av etiska överväganden, och där det behövdes fanns godkännande av etisk kommitté. Ett godkännande av etisk kommitté innebär enligt Polit och Beck (2012) en försäkring av att studien genomförts på ett etiskt korrekt sätt utifrån Helsingforsdeklarationen.

Artiklarna analyserades utifrån kvalitativ analys enligt Friberg (2012). Denna beskrivs som att en rörelse sker från varje artikels helhet, till dess delar för att till sist skapa en ny helhet. Processen att söka gruppera de meningsbärande enheterna i teman har skett i samförstånd, med utgångspunkt i de gemensamma drag som framkommit i den text som analyserats, för att undvika att förutfattade tankar av examensarbetets författare om studiens resultat skulle styra detta. Temana har på detta sätt i möjligaste mån förankrats i de ursprungliga artiklarna för att stärka tillförlitligheten. Resultatet ses enligt Lundman och Hällgren Granheim (2012) som giltigt om de teman som framkommer i resultatet kan uppfattas representera och återge den huvudsakliga meningen i den ursprungliga källan. Det arbetssätt i analysen som beskrivits ovan är använt för att bidra till att temana skall uppfattas som giltiga. Vidare har resultatet av analysen redovisats i likheter och i viss mån skillnader där de förekommit, och den text som är skriven i resultatdelen är i hög grad baserad på de meningsbärande enheter som framkommit, även om citat inte använts.

Resultatdiskussion

Examensarbetets syfte var att undersöka sjuksköterskors syn på hur de kan stödja närstående till palliativa patienter. Elva studier granskades och deras resultat sammanställdes till fyra olika teman; Möjliggöra närvaro, Göra närstående delaktiga, Ge omsorg och Möta informationsbehov. Det nämns ingenstans i de studier som ligger till grund för examensarbetets analys att sjuksköterskorna haft Travelbees (1971) omvårdnadsteori i åtanke när de beskrivit hur de stödjer närstående till patienter som vårdas palliativt. Ges möjlighet att ändå se att sjuksköterskorna försökt ta sig förbi en stereotyp, opersonlig bild av vad en närstående är? Försöker de bygga en relation där de ser den andre som en verklig, unik människa? Förutsättningarna för detta borde rimligtvis påverkas av i vilken grad sjuksköterskan träffar de närstående. I vår analys visar sig detta på olika sätt. Förutom att sjuksköterskorna i flera fall uppmuntrat de närstående att överhuvudtaget komma till det sjukhus där patienten vårdades, framkom det om och om igen att sjuksköterskor ville göra sig tillgängliga för de närstående. Här finns alltså potential för att den tid som sjuksköterskan avsätter för de närstående skall kunna leda till en relation.

Att möta de närstående utifrån deras individuella förutsättningar är annars inte det mest centrala när sjuksköterskorna beskriver hur de stödjer de närstående, vilket i och för sig inte innebär att det inte finns i relationen. Däremot visar analysen att sjuksköterskan har som mål att bygga upp ett förtroende för att få fram en stark relation mellan närstående och sjuksköterska, vilket ändå måste ses som ett tecken på att sjuksköterskan i Travelbees anda (1971) vill ta den unika närstående på allvar. I analysen framkommer det att sjuksköterskor vill ge ett stöd som är individuellt anpassat, samt att de gör en individuell bedömning av informationsbehov. Vidare lyfts vikten av att respektera patientens och de närståendes kulturella och religiösa värderingar fram, samt att de närståendes önskemål om hur

omvårdnaden av patienten utförs ska respekteras. Att uppfylla dessa önskemål går i samklang med vad World Health Organisation (2002) och Cancercentrum (2006) beskriver att vårdpersonal ska sträva efter; att uppfylla både patienters och närståendes behov. Att uppfylla de närståendes behov på olika sätt i den situation som råder är centralt i hela resultatet i innevarande studie, där flera teman hade beröringspunkter med varandra. Att informera kan ses som att ge omsorg, om sjuksköterskor inte informerade var det svårt att möjliggöra närvaro, om sjuksköterskor inte möjliggjorde närvaro kunde de inte ge omsorg och så vidare.

Centralt i Travelbees teori (1971) är att sjuksköterskan skall lindra den börda som individen bär på, och möta dennes omvårdnadsbehov för att bygga upp ett förtroende. Den här aspekten framkommer på olika sätt i analysen, och framstår som ett centralt inslag när sjuksköterskor berättat vad de gör för att stödja de närstående. Temat att möta informationsbehov berör just ett sådant behov. I denna studies resultat framkommer i likhet med aktuella riktlinjer för palliativ vård (Cancercentrum, 2006) att det är av vikt att de närstående är välinformerade. Information som ges till de närstående bör ges på ett inkännande, respektfullt, individuellt samt empatiskt sätt, vilket även bekräftas av Andershed (2006). Vidare skulle den vara baserad på tillit och ärlighet; något som också kan ses i tidigare forskning (Andershed, 2006; Bee et al., 2008; Eyre 2010) samt i nyare forskning (Pusa, Hägglund, Nilsson och Sundin, 2014). Med dessa värden som utgångspunkt, finns det utifrån Travelbees (1971) teori grund för att anta att relationen mellan sjuksköterska och närstående uppnår en nivå av sympati; sjuksköterskan har sett ett behov hos de närstående, och agerat därefter för att åtgärda det. Sjuksköterskor försökte vara lyhörda och gav information utifrån vad de uppfattade var en orsak till oro för de närstående. I vissa studier ville sjuksköterskan genom information också förbereda de närstående, för att lindra obehaget av deras upplevelse i mötet med den döende och den komplicerade teknik som fanns runt den döende.

Under temat att ge omsorg till de närstående framkom det att sjuksköterskor ville lindra de närståendes börda genom att ge känslomässigt stöd, uppmuntran och tröst. Vidare ville sjuksköterskor agera för att uppfylla de närståendes önskan i olika aspekter. Det är svårt att föreställa sig att detta skulle ske om inte relationen nått en anda av sympati och närhet. Sjuksköterskan mötte i så fall den närstående empatiskt, där hen för ett ögonblick känt och delat de närståendes börda. Enligt Travelbees (1971) omvårdnadsteori var detta källan till att sjuksköterskan fann en längtan och strävan efter, att på sätt och vis gå längre än sina omedelbara skyldigheter och försöka uppfylla de närståendes önsknings. Här är det troligen inte två stereotypa rollinnehavare som möts, utan en människa som möter en annan människa med genuint intresse för den andre och hennes unikheter. Detta står i skarp kontrast till tidigare forskning av Beckstrand et al. (2009) om hinder för att ge god vård i livets slutskede. Där framkom det att sju av tio orsaker som ansågs hindra god palliativ vård enligt sjuksköterskorna var olika negativa beteenden hos närstående. Arga närstående, och närstående som inte accepterar en dålig prognos, sågs som de främsta hindren. Vidare, om de närstående var oroliga eller alltför optimistiska när det gällde prognosen, motsatte sig för stor användning av smärtlindring på grund av den sövande effekten, att det var många telefonsamtal från olika närstående, samt bråk bland dem ifall aggressiv behandling skulle avslutas (a.a.). Vem bryr sig då om de närstående om inte sjuksköterskan vill göra det? Här förefaller det som att de närstående förblivit ett anonymt ansikte utan närmare relation till sjuksköterskan. Det är slående att på grund av detta, om vi fortsätter att se genom Travelbees (1971) ögon, blir det de närstående som ses som själva hindret, och inte som Kongsuwan et al. (2016) beskriver, tids- och resursbrist.

Temat att göra närstående delaktiga visar att sjuksköterskor har en positiv attityd till detta. Tidigare forskning visar också att närstående många gånger önskat sig vara delaktiga i patientens vård (Andershed, 2006; Eyre, 2010), samt att sjuksköterskor också i annan forskning sett detta som positivt (Beckstrand et al., 2009). Även nyare forskning berättar hur sjuksköterskor involverat närstående i den fysiska vården av patienter (Noome, Beneken Genaam Kolmer, Leeuwen, Dijkstra & Vloet, 2016). Analysen visar att sjuksköterskorna såg denna delaktighet som ett erbjudande, ett förtroende, men också att de först ville ta reda på hur mycket de närstående faktiskt ville vara involverade i vården. Det har dock framkommit i tidigare forskning att närstående ansett att de fått för stort ansvar, vilket skapat negativa konsekvenser för de närståendes hälsa; bland annat stress och ångest (Andershed, 2006). Att vårda sin närstående kan alltså uppfattas både positivt och negativt. Sjuksköterskor måste se den unika individen i sammanhanget om denne har vilja, möjlighet, ork och kunskap för att kunna vara med i vårdandet och sjuksköterskor inte ska ta något för givet, vilket även är i samklang med hur svensk sjuksköterskeförenings (2014) etiska kod beskriver sjuksköterskans bemötande. Travelbees (1971) imperativ att relationen behöver gå förbi stadiet där sjuksköterskan och den närstående ser varandra utifrån anonyma, stereotypa roller, och istället när en nära relation, borde vara en stor tillgång för att dessa fallgruppar minimeras, då relationen gör att de kommunicerar med varandra i ett förtroende.

Det går att fortsätta att räkna upp omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor gör för att lätta de närståendes börda, men det är inte dessa åtgärder i sig som Travelbee (1971) menar leder till slutmålet. Relationen måste ha utvecklats till en nivå av sympati för att åtgärderna ska kunna hjälpa relationen vidare att nå målet av den nära relationen. Relationen når inte alltid ända fram till den sista fasen, menar Travelbee, utan kan bromsas upp på vägen av olika orsaker. När det gäller de artiklar som analyserats har tiden ofta varit en begränsande faktor för sjuksköterskorna, eftersom patienten i de flesta fall kommit till ett sjukhus där de snart avled efter relativt kort tid av palliativ vård. Detta kan jämföras med att sjuksköterskorna på ett boende redan vid inflyttningen kunde börja arbeta för att bygga förtroende och tillit till de närstående, vilket underlättade kommunikationen, och ansågs vara mycket viktigt när döden närmade sig.

Slutsatser

Denna studie har gett en ökad förståelse av hur sjuksköterskor ser på hur de kan stödja närstående till patienter som vårdas palliativt. Sjuksköterskor möjliggör närståendes närvaro, gör dem delaktiga, ger omsorg till närstående och möter deras informationsbehov. Hur sjuksköterskorna rent praktisk utför dessa åtgärder är i många fall anpassat utifrån den unika individen och yttrar sig därför ofta på olika sätt beroende på vilka behov som finns. I vissa fall tillfrågas dock inte de närstående utan sjuksköterskan har färdiga föreställningar om hur saker bör vara. Det verkar också ibland vara ett problem att vården och miljön kring den döende inte alltid är anpassad för de närstående. Detta gör att stödet sjuksköterskor ger dem kan bli ett arbete i uppförsbacke, och en kamp för att kunna göra detta på ett bra sätt. Sjuksköterskor strävar efter att ha en relation till de närstående, för att därigenom bygga ett förtroende.

För att de närstående skall kunna få bra stöd krävs det ett engagemang av sjuksköterskan. Detta tar tid i anspråk. På ett liknande sätt som patienten har ett omvårdnadsbehov, har även de närstående detta. Därför behöver sjuksköterskan använda hela sitt professionella omvårdnadskunnande för detta ändamål. De närstående behöver bemötas utifrån individuella

behov, förutsättningar och den aktuella kontexten. Sjuksköterskan behöver målmedvetet identifiera de närståendes unika omvårdnadsbehov för att därefter tillgodose dem.

Praktiska implikationer

Det har visat sig att sjuksköterskor haft bristande kunskap i hur de kan stödja närstående till patienter i behov av palliativ vård, vilket då har lett till att stödet blivit bristfälligt. Resurser i form av utbildning i hur dessa närstående kan stödjas, och tid till att stödja dem, behöver prioriteras på chefsnivå.

Stödet till närstående är viktigt, och det är när sjuksköterska och närstående möter varandra som värdefulla, unika individer, och inte utifrån de roller de har, som den stödjande relationen kan ta fart. I denna relation kan sjuksköterskan möjliggöra för de närstående att närma sig den döende. De närstående kan få vara delaktiga i omvårdnaden, och eftersom ett förtroende byggts upp mellan de närstående och sjuksköterskan sker det med god kommunikation så att de närstående inte får mer att göra än vad de vill och klarar. Den goda relationen hjälper också sjuksköterskan att ta reda på vilka informationsbehov som finns. När de närstående får sina omsorgsbehov mötta stärks förtroendet och relationen till sjuksköterskan, och de närståendes egna resurser kan i någon mån frigöras till att finnas nära den döende i livets slutskede. När sjuksköterskan får möjlighet att ge stöd till de närstående på detta sätt blir även vårdmiljön mer harmonisk, och med tanke på att döden är något som förenar oss alla, påverkas även samhället i stort gynnsamt.

Examensarbetet har bidragit till förståelse för hur sjuksköterskan på olika sätt, och i olika kontexter, kan stödja närstående till palliativa patienter. Även om vissa åtgärder enbart kan utföras på intensivvårdsavdelningar, så kan kunskap om hur stöd kan utformas, och ett bra förhållningssätt från sjuksköterskan underlätta stödet till närstående oavsett vårdkontext.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Examensarbetet har fokuserat på hur sjuksköterskor ser på hur de kan stödja närstående till palliativa patienter. Förslag till vidare forskning kan vara hur närstående ser på de insatser sjuksköterskan gör för att stödja dem. Vidare kan statistik tas fram över hur vanligt förekommande olika åtgärder är, eller hur sjuksköterskor upplever att stöd till närstående är ett område som ges resurser i form av till exempel tid, utbildning och anpassade lokaler. Det skulle även vara intressant att göra vidare studier av hur sjuksköterskor arbetar med stödet till närstående på sjukhus jämfört med hemsjukvård, för att se om de olika kontexterna skiljer sig samt hur de kan dra nytta av varandras kunskaper. Som blivande sjuksköterskor ser författarna till innevarande studie ett behov av djupare kunskap i vad palliativ vård innebär.

Referenser

Andershed, B. (2006). Relatives in end-of-life care – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999–February 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1158-1169. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01473.x

*Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2013). Self-described nursing roles experiences during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), 211-218. Doi:10.1016/j.iccn.2013.12.002

*Barrere, C., & Durkin, A. (2014). Finding the right words: The experience of new nurses after ELNEC education integration into a BSN curriculum. *MEDSURG Nursing*, 23(1), 35-53.

Beckstrand, R., Moore, J., Callister, L., & Bond, A. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 446-453. doi:10.1188/09.ONF.446-453

Bee, P., Barnes, P., & Luker, K. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(10), 1379-1393. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02405.x

Cancercentrum. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede – Nationellt vårdprogram*. Tillgängligt från http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

*Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3188-3196. doi:10.1111/jocn.12565

*Emilsdóttir, A. L., & Gústafsdóttir, M. (2011). End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(8), 405-411.

Eyre, S. (2010). Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. *Nursing standard*, 24(22) 43-48. doi.10.7748/ns2010.02.24.22.43.c7518

Friberg, F. (2012). *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. I F. Friberg (Red.). Dags för uppsats. (s105-114). Lund: Studentlitteratur.

*Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(5), 233-241. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.007

Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll – anpassning och balans. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 366-372). Författarna och Liber.

*Heidari, M. R., & Norouzadeh, R. (2014). Supporting families of dying patients in the intensive care units. *Holistic Nursing Practice*, 28(5), 316-322. doi:10.1097/HNP.0000000000000045

*Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. (2009). Swedish nurses' experiences of caring for dying people: A holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(4), 243-252. Doi:10.1097/HNP.0b013e3181aecf12

Kongsuwan, W., Nilmanat, K., Matchim, Y., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review*, 63(1), 132-138. doi:10.1111/inr.12234

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur

Noome, M., Beneken Genaamd Kolmer, D. M., Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. M. (2016). The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 645-661. Doi: 10.1111/scs.12315

Pilhammar, E. (2012). Etnografi. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 57-73). Lund: Studentlitteratur

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health & Lippincott Williams & Wilkins

Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M., & Sundin, K. (2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 93-100. doi:10.1111/scs.12134

*Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2012). End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care*, 25(1), 4-12. doi:10.1016/j.aucc.2011.04.004

*Reinke, L., Shannon, S., Engelberg, R., Young, J., Curtis, J. (2010). Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life limiting prognoses. *Journal of Pain & Symptom Management*, 39(6), 982-992. Doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315

*Rejnö, Å., Danielson, E., & von Post, I. (2013). The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 123-130. Doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01011.x

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

Socialdepartementet. (2001). *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Tillgänglig från <http://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

- Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om dödsorsaker*. Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20289/2016-8-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013a). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013b). *Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10§ socialtjänstlagen*. Tillgänglig från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20286/2016-7-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2004). *Termbanken - närstående*. Hämtad 2017-03-22. Från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=272>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Tillgänglig från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Travelbee, J. (1971). *Aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- U.S. National library of medicine. (2016). *FAQ: PubMed*. Hämtad 2017-06-05, från <https://www.nlm.nih.gov/services/pubmed.html>
- Walker, W. (2008). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 348-362. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04535.x
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (2002). *WHO definition of palliative care*. Hämtad 2017-05-15, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- *Wu, H., & Volker, D. (2009). Living with death and dying: the experience of Taiwanese hospice nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 578-584. doi:10.1188/09.ONF.578-584
- Östlundh, L. (2012). *Informationssökning*. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I: Sökningar

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Cinahl 170329						
#1	(MH support, psychosocial) OR nurs* support	41.679				
#2	(MH family) OR (MH professional -family relations) OR (MH family nursing)	34.431				
#3	AB Nurs*	190.725				
#4	(MH hospice and palliative nursing) OR (MH palliative care) OR (MH terminal care) OR (MH hospice care)	37.792				
#5	#1AND #2 AND #3 AND #4	174				
#6 Begränsningar Peer-reviewed, engelska, publicerat från år 2007 till 2017	#1AND #2 AND #3 AND #4	87	87	67	41	7

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Pubmed 170331						
#1	support	782.999				
#2	Nurs*	397.092				
#3	Title/AB family OR relative* OR "next of kin" OR spouse	1.788.735				
#4	palliative	50.176				
#5	#1AND #2 AND #3 AND #4	419				
#6 Begränsningar: Engelska, 10 years	#1AND #2 AND #3 AND #4	250	250	73	36	1

Databas/datum Cinahl 170410	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH hospice and palliative nursing) OR (MH palliative care) OR (MH terminal care) OR (MH hospice care)	37.842				
#2	AB experience* OR AB perceptioin*	182.052				
#3	AB “next of kin” OR relative*	79.662				
#4	AB nurs*	190.761				
#5	#1AND #2 AND #3 AND #4	131				
#6 Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, publicerat från år 2007 till 2017	#1AND #2 AND #3 AND #4	60	60	30	14	2

Databas/datum Cinahl 170420	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	AB “nursing home”	6.784				
#2	AB “registered nurse”	6.119				
#3	AB “palliative care”	8.319				
#4	#1AND #2 AND #3	5				
#5 Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, publicerat från år 2007 till 2017	#1AND #2 AND #3	3	3	1	1	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Informant karaktäristika			
Antal ...			
Ålder ...			
Man/kvinna ...			
Är kontexten presenterad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Finns etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Urval			
- Relevant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Strategiskt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
-datainsamling tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- analys tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Giltighet			
- Är resultatet logiskt och begripligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
- Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Kommunicerbarhet			
-Är resultatet klart och tydligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
-Redovisas resultatet i förhållande till	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
-Teoretisk referensram?			
-Genereras teori?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Översikt av analyserad litteratur

Titel, Författare, Årtal, Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. 2013 USA	Syftet med denna studie var att förstå intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av vilken roll de spelade och vad deras uppgifter var i vårdandet av patient och närstående när vården går från kurativ till palliativ.	Empirisk, fenomenologisk, kvalitativ studie. Intervjuerna var semistrukturerade. Analys gjordes genom kvalitativ innehållsanalys.	19 IVA-sjuksköterskor.	Resultatet i denna studie är uppdelat i flera teman: Utbilda familjen, vara patientens advokat, uppmuntra familjen att närvara, behandla symtom, försvara familjen och skapa bra minnen, stötta familjen & övervaka och lära ut.	Grad I
Finding the right words: The experience of new nurses after ELNEC education integration into a BSN curriculum. Barrere, C., & Durkin, A. 2014 USA	Att utforska upplevelser från nyligen utexaminerade sjuksköterskor som vårdat döende patienter inom sitt första år som sjuksköterska.	Empirisk, fenomenologisk, kvalitativ studie. Intervjuerna var semistrukturerade.	12 sjuksköterskor som jobbat cirka ett år.	Resultatet är uppdelat i fyra teman: Att möjliggöra en "god död", Uppleva inre belöningar, lära sig genom erfarenhet och behålla en balans.	Grad I
Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life-care after treatment withdrawal: a qualitative study. Efstathiou, N., & Walker, W.	Syftet med studien var att utforska IVA-sjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede av vuxna patienter och närstående efter beslut tagits om att ej fortsätta behandling.	Empirisk, kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer användes i datainsamlingen. Analysen gjordes med en tolkande fenomenologisk ansats.	13 IVA-sjuksköterskor.	Resultatet presenterades i fyra huvudteman: Att vårda den döende och dennes familj, möjliggöra och uppmuntra till närvaro, återkoppla till patient och familj samt Hantera känslor och övertygelse, varav de två sistnämnda hade	Grad I

Titel, Författare, Årtal, Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
2014 England				tillsammans fem subteman (Minimera den tekniska miljö, minska avståndet mellan patient och familj, öka enskildhet och närhet, osäkerhet i relationer och vad är rätt sak att göra).	
End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. Emilsdóttir, A. L., & Gústafsdóttir, M. 2011 Island	Syftet med denna studie var att undersöka vården för döende äldre patienter i ett isländskt äldreboende.	Empirisk kvalitativ studie. Databasinsamlingen fokuserade på semistrukturerade intervjuer med legitimerade sjuksköterskor samt att de observerade sjuksköterskorna i fyra månader. Analysen gjordes med en tolkande fenomenologisk ansats.	11 sjuksköterskor.	Studiens resultat delades upp i två teman: Palliativ vård var den viktigaste delen i vård av döende äldre, samt sjuksköterskor var grundpelarna i den palliativa vården av döende äldre personer i ett särskilt boende.	Grad II
Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. 2009	Syftet med denna studie var att utforska sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att vårda döende patienter på en intensivvårdsavdelning med fokus på patienter som saknar närstående, patienter som har närstående samt miljöaspekter.	Empirisk kvalitativ studie. Databasinsamling skedde genom öppna intervjuer. Analysen gjordes med kvalitativ innehållsanalys	9 IVA-sjuksköterskor	Studiens resultat delades upp i fyra kategorier: Bevara patientens värdighet och välmående, vårda patienten som inte har närstående, vårda familjen och hinder i miljön som hindrar en från att göra sitt yttersta.	Grad I

Titel, Författare, Årtal, Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Sverige					
Supporting families of dying patients in the intensive care units. Heidari, M. R., & Norouzadeh, R. 2014 Iran	Syftet var att utforska iranska sjuksköterskors erfarenheter av att stötta familjer till patienter som vårdas i livets slutskede.	Empirisk kvalitativ studie utifrån grounded theory. Semistrukturerade intervjuer användes.	23 IVA-sjuksköterskor	Hela studiens resultat låg under huvudtemat att stötta familjen, följt av fem subteman: Dö med värdighet, främja besöksmöjligheter, värdeorientering, förberedelse och ångest.	Grad I
Swedish nurses' experiences of caring for dying people. Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. 2009 Sverige	Syftet med denna studie var att belysa betydelsen av sjuksköterskors erfarenheter av att ta hand om döende personer hemma och på en avdelning.	Empirisk kvalitativ studie. Individuella ostrukturerade djupgående intervjuer med öppna frågor. Analysen gjordes med en fenomenologisk hermeneutik inspirerad av Ricoeur.	8 sjuksköterskor; fyra jobbade på sjukhus och fyra i antingen hemsjukvård eller på ett särskilt boende.	Resultatet är uppdelat i tre teman: Möta patienten och dennes familj som unika individer, att lära sig i en utmanande miljö och bygga upp en inre styrka.	Grad I
End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. 2010 Australien	Syftet med denna studie var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda någon i livets slutskede.	Empirisk kvalitativ studie. Datainsamlingen gjordes med semistrukturerade intervjuer och analyserades med induktiv innehållsanalys.	5 IVA-sjuksköterskor	Studiens resultat delades in i tre huvudteman: Uppfattningar om vård i livets slutskede (VILS), VILS på en intensivvårdsavdelning och att möjliggöra VILS.	Grad I

Titel, Författare, Årtal, Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Supporting hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses.</p> <p>Reinke, L., Shannon, S., Engelberg, R., Young, J., Curtis, J.</p> <p>2010 USA</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors perspektiv av att möta patienters behov av hopp och information relaterat till sjukdomen.</p> <p>Erbjuda insikter för insatser som syftar till att förbättra kommunikationen om vård för patienter och deras familjer</p>	<p>Empirisk kvalitativ studie. Kvalitativa djupgående semistrukturerade intervjuer. Grounded theory användes i viss mån.</p>	<p>22 sjuksköterskor.</p>	<p>I studien kom de fram till två huvudteman: hopp och information, samt fem subteman: Fastställa individens syn på hopp, fokusera på livskvalitet, bygga förtroliga relationer med patienter, bedöma vad patienten vet om sjukdom/prognos och "följ patientens ledning" för att bedöma informationsbehov</p>	<p>Grad I</p>
<p>The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses.</p> <p>Rejnö, Å., Danielson, E., & von Post, I.</p> <p>2012 Sverige</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av patienters död och döende när patienten drabbats av en akut stroke och vars liv ej går att rädda.</p>	<p>Empirisk kvalitativ studie. Intervjuerna som genomfördes var öppna. Analysen gjordes med en hermeneutisk tolkning enligt Gadamer.</p>	<p>10 sjuksköterskor som jobbar på strokeavdelning med specialisering inom strokevård.</p>	<p>Resultaten visar sjuksköterskors erfarenheter kring fenomenet när patienter är döende och dör till följd av en akut stroke.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Living with death and dying: The experience of Taiwanese hospice nurses.</p> <p>Wu, H., & Volker, D..</p> <p>2009 Taiwan</p>	<p>Syftet med denna studie var att utforska och beskriva erfarenheter och upplevelser av taiwanesiska sjuksköterskor som vårdar döende patienter i ett hospice.</p>	<p>Empirisk kvalitativ studie. Datainsamlingen utgjordes av semistrukturerade intervjuer. Analysen av intervjuerna gjordes med en hermeneutisk tolkning.</p>	<p>14 sjuksköterskor på hospice.</p>	<p>I resultatet står det om holistisk och meningsfull vård genom nära förhållanden mellan sjuksköterska, patient och närstående.</p>	<p>Grad I</p>

Högskolan Väst
Institution för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 20 99
www.hv.se