



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för Hälsovetenskap

# Patienten och närståendes upplevelser hur specialistsjuksköterskor skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet

-En metasyntes

Ann-Karolin Sohl och Zebiniso Imamova

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå**  
**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning avancerad vård i hemmet**  
**Institutionen för Hälsovetenskap**  
**Vårterminen 2022**

Patienten och närståendes upplevelser hur specialistsjuksköterskors skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet - En metasyntes

Patient's and relatives' experiences of how specialist nurses create security in connection with palliative care at home - A meta synthesis

Författare: Ann-Karolin Sohl och Zebiniso Imamova

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng

Handledare: Gudrun Rudolfsson

Antal sidor: 20

Månad och år: Maj 2022

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Allt fler patienter som får palliativ vård vill stanna kvar och avsluta sina sista dagar i sitt hem, vilket även deras närstående önskar, under förutsättning att kvaliteten i vården tillgodoses. Närstående har en viktig roll när det gäller att vårda patienter i ett palliativt skede i hemmet och det är viktigt att involvera dem i vården. Att vårda en patient i palliativ vård är komplext och specialistsjuksköterskan måste vara lyhörd för patientens och närståendes behov. Specialistsjuksköterskor behöver ha kunskap om hur trygghet i hemmet kan tillgodoses samt hur en trygg atmosfär i hemmet kan skapas för patienten och närstående vid palliativ vård.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att identifiera och syntetisera patienten och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskor skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet.

**Metod:** En kvalitativ studie med en metasyntes ansats.

**Resultat:** Resultatet innehåller 3 teman och 7 underteman och visade att specialistsjuksköterskors tillgänglighet, vara närvarande i mötet och kontinuitet bidrar till en känsla av inre trygghet för patienter och deras närstående. För att skapa en yttre trygghetskänsla för patient och närstående var miljön en trygghetsskapande faktor. Att låta patient och närstående vara delaktiga i vården och att minska den sociala isoleringen framkom som viktiga aspekter. Relationstrygghet innebar för patienter och närstående att någon tar sig tid och lyssnar på dem och att de får kunskap och information, vilket skapar goda förutsättningar för att få känslan av stöd och trygghet.

**Slutsats:** Många patienter och närstående uppgav att de kände sig trygga med att vårdas palliativt i hemmet om de blev informerade om vad det innebar att vårdas i hemmet. När patienten kände sig sedd av specialistsjuksköterskan som tog sig tid för patienten och dennes närstående gav det en känsla av säkerhet och trygghet.

**Nyckelord:** Avancerad hemsjukvård, närståendes erfarenhet, palliativ vård, specialistsjuksköterskor, trygghet, stöd

## **Abstract**

**Background:** More and more patients who receive palliative care want to spend their final days in their home, which is something their relatives also want. Relatives have an important role when it comes to caring for patients in palliative care at home. It is important to involve relatives in patients' care. To nurture patients in palliative care is complex and the specialist nurse must be sensitive to the needs of the patient and their relatives. Specialist nurses need to have knowledge of how to provide safety at home and how to create a safe atmosphere at home for relatives and the patient in palliative care.

**Aim:** The purpose of this study was to identify and synthesize the patient and relatives' experiences of how specialist nurses create security in connection with palliative care at home.

**Method:** A qualitative study with a meta synthesis approach.

**Results:** The results contain 3 themes and 7 sub-themes and showed that specialist nurses' availability, presence in the meeting and continuity contribute to a feeling of inner security. To create an external sense of security, the environment was a security-creating factor, allowing patients and relatives to be involved in care and reducing social isolation are important aspects. To create relationship security, patients and relatives experienced that someone who takes the time to listen and gain knowledge and information creates good conditions for instilling a sense of security.

**Conclusion:** Many patients and relatives stated that they felt safe being cared for palliatively at home if they were informed about what it meant to be cared for at home. When the patient feels seen by the specialist nurse and specialist nurses take time for the patient and their relatives it gives the patient a sense of security.

**Keywords:** Advanced home care, end of life care, palliative care, relative's experience, specialist nurse, support, trust

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Patientens och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskor skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet.

**Inledning:** Allt fler patienter som får palliativ vård vill stanna kvar och avsluta sina sista dagar i sitt hem vilket även deras närstående önskar. Denna studie vill ta reda på hur patienter och närstående upplever hur det är att få palliativ vård i hemmet.

**Bakgrund:** Att vårda en patient vid livets slut är komplext och specialistsjuksköterskan måste vara lyhörd för patientens och närståendes behov. Specialistsjuksköterskor behöver ha kunskap om hur trygghet i hemmet kan skapas. Då trygghet och otrygghet är känslor, kan specialistsjuksköterskan endast skapa förutsättningarna för hur närstående och patienten ska känna trygghet vid palliativ vård i hemmet.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att identifiera och syntetisera patienten och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskors skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet.

**Metod:** En kvalitativ studie med en metasyntes ansats.

**Resultat:** I studien framkom det att närstående spelar en viktig roll vid palliativ vård i hemmet. Specialistsjuksköterskor måste vara lyhörda och ge stöd både till patienten och närstående och det skapar goda förutsättningar och ger en trygghetskänsla vid palliativ vård i hemmet.

**Slutsats:** Resultatet visar patienter och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskan kan skapa trygghet i hemmet vid palliativ vård. Närstående upplever att vårda någon i hemmet är fysiskt och psykiskt påfrestande och det kräver att specialistsjuksköterskan är lyhörd och finns där som ett stöd och det i sin tur skapar en trygg atmosfär i hemmet. Författarna anser att det är viktigt att finnas där som ett stöd och se patienten bakom sjukdomen. Att lyssna på deras närstående och ta sig tid ökar deras känsla av samhörighet och trygghet.

### Förslag på klinisk tillämpning

För att skapa trygghet behöver specialistsjuksköterskor ha mer kunskap inom palliativ vård samt öka medvetandet om hur viktigt det är att tillgodose känslan av trygghet till patienten och dennes närstående. Resultatet visade att det är viktigt med kontinuitet, att samma specialistsjuksköterska vårdar patienten för att kunna skapa goda relationer och inge ett lugn hos patienten men även hos närstående, då de vet vem som kommer.

## **Tillkännagivande**

Författarna vill rikta ett stort tack till vår handledare Gudrun Rudolfsson från Högskolan Väst som har guidat och handlett oss genom hela vårt arbete.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Palliativ vård i hemmet .....	1
Närstående till en döende patient i hemmet .....	2
Trygghet som begrepp.....	2
Specialistsjuksköterskans funktion vid palliativ vård i hemmet .....	4
Problemformulering .....	4
Syfte .....	4
Metod .....	5
Design.....	5
Litteratursökning och analys .....	5
Förförståelse .....	7
Etiska övervägande .....	7
Resultat.....	7
Den inre tryggheten.....	7
Tillgänglighet och kontinuitet bidrar till inre trygghet.....	7
Finnas där som stöd.....	8
Den yttre trygghet.....	8
Miljö som trygghetsskapande faktor .....	8
Låta patient och närstående vara delaktiga i vården.....	9
Minska den sociala isoleringen .....	9
Relationstrygghet .....	9
Någon som tar sig tid och lyssnar .....	10
Få kunskap och information.....	10
Syntes och abstraktion.....	11
Diskussion .....	11
Resultatdiskussion.....	11
Metoddiskussion.....	13
Slutsats .....	14
Förslag till klinisk tillämpning .....	15
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling .....	15
Referenser.....	16

Bilaga I Sökord CINAHL

Bilaga II Sökord MEDLINE

Bilaga III Artiklar

Bilaga IV Mall för kvalitetsbedömning av studie kvalitativ metod

## **Inledning**

Författarna till denna studie arbetar inom hemsjukvården och träffar många patienter med en obotlig sjukdom och som närmar sig livets slutskede och önskar palliativ vård i hemmet i stället för sjukhusvård. Även om det kan kännas tryggare att vårdas på sjukhus, vill patienterna vara kvar i sin hemmiljö där de kan ha sina närmaste omkring sig. De flesta patienter känner tillit till specialistsjuksköterskor och till hälso- och sjukvården, trots det finns ett missnöje med kvaliteten på vården i hemmet. I vårt framtida yrke som specialistsjuksköterskor med inriktning distriktssköterska är det viktigt att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt att lyssna på patienten och närståendes önskan. Syftet med denna studie är att öka kunskapen för hur specialistsjuksköterskor kan skapa trygghet till patienten och dennes närstående vid palliativ vård i hemmet.

## **Bakgrund**

### **Palliativ vård i hemmet**

Palliativ vård utvecklades på 1990-talet och var från början tänkt för patienter med en cancerdiagnos. Ambitionen har varit att det är patientens behov som avgör hur vården ska utformas och inte vilken livshotande sjukdom som patienten har (Alvariza m.fl., 2020). World Health Organization (WHO) definition av palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som innebär att förebygga och lindra lidande för att förbättra och bibehålla patienten och dennes närståendes livskvalité. Specialistsjuksköterskan ser hela människan och det innefattar psykosociala, andliga och fysiska problem som framkommer i en livshotande sjukdom (WHO, 2002). Palliativa registret (2021) beskriver palliativ vård som ett tvärprofessionellt arbete där olika professioner gör bedömningar av patientens vård- och behandlingsbehov tidigt i sjukdomsförloppet. Fokus är att förebygga smärta och lindra eventuella existentiella problem. Målet är att bibehålla eller förbättra livskvalitén för att patienten tillsammans med sina närstående ska kunna leva den sista tiden på det sätt som patienten önskar. En patient som får vård i livets slutskede har en beräknad livslängd på några timmar upp till 12 månader. Målet med vården är att låta patienten leva så gott som det är möjligt och att dö med värdighet (Thorpe m.fl., 2021). I Sverige finns det ett nationellt vårdprogram för palliativ vård som innehåller information om palliativ vård i livets slutskede, oberoende av diagnos, ålder och andra faktorer, som kan användas som stöd för bland annat specialistsjuksköterskor vid vård av svårt sjuka människor vid livets slutskede (Adlitzer m.fl., 2016). Enligt en systematisk litteraturstudie gjord av Gomes m.fl. (2013) framkom det att de flesta människor önskar att få dö i sina hem om kvaliteten på vården i hemmet kan upprätthållas. Trots det är det fortfarande ett mindre antal människor som dör hemma än på sjukhus (Håkanson m.fl., 2015). Därför är det nödvändig att öka förståelsen om hur vården i hemmet kan vara lika säker och trygg som på sjukhus. Kommunernas hemsjukvård ges till stor del till äldre som lider av kroniska sjukdomar men även till yngre patientgrupper. Vård vid livets slutskede kan ges både inom sjukhusvård som via kommunal hemsjukvård, vilken är kopplad till primärvården (Palliativa registret, 2018).

Saarnio m.fl. (2015) beskriver hemmet som en plats där människan har skapat nya relationer. En plats där flera generationer och vänner kan samlas bland föremål som är betydelsefulla, en plats att känna sig trygg i. Hemmet speglar människans identitet och har en historia och livsberättelse. Varje människa är unik och de omgivande tingena visar vem människan är. Genom att låta patienterna stanna kvar i sitt hem har de möjlighet att få det avslut som de önskar. Därför är det viktigt när specialistsjuksköterskan vårdar patienter att låta ett hem fortfarande vara ett hem och inget sjukhus (Regionalt Cancercentrum, 2021). Ett hem har många dimensioner och för varje människa betyder det olika saker, för några är det familjen, bostaden,

arbetsplatsen eller hushållet. Det är en kombination av materiella och symboliska aspekter. Ett hem har fysiska gränser mellan de offentliga och det privata (Borell & Johansson, 2005).

### **Närstående till en döende patient i hemmet**

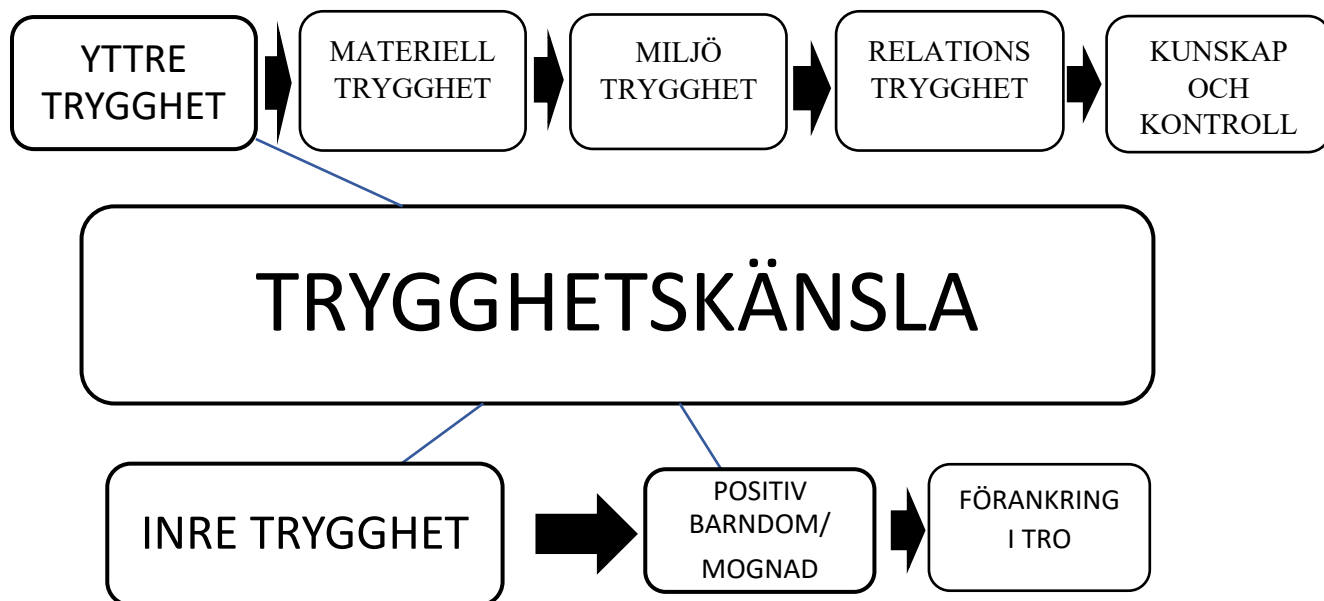
En närstående behöver inte alltid vara en familjemedlem eller en släkting utan kan vara en granne eller god vän. Så länge den personen accepterar att vara en närstående. En närstående har ingen laglig rätt att ställa krav på vården när det gäller patienter som är vuxna. I de fall då patienten inte kan ta emot information som till exempel vid långvariga sjukdomstillstånd eller vid palliativ vård ska närstående vara engagerade (Dahlberg & Segesten, 2010). Mohammed m.fl. (2018) beskriver att närstående får stöd av de olika professioner som är involverade i patientens vård, känner större trygghet att vara delaktig i vårdbesluten. Närstående kan vara en viktig resurs i den palliativa vården i hemmet. Utan medverkan av närstående får vården ta ett större ansvar samt avsätta mer tid och resurser till patienten (Ventura, 2014). För att den sjuka ska känna ett välbefinnande är det viktigt att närstående är stödjande och själv mår bra. Många sjuka människor är rädda för att vara en belastning för den närstående och när de ser hur sjukdomen påverkar omgivningen skapar det en känsla av att vara en börda (Robinson m.fl., 2015). Martin m.fl. (2016) samt McCall och Rice (2005) beskriver att patienter som är svårt sjuka och vårdas i hemmet med hjälp av sina närstående, upplever att de är en fysisk börda. Det påverkar även närståendes dygnsrytm, nattsömn och begränsar deras vardag och de känner sig ensamma i sina beslut. Trots detta har patienterna en önskan om att fortsätta att vårdas i hemmet. Närstående vill följa den sjukas önskan att stanna hemma vid livets slut trots att det kan vara ansträngande (Stajduhar & Davies, 2005). Att vara närstående till en person som är i livets slut kan vara givande men det kan också vara krävande. Det kan vara både psykiskt och fysiskt påfrestande och den närstående får sätta sig själv åt sidan för att finnas till hands för den sjuka. För en närstående som är fokuserad på att hjälpa till är det svårt att se när behovet ändras men det är viktigt att ta emot hjälp för att orka med. Om det håller på en längre tid är det viktigt att stödet som den närstående får, anpassas efter situationen precis som vården anpassas efter den som är sjuk (Palliativa registret, 2018).

### **Trygghet som begrepp**

Känslan av trygghet är olika för alla människor och det kan för en person vara att ha en stabil ekonomi medan för en annan kan trygghet vara en känsla, närmiljö eller relationer (Socialstyrelsen, 2012). År 1982 kom Hälso- och sjukvårdslagen där det tydliggjordes vilka rättigheter patienten hade samt att patientens behov av trygghet och kontinuitet skulle tillgodoses. Vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande (SFS 2017:30).

Trygghet är ett viktigt grundläggande behov inte bara för patienter utan för alla människor. Enligt Andersson (1984) har trygghetsbegreppet tre huvuddimensioner: trygghet som en känsla, trygghet som ett inre tillstånd och trygghet i omvärlden som är relaterad till livet människan lever. Självtrygghetens inre tillstånd kan ha koppling till upplevelser under barndomen, men också byggas upp hos vuxna genom erfarenhet. Självtrygghet innebär att lita på sig själv, kunna erkänna svagheter och veta vad man vill. Självtryggheten har en stark koppling till känslan av att vara i harmoni med sig själv. Tryggheten i omvärlden innehåller fyra dimensioner såsom materiell trygghet, miljötrygghet, relationstrygghet och kontrolltrygghet som handlar om att kunna hantera och kontrollera den tillvaron människor lever i. Känslan av trygghet kan betyda olika saker för olika människor och den känslan är alltid relativ (Andersson, 1984) (Figur 1).





Figur 1. Bild av olika trygghetsdimensioner och deras samband (Andersson, 1984, s.14).

Enligt Strömberg (1998) har ordet trygghet synonymer såsom säkerhet, skydd, stöd, lugn, garanti, ro och försörjning, oräddhet samt självtillit. För att få en känsla av trygghet behöver människan ha glädje, lugn, harmoni, tillit, balans, ro och själsfrid. Däremot väcker oro, rädsla, osäkerhet, obalans och frustration känslan av otrygghet. Människor kan få ont i magen när de är otrygga och få känslor av att sakna plats i tillvaron (Segesten, 2020). Känslan av trygghet och otrygghet kan påverka patienten därför är det viktigt att tänka på patientens situation. Enligt en studie av Söderberg m.fl. (2015) är upplevelsen av trygghet komplex och beror på flera faktorer som kan vara inom och utanför vårdsituationen. Trygghet eller otrygghet ses som ett fenomen och är en upplevelse av den enskilde individen. Människor skapar själva känslan av trygghet genom tolkning av den inre och yttre verkligheten. Känslan av trygghet motsvaras inte av en händelse utan av människors uppfattning av det.

Eftersom trygghet och otrygghet är en känsla kan specialistsjuksköterskan inte ge trygghet till patienten, men specialistsjuksköterskan kan skapa förutsättningar för att en patient eller närstående ska kunna uppleva trygghet. För att skapa trygghet och undvika känsla av otrygghet är det viktigt att specialistsjuksköterskor har tid att lyssna på patienter och att vården har fokus på patientens perspektiv. När en person känner trygghet ger det mer energi i kroppen och mer energi för att orka med vardagen. För att känna trygghet är det viktigt att känna kontroll över situationen och få känslan av att vara förstådd. När individens goda livskvalitet hotas på grund av allvarlig sjukdom kan otrygghet uppstå. Då vill människan i de flesta fall återskapa tryggheten med olika strategier (Segesten, 2020).

Det är i mötet med patienten som specialistsköterskor kan skapa förutsättningar i vårdsituationer och skapa trygghet. Travelbees skapade redan 1961 en relationsmodell för omvårdnad som heter människa-till-människa. Den handlar i huvudsak om mening, omvårdnad, lidande, hopp och kommunikation. Lidandet går från en känsla av oro till den värsta tänkbara smärta. En smärta som varierar i intensitet, varaktighet och djup. Omvårdnaden handlar om att hjälpa patienten hitta en mening i upplevelsen av lidandet samt hjälpa patienten att fortsätta upprätthålla hoppet. Omvårdnaden bör uppnås genom det ursprungliga mötet och det skapar

mänskliga relationer mellan patienten och specialistsjuksköterskor och på sikt leder till en utveckling av sympati och empati. Relationen mellan specialistsjuksköterskor och patienten är avgörande för framgångsrik patientvård, relationen upprättas genom en interaktionsprocess. Genom att ha en interpersonell koppling kan specialistsköterskor hjälpa patienten och dennes närstående att hantera sjukdomen men även lindra lidande genom att hitta olika strategier som gör att de känner sig trygga trots sjukdom. Travelbees omvårdnadsteori fokuserar på att se varje människa som oersättlig och unik (Shelton, 2016).

### **Specialistsjuksköterskans funktion vid palliativ vård i hemmet**

Danielsen m.fl. (2018) beskriver palliativ vård som bedrivs i hemmet redan från start ska planeras i samråd med patienten, närstående, specialistsjuksköterskor samt andra professioner som är involverade runt patienten. Möjligheten att få tag på specialistsjuksköterskor när behovet kräver det gör att närstående känner sig tryggare och känner sig säkrare att patienten vårdas hemma och det skapar goda relationer mellan alla involverade. Enligt kompetensbeskrivning för distriktssköterska (2019) ska specialistsjuksköterskor tillgodose patienten och dennes närståendes behov av kontinuitet och trygghet. Specialistsjuksköterskan ska ha fördjupade kunskaper om vård i livets slutskede samt ha förmågan att tillsammans med läkare bedöma när det ska övergå från att behandla sjukdom till palliativ vård för att patienten ska få ett värdigt avslut. Specialistsjuksköterskan har som ansvar att samordna nödvändiga kompetenser i teamet och föra patientens talan när patienten inte kan göra det själv. Enligt Patientlagen ska hälso- och sjukvårdsverksamheten främja patienternas delaktighet, självbestämmande och integritet, samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 2014:821). Att vara en bra specialistsjuksköterska innebär att kunna växla mellan patientens unika erfarenhet om sitt liv och sjukdom och en vetenskaplig distans där vårdaren tänker, ställer diagnos, tolkar och kategoriserar utifrån vetenskapen och professionell kunskap (Engström, 2020).

### **Problemformulering**

Allt fler sjuka patienter vårdas av hemsjukvården och det ställer stora krav och utmaningar på specialistsjuksköterskor. Många av patienterna har en önskan om att få stanna kvar i sitt hem till livets slut i en trygg miljö med sina närstående. Flera patienter och närstående känner sig inte trygga när den avancerade vården övergår till vård vid livets slutskede. De upplever brister i informationsflöde, kontinuitet och bemötande. Tidigare forskning visar att patienter väljer att åka in till sjukhus för att inte vara en belastning för den närstående och för att de inte känner sig trygga med att få palliativ vård i hemmet. Det leder till att specialistsjuksköterskorna behöver öka sin kunskap om hur de kan åstadkomma och skapa både inre och yttre trygghet till patienten och dennes närstående så att de kan stanna kvar i sitt hem. Denna studie avser att beskriva patientens och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskor skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att identifiera och syntetisera patienters och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskor skapar trygghet i samband med palliativ vård i hemmet.

# Metod

## Design

Studien har en kvalitativ ansats med metaetnografisk analys och författarna önskar undersöka hur specialistsköterskor kan skapa trygghet till en patient med palliativ vård. En analys av empiriska studier i form av metasyntes är en lämplig metod när människors erfarenheter och upplevelser undersöks. Enligt Sandelowski och Barroso (2003) är metasyntes ett resultat av tolkande synteser av narrativ information. Kvalitativ metasyntes är en form av systematisk granskning där fynden är synteser av insamlad information. Polit och Beck (2017) beskriver att metasyntes är inte en sammanställning av resultat från flera andra studier utan en analys som går genom en process av tolkning av studierna på en abstrakt nivå. Metasyntes är en komplex tolkning och den görs i flera steg för att nå själva kärnan. Det innebär att texten startar som en helhet för att analyseras in i olika delar för att sedan skapa en ny helhet (Polit & Beck, 2017). Noblit och Hare utvecklade metaetnografien på 1980-talet och de strävade efter att utgå ifrån de enskilda berättelserna för att avslöja de likheter som finns i de olika texterna. Syntesen reducerar beskrivningar och bevarar betydelsen av uppgifterna genom att plocka fram viktiga metaforer och begrepp. Metaetnografi skapar en ny kunskapssyntes med en induktiv ansats som gör det uppenbara uppenbart, det uppenbara tvivelaktigt och det dolda uppenbart (Noblit & Hare, 1988).

Denna metasyntes utgår från 9 artiklar som analyserades utifrån Noblit och Hares (1988) metaetnografiska metod.

## Litteratursökning och analys

Grunden för en metasyntes är ett systematisk sökande efter relevanta artiklar utifrån en välstrukturerad frågeställning (Willman & Stoltz, 2017). Vid genomförandet av en relevant systematisk sökning formulerades en tydlig frågeställning och ett syfte med hjälp av SPICE en struktur som betyder Setting, Perspective, Intervention, Comparison och Evaluation (SBU, 2017). Denna metasyntes genomfördes med utgångspunkt i metaetnografi som består av en metodisk datainsamling följt av en analys av det insamlade materialet i sju faser.

*Fas 1 startfasen.* Författarna identifierade och formulerade ett problem som det fanns ett värde att göra en metasyntes om. Detta problem svarade på frågorna hur och varför, det vill säga hur specialistsjuksköterskan kan skapa trygghet för patienter och närstående vid palliativ vård i hemmet och studien var av kvalitativ karaktär (Noblit & Hare, 1988).

*Fas 2.* Under denna fas beslutades om vilket material som skulle inkluderas i studien och en datainsamling i form av en litteratursökning genomfördes. En strukturerad litteratursökning utfördes först i databasen CINAHL som har forskningspublikationer inom omvårdnadsvetenskap. Sökord som användes var: *palliative care, end of life care, nurse, nurse experiences, advanced home care, nurse support, trust, well-being* och synonymer till dessa. Teknik såsom trunkering och boolesk söklogik användes för att markera hur de utvalda sökorden kombinerades. I sökningen kombinerades olika sökord som avgränsades genom att lägga till fler sökord som motsvarade syftet (Bilaga I). En strukturerad litteratursökning gjordes även i MEDLINE med sökorden *palliative care, feeling safe och at home*. Vid denna sökning användes inte varken trunkering eller boolesk söklogik (Bilaga II). Efter den strukturerade sökningen gjordes en sekundärsökning ur de olika artiklarnas referenslistor, där 5 nya artiklar hittades som passade studiens syfte.

Inklusionskriterierna för denna studie var att artiklarna skulle ha en kvalitativ forskningsdesign. SBU (2017) beskriver att kvalitativ forskning fångar personers upplevelser i relation till ett visst fenomen. Artiklarna skulle innehålla patientens och närståendes upplevelser hur specialistsjuksköterskors skapar trygghet, patienterna skulle vara 18 år och äldre samt vårdas i hemmet. Artiklarna skulle vara skrivna mellan 2000-2022, samt skrivna på svenska eller engelska för att undvika misstolkningar i översättningen. Artiklarna var peer-reviewed och vetenskapligt granskade vid publiceringen.

Exklusionskriterier var: patienter med palliativ vård som var yngre än 18 år och vårdades på sjukhus, patienter med demensdiagnos samt patienter som hade Covid-19. Artiklar som var skrivna med en kvantitativ ansats exkluderades då författarna önskade fokusera på patienternas och närståendes upplevelser. De artiklar som valdes för analysen presenteras i Bilaga III.

*Fas 3.* Under fas 3 lästes det insamlade materialet först av författarna flera gånger var för sig för att få en ökad förståelse, författarna gjorde egna anteckningar på materialet av det som speglade syftet i studien. Därefter diskuterades materialet sinsemellan för att få en djupare förståelse för texten och för att identifiera det som var väsentligt för studien.

Artiklarna har granskats efter en granskningsmall som är utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019) (Bilaga IV). Författarna ansåg att den valda granskningsmallen hade god kvalitet och passade för kvalitativa artiklar. Artiklarna som svarade "ja" inom spannet 0 – 10 ansågs ha låg kvalitet och prioriterades bort. Artiklar som svarade "ja" inom spannet 11 – 15 anses vara i medelkvalitet och artiklarna som svarade "ja" inom spannet 16–21 hade hög kvalitet. Det blev totalt 9 artiklar som bedömdes ha medel till hög kvalitet och inkluderades i studien (Bilaga III).

*Fas 4 analys.* I denna fas studerades artiklarnas innehåll för att se hur de relaterade till varandra. Teman som hittades i artiklarna markerades i olika färger och sparades i ett separat dokument. De olika temana jämfördes och författarna tolkade dessa först var för sig, för att därefter gemensamt diskutera de olika temana som framkommit för att se om de relaterade till varandra. Följande 3 teman framkom: den inre tryggheten, den yttre tryggheten och relationstryggheten. Följande 7 underteman framkom: tillgänglighet och kontinuitet bidrar till inre tryggheten, finnas där som stöd, miljö som trygghetsskapande faktor, låta patient och närstående vara delaktiga i vården, minska den sociala isoleringen, någon som tar sig tid och lyssnar samt få kunskap och information.

*Fas 5.* Tolkningarna jämfördes i de olika temana. Översättningen- och tolkningsprocessen innebar att resultatet som framkom behandlades som analogier. Analog tolkning är inte bokstavlig utan en översättning av betydelsen. Översättningen är en ny syntes (Noblit & Hare, 1988).

*Fas 6.* Under denna fas fortsatte författarna fördjupa sig i de synteser som framkommit. Det innebar att djupgående diskutera dessa teman och underteman sinsemellan samt gå tillbaka och läsa de artiklar som inkluderades i studien för att få en ökad förståelse. Den nya syntesen gav en djupare förståelse för hur tryggheten upplevs av patienter och närstående. Författarna till denna studie inspirerades av Anderssons (1984) uppdelning av begreppet trygghet som inre trygghet, yttre trygghet, relationstrygghet.

*Fas 7.* I denna fas sammanställdes syntesen.

## Förförståelse

Det finns en förförståelse hos båda författarna då båda har arbetat i hemsjukvården under några år i olika kommuner. Författarna har vårdat patienter i deras hem, flera av dessa innan de vårdades i ett palliativt skede samt haft samtal med patienterna och deras närståendes om hur de vill vårdas. Graneheim, Lundman och Hällgren (2017) beskriver att det är svårt att bortse från förförståelsen då den ofta är omedveten, man kan i stället välja att utnyttja förförståelsen och se den som en styrka. Författarna upplevde att det fanns en kunskapsbrist om hur patienter och närståendes upplever trygghet vid vård i livets slutskede. En nackdel till att ha förförståelse är att välja bort det som upplevs familjärt och att inte uppmärksamma detta.

## Etiska övervägande

Författarna till denna studie har analyserat artiklar som redan är granskade och godkända av en etisk kommitté. Deltagarna som medverkade i artiklarna har redan givit sitt samtycke till medverkan, de har givits möjligheten att avbryta sin medverkan utan att behöva uppge en orsak. Allt material har dessutom hanterats konfidentiellt. Författarna har valt att använda sig av Vetenskapsrådets rekommendationer gällande god forskningssed som säger att kvalitén ska vara tillförlitlig, forskningen ska vara objektiv och den ska visa respekt för kollegor (Vetenskapsrådet, 2018). Författarna har inte haft någon avsikt att vanställa, plagiera eller förvränga det som framkom i artiklarna utan hållit sig så nära originaltexten som möjligt.

## Resultat

I analysen av samtliga artiklar framkom tre teman och sju underteman (Tabell 1).

Tabell 1. Resultatredovisning.

Tema	Undertema
Den inre tryggheten	Tillgänglighet och kontinuitet bidrar till inre trygghet Finns där som stöd
Den yttre tryggheten	Miljö som trygghetsskapande faktor Låta patient och närstående vara delaktiga i vården Minska den sociala isoleringen
Relationstryggheten	Någon som tar sig tid och lyssnar Få kunskap och information

### Den inre tryggheten

Detta tema handlar om att vara tillgänglig och flexibel vilket skapar en inre trygghet. Den innefattar: tillgänglighet och kontinuitet bidrar till inre trygghet samt finns där som stöd.

#### Tillgänglighet och kontinuitet bidrar till inre trygghet

Vetskapen om att alltid få tag på specialistsköterskor på telefon dygnet runt, speciellt när patienten bodde avlägset gjorde att familjerna runt patienterna kände sig trygga och kunde slappna av. Trygghet kunde inte alltid uppnås när patienter och närstående tidigare behövt åka till sjukhus och få vård på akutmottagningen. Familjerna upplevde att specialistsjuksköterskorna var lika mycket hjälp och stöd för patienten som för dem själva även om de bara var inskrivna i hemsjukvården under en kort period (Spelten m.fl., 2019; Wennman

m.fl., 2020). Närstående upplevde att det kändes tryggare när hemsjukvården var tillgänglig speciellt på kvällar och nätter men ibland dröjde det innan hjälp kunde erbjudas. Både patienter och närstående upplevde att det var många specialistsjuksköterskor som kom hem till dem, men flera av dem kom regelbundet så det fanns en viss kontinuitet. Specialistsjuksköterskorna upplevdes alltid professionella och likvärdiga i sitt yrkesutövande (Borstrand & Berg, 2009).

### **Finns där som stöd**

Appelin (2005) beskriver att specialistsjuksköterskan behöver vara flexibel och ha en entusiasm och kunna anpassa vården efter patientens och närståendes behov. Specialistsjuksköterskan skall kunna hantera olika känslomässiga situationer där patienter eller deras närstående har bristande förtroende för sitt eget stödnätverk. Appelin menar att det var komplext att vårda patienter i livets slutfas, och specialistsjuksköterskorna skapade trygghet till patienter och deras närstående genom att lyssna på dem och att vara ett stöd. Specialistsjuksköterskorna gav närstående tillfälle och möjlighet att förbereda sig på att ta farväl i hemmet (Appelin, 2005).

Närstående var tacksamma till specialistsjuksköterskor som gav deras anhörig en god vård och stöd när det behövdes. De upplevde att stödet de fick var genuint och det gav dem en känsla av trygghet. Specialistsjuksköterskorna upplevdes vänliga, de tog sig tid och det fanns utrymme för att skämta och skoja. När patienten avled upplevde närstående att det fanns ytterligare behov av stöd i form av uppföljande samtal från specialistsjuksköterskan som även tillgodosågs (Borstrand & Berg, 2009).

### **Den yttre trygghet**

Detta tema handlar om att hemmet tillåter patienten att vara med sina närstående och hur viktigt det är att se personen bakom sjukdomen. Den innefattar miljö som trygghetsskapande faktor samt minska den sociala isoleringen.

### **Miljö som trygghetsskapande faktor**

Appelin (2005) beskriver att vara hemma i en miljö som är välbekant och välkänd kan bidra till en känsla av trygghet. Patientens egna hem upplevs som en varm och igenkännbar plats, med en helande atmosfär. I hemmet var det lättare att bevara de flesta vardagliga rutiner, liksom patientens sociala status det vill säga att vara en person som alla känner. Vid anpassningar till den nya livssituationen försökte de inblandade att upprätthålla ett normalt liv. Spelten m.fl. (2019) menade att familjer upplevde en speciell känsla av att kunna vara närvarande tillsammans med patienten i deras hem och det tillåter patienten att fortsätta träffa sina närstående som tidigare trots sin sjukdom. De kunde ha samtal i deras egen takt om döden, hur sjukdomen kommer att fortlöpa samt hur det kommer att bli efter att de har gått bort. Samtidigt kom vänner och bekanta för att spela musik, sjöng och tröstade patienten i den miljö och omgivning som patienten önskade (Spelten m.fl., 2019).

Barlund m.fl. (2021) menade att många patienter upplevde sjukhusmiljön som stressig och opersonlig samtidigt som den skapade mer oro både för patienten och närstående. Närstående upplevde det mer osäkert att vårda sin anhörig i hemmet och önskade hellre sjukhusvård där personal är tillgängligt dygnet runt, men den stressiga miljön på sjukhuset gjorde att de valde att vårda sin anhörig i hemmet i stället. I hemmet vårdas patienten med hjälp av specialiserad hemsjukvård som bland annat bestod av kvalificerade specialistsjuksköterskor som var tillgängliga på telefon och kunde komma dygnet runt och ge läkemedel, vilket ingav en känsla av säkerhet. Det egna hemmet var stressfritt och gav patienten friheten att leva som vanligt vilket gav en känsla av trygghet (Barlund m.fl., 2021). Att leva med en kropp som dagligen försämrades gjorde att patienten kände sig utlämnad och blottad. När patienten fick vara i en

känd miljö som ingav trygghet blev det mindre smärtsamt då känslan att inte kunna göra saker infann sig (Ellingsen m.fl., 2014).

### **Låta patient och närstående vara delaktiga i vården**

Deltagande av närstående i palliativ vård i hemmet var viktigt för både patienter och specialistsjuksköterskor. Närstående hade kontinuerlig kontakt med palliativa teamet angående patientens mående och tog gärna ansvar för det som de klarade av vilket innebar att de var delaktiga i den fortsatta vårdplaneringen för patienten. Men ibland upplevde närstående att ansvaret var för stort (Borstrand & Berg, 2009). Många patienter och närstående nämnde att övergången från kurativ vård till palliativ vård skulle behöva kännas mer tryggt om de fick vara involverade i diskussionerna om hur vården kommer att fortlöpa. Däremot upplevde närstående mer trygghet över att inte behöva bära alltför stort ansvar när det gällde att fatta beslut (Wennman m.fl., 2020). Saker som var viktiga för närstående för att känna trygghet var att ha någon annan att dela ansvaret med, diskutera beslut som rör patienten, ha någon som följer patienten genom sjukdomsförloppet och att ha möjlighet att dela sina tankar och oro med (Barlund m.fl., 2021).

När patienten väljer att vårdas i hemmet sker en förändring för patient och närstående. Det krävs mycket "extra arbete" för alla men mest för närstående som är involverade i den palliativa vården i hemmet. Enligt Appelin (2005) kämpade närstående med fysiska och psykologiska påfrestningar som kunde leda till frustration och utmattning. Det var svårt för närstående att sova när vårdpersonal var på besök var fjärde timme vilket störde den normala dygnsrytmen. Patienter kände frustration och hade skuld känslor för att de trodde att de var en börda inte enbart för närstående utan även för samhället. Närstående fick blandade känslor och upplevde att de blev utnyttjade som vårdare av specialistsjuksköterskorna. Närstående ville vara delaktiga i vården samtidigt som de kände en förväntan från sin anhörig och omgivning att de som närstående förmodades ta det största ansvaret när det gällde vården av anhörig, vilket ledde till en osäkerhet när de inte visste vad som i grunden förväntades av dem. När närstående upplevde att informationen var bristfällig kunde de inte känna delaktighet i vården vilket skapade otrygghet.

### **Minska den sociala isoleringen**

Närstående uppskattade specialistsjuksköterskors bemötande och omtanke, och att de blev sedda i sin situation (Borstrand & Berg, 2009). Patienter och deras närstående beskrev hur viktigt det var att bli sedda som en person och inte enbart som en patient (Wennman m.fl., 2020).

Aoun m.fl. (2012) beskriver att patienter som får palliativ vård och inte har närstående, undvek socialt umgänge och isolerade sig. Att vara inskriven i hemsjukvården innebar att de hade specialistsjuksköterskor som kom hem till dem regelbundet och de tog sig tid och lyssnade på patienterna. Det minskade känslan av att vara ensam och patienterna fick mer energi. Flera patienter uppgav att den nya energin och stödet från hemsjukvården motiverade patienterna att ta kontakt med sina vänner och närstående och det ökade känslan av tillhörighet vilket minskade den sociala isoleringen.

### **Relationstrygghet**

Detta tema handlar om att skapa goda relationer och att det är viktigt att kunna kommunicera. Den innefattar att ha någon som tar sig tid och lyssnar samt att få kunskap och information.

### **Någon som tar sig tid och lyssnar**

Ellingsen m.fl. (2014) menade att det är viktigt med en bra relation mellan specialistsjuksköterskor och patienter vid palliativ vård. Patienter upplevde att vissa specialistsjuksköterskor stressade hem till dem, gjorde sitt jobb och gick sedan vidare utan att ge smärtlindring, trots att smärtan var påtaglig att det var det enda patienten kunde tänka på. Medan andra specialistsjuksköterskor gav smärtlindring, tog sig tid och satte sig ner bredvid patienten. Specialistsjuksköterskan kunde sitta helt tyst vilket ingav trygghet och en känsla att vara närvarande i nuet. Både patienten och specialistsjuksköterskor kände sig bekväma med att sitta tysta bredvid varandra. Relationen mellan patienten och specialistsjuksköterskor ska bygga på en respekt för varandra, inge förtroende och skapa trygghet (Ellingsen m.fl., 2014). Wennman m.fl. (2020) menade att en god relation mellan patient, närstående och specialistsjuksköterskor skapas genom att specialistsjuksköterskan har huvudansvaret för patienten. När färre specialistsjuksköterskor var inblandade i den dagliga vården, resulterade det i att relationen blev mer avslappnad och personlig. Wennman m.fl. (2020) beskriver att patienter och deras närstående var nöjda med att få palliativ vård i hemmet. De önskade bara att de blivit erbjudna det tidigare. Hemsjukvården upplevdes som en trygg och säker form av vård då patienten och närstående fick en nära relation till personalen. Oosterveld-Vlug m.fl. (2019) beskriver i sin studie att patienter som har fått sin diagnos tidigt skapade lättare en god förtroendeingivande relation till sin specialistsjuksköterska. Både patienterna och närstående upplevde att specialistsjuksköterskor är kompetenta och de fick en god och säker vård. Specialistsjuksköterskorna var alltid professionella i sitt arbete och visade kompetens när det gällde att motverka bland annat trycksår. Frun till en patient upplevde att specialistsjuksköterskorna var respektfulla mot hennes make och de diskuterade ofta saker som han gillade och fick honom att delta i diskussionerna. Då hennes make var sängliggande ville de dagligen säkerhetsställa att han inte fått trycksår vilket gjordes på ett sådant sätt att han själv aldrig uppfattade det. Deras fina bemötande och hur de alltid var noggranna gjorde att de kände sig trygga (Oosterveld-Vlug m.fl., 2019).

### **Få kunskap och information**

Enligt Borstrand och Berg (2009) är kommunikationen betydelsefull för tilliten i samarbetet mellan närstående och specialistsjuksköterska. Närstående var nöjda när specialistsjuksköterskor gav skriftlig och muntlig information om patientens hälsotillstånd. Otillräcklig information och bristande kommunikation ledde till osäkerhet. Barlund m.fl. (2021) beskriver att närstående upplevde sig otrygga när informationen var otydlig, bristfällig eller närstående fick den för sent. Närstående beskrev att de aldrig tidigare upplevt en liknande situation och de saknade kunskap om hur de skulle gå tillväga. Närstående visste inte vilka frågor som skulle ställas, vad de kunde be om eller vad de kunde förvänta sig av situationen. En närstående i Barlunds m.fl. (2021) studie beskrev att det var svårt att ställa de rätta frågorna och veta vad man skall fråga då närstående aldrig hade varit i denna situation tidigare och inte visste vilken information som behövdes. Närstående upplevde att de hade frågor som de ville ha svar på hela tiden.

Närstående berättade att det var svårt att förstå hur länge deras närstående kommer att leva. Insatser gjorda av hemsjukvården gjorde att närstående trodde att deras anhörig kommer att fortsätta leva mycket längre. Närstående fick inte information eller så fick de informationen för sent då deras anhörig hade somnat in. Det framkom i studien att det fanns ett behov av skriftlig information om praktiska saker efter patientens död. Wennman m.fl. (2020) påvisade att övergången till avancerad hemsjukvård gick för snabbt och mötet med hemsjukvården var för kort och inte informativt, vilket kunde uppfattas som skrämmande av närstående. Dessutom var det för många aktörer som var inblandade i denna övergång, såsom läkare, sjuksköterskor från



kommunen, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och vårdpersonal från hemtjänsten så att patienterna och deras närstående kände sig osäkra, de visste inte vem som ansvarade för de olika vårdåtgärderna. Inskrivningsprocessen uppfattades av många som svår för att det var för mycket information på en gång. Wennman menade att om patient och närstående får skriftlig information, ger det dem en möjlighet att i lugn och ro kunna läsa de olika delarna och hitta lämpliga kontaktuppgifter till vem de ska kontakta om det skulle uppstå några frågor (Wennman m.fl., 2020). Wennman-Larsen (2002) beskriver att många patienter och närstående inte visste om att det finns "en hjälporganisation" som hemsjukvård när närstående och patienter fattade beslut om att vårda sina sjuka familjemedlemmar hemma. De hade förväntat sig att själva vara ansvariga för patientens vård och blev positivt överraskade när de fick information och möjligheten att få professionell hjälp av hemsjukvården.

## **Syntes och abstraktion**

I resultatet framkommer det att hemmet är en plats där hemkänsla och trygghet förmedlas genom att patienten fyller sitt hem med värdefulla saker och personer som betyder mycket för dem. Men det är också en känsla som specialistsjuksköterskorna skapar i en svår tid genom att vara närvarande i mötet och där tystnaden också kan förmedla trygghet. Specialistsjuksköterskan kan genom att ha ett genuint intresse för patienten och med sitt bemötande, visa ödmjukhet för patienten och dennes hem och på så sätt skapa ett lugn som stannar kvar långt efter att specialistsjuksköterskan har gått. När specialistsjuksköterskan tillgodoser patienten och dennes närståendes behov av trygghet i hemmet, innebär det att patienten kan stanna kvar den sista tiden i sitt hem.

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Resultatet i studien visade att patienter som fick palliativ vård ville vårdas i sitt eget hem vilket även deras närstående önskade. I Stajduhar och Davies (2005) forskning framkom att patienter som önskade stanna kvar i sitt hem kunde göra det då de hade närstående som ville att den sista tiden skulle bli som patienten önskade. Resultatet visade också att hemmiljön i kombination med att närstående kunde vara närvarande gjorde att patienten kunde ha en "normal" vardag och göra saker som personen tidigare har eller tidigare varit. Det överensstämmer med vad Hilli (2007) beskriver som hemmet, en ethos, en plats där människan är i skydd från allas blickar och kan vara sig själv vilket kan leda till en inre trygghet. När hemmet tillåter människan att vara sig själv kan en inre glädje och kraft infinna sig som avspeglar sig på människans utstrålning. En människa som inte har kontakt med den inre kraften kan upplevas som splittrad och får då inte den inre tryggheten som hemmet förmedlar. Genom kontakt med den inre kraften upplevs kroppen vara i balans själsligt, kroppsligt och andligt och människan upplever en inre hälsa (Hilli, 2007). Eriksson (1989) beskriver hälsan som ett tillstånd där människan känner en sundhet, friskhet och ett välbefinnande trots sjukdom. Definitionen på hälsa kom redan 1948 av Världshälsoorganisationen (WHO) där målet var att alla människor ska ha ett fysiskt, psykiskt och ett socialt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Resultatet bekräftar att patienten och deras närstående skulle känna sig trygga med att tillbringa den sista tiden i hemmet var det viktigt att specialistsjuksköterskorna var tillgängliga dygnet alla timmar om så bara på telefon. Närstående kunde alltid få tag på en specialistsjuksköterska och ställa frågor och på olika funderingar när de uppkom. Patienterna och deras närstående upplevde att när behov av läkemedel uppkom, kom alltid specialistsjuksköterskan. Martin m.fl. (2016) samt McCall och Rice (2005) studier visade att det fanns fysiska och psykiska svårigheter att vårda sina sjuka närstående i hemmet om de inte har stöd och hjälp från

specialistsjuksköterskor. Enligt Boston m.fl. (2011) gör lidande patienter mindre starka vid livets slut och det finns inte så mycket kunskap om hur lidandet kan lindras. Lidandet handlar inte bara om symtom som syns utanpå utan är även en inre process. Lidande handlar om en känsla att förlora kontrollen vilket kan leda till att människan blir tyst och innesluten (Wiklund, 2003). Eriksson (1994) beskriver lidande som en upplevelse som är i centrum i människans livsvärld. Det finns olika sorters lidande som påverkar människan, det kan vara vård-, sjukdom- eller livslidande. Oavsett vilken sorts lidande, berör det hela personen och påverkar dennes verklighet. Eriksson (1994) menar att specialistsjuksköterskorna skall ta sig tid för patienten och se patientens lidande och vården skall tillåta patienten att bearbeta sin situation, och ges möjlighet att lindra sitt eget lidande.

Resultatet visade att det är betydelsefullt att ha en specialistsjuksköterska som ser personen bakom sjukdomen. Förutom att se patienten krävs det också att ha en bra kommunikation mellan närstående och specialistsjuksköterskorna som kan skapa ett förtroende och inge trygghet. Det i sin tur skapar en god relation mellan patient, närstående och specialistsjuksköterskan vilket gör att deras relation kan bli avslappnad och personlig. De sociala relationer blir ofta mer betydelsefulla och patienten som blir obotlig sjuk blir mer beroende av sina närstående och specialistsjuksköterskor. Resultatet visade även att patienter inte vill belasta sina anhöriga, att vara en börda. Beroendet blir mer tydlig och förståelsen att det inte finns mycket tid kvar ökar. I palliativ vård används de 6 S:n (Ternestedt m.fl., 2017), vilka är självbestämmande, självbild, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier. De 6 S:n beskriver att det är viktigt att stödja och bevara viktiga relationer vid livet slut och de väcker nya emotionella, existentiella och etiska frågor såsom frågor om vad som kommer att ske samt frågor om liv och död. Enligt Eriksson och Andershed (2008) kan beroendet av varandra ses som något positivt för alla människor. När patienter, närstående och specialistsjuksköterskor känner tillit och trygghet till varandra kan de finna lugn i beroendet även vid livets slut. Devik m.fl. (2015) beskriver att när specialistsjuksköterskan och patienten har en bra relation bjuder de in till samtal, tar sig tid och pratar om hur det är i stället för att skynda vidare. Hilli (2007) menar att specialistsjuksköterskan kan genom att visa ett genuint intresse för patienten och dennes närstående skapa en trygg atmosfär i hemmet som stannar kvar efter att denne har lämnat hemmet. Detta i sin tur kan ge närstående energi att fortsätta vårda sin anhörig i hemmet.

Resultatet visade att närstående upplevde svårigheter när deras anhörig försämrades och de önskade vara mer delaktiga i hur vården skulle utformas. Patienter och närstående som var delaktiga i vårdbesluten upplevde en känsla av trygghet, vilket framkommer i Mohammed m.fl. (2018) studie, att närstående vill vara delaktiga och en viktig resurs i sin anhörigas vård. Resultatet visade även att närstående önskade vara delaktiga så mycket de kunde och orkade och ville ha mycket information om hur sjukdomen fortskred för att ha kontroll över situationen. Patientlagen, som kom år 2014, skulle stärka patientens rättigheter och öka deras delaktighet och det står att hälso- och sjukvården skall i samråd med patienten formas och utföras så långt det är möjligt. Om det är möjligt och inte stoppas av sekretessen får närstående vara med att utforma vården och vara med när den verkställs (Patientlagen, 2014). Enligt Sandman och Kjellström (2018) består patientdelaktighet av flera olika delar. En relation mellan patienten och vårdgivaren skapas och byggs på en ömsesidig respekt för varandra, inge förtroende och ger en positiv känsla. Att dela med sig av sin kunskap och information på en nivå som patienten kan förstå, skapar en känsla av att vara jämlika (Sandman & Kjellström, 2018). Det framkommer i resultatet att specialistsjuksköterskan kan skapa en känsla av trygghet först genom att låta närstående vara delaktiga och därefter genom att ge både muntlig och skriftlig

information. Närstående kunde, framförallt, uppleva att det vara svårt att ta in all information utan önskan att få sitta i lugn och ro och läsa.

Resultatet visade att de patienter och närstående som önskade tillbringa sista tiden hemma med hemsjukvård, fick stöd av specialistsjuksköterskan och var på så sätt delaktiga i vårdbesluten. Dessa patienter och närstående upplevde en känsla av trygghet. I palliativ vård används de 6 S:n vilka stärker patientens ställning och utgår från patientens bästa. För specialistsjuksköterskan är det viktigt att vara lyhörd och låta patienten leva ett så bra liv som det går trots att döden är nära (Ternestedt m.fl., 2017). Enligt ICN:s etiska kod för distriktssköterskor (2019), ska distriktssköterskan utarbeta omvårdnadsplaner och vara ett stöd för patienten och dennes närstående och arbeta efter patientens självbestämmande och autonomi. Specialistsjuksköterskan skall även arbeta för en jämlik vård oavsett sjukdom eller ekonomisk status och att alla skall ha rätt till en god och säker vård. För att låta patienten vara självbestämmande så länge som det är möjligt samt att delta i sin egen vård, måste informationen vara tydlig så att patienten förstår konsekvenserna av sitt beslut (Ternestedt m.fl., 2017). Anåker och Elf (2014) menar att det finns många fördelar med att låta patienten stanna kvar i hemmet om patienten så önskar. En fördel är att det kan minska lidandet hos patienten med kontinuitet av specialistsjuksköterskan vid vård i hemmet. En annan fördel är en samhällsekonomisk vinst, då kostnaden att vara hemma blir lägre än att vara inlagd på sjukhuset. Ytterligare fördel är färre transporter och resor till sjukhus för vårdbesök.

Resultatet visade att en god relation mellan patient, närstående och specialistsjuksköterska ökade känslan av trygghet hos patient och närstående, vilket skapade kontinuitet hos specialistsjuksköterskan. Kontinuiteten gjorde att patienten och specialistsjuksköterskan upplevde trygghet med att vara tillsammans utan att det kändes obekvämt. När en patient vårdas i hemmet är det viktigt för specialistsjuksköterskan att använda sig av ett etiskt förhållningssätt vilket innebär att respektera patienten och närståendes behov av utrymme och skapa en förtroendefull och trygg relation (Swenurse, 2021). Shelton (2016) menar att specialistsjuksköterskan skall ha en humanistisk människosyn, där kommunikation är en viktig del av omvårdnadsarbetet, speciellt när denne vårdar patienter i ett palliativt skede. I detta ingår att specialistsjuksköterskan skall ha kunskap om lidande, att fastställa vilka omvårdnadsbehov patienten har och tillgodose dessa. Det centrala för att vårda en patient är att fokusera på personen, hälsan, omvårdnaden och miljön. På sikt blir det en mer hållbar omvårdnad när specialistsjuksköterskan lyssnar och eftersträvar att tillgodose patientens och närståendes behov vid palliativ vård i hemmet.

## **Metoddiskussion**

Till denna studie valde författarna att använda sig av ett kvalitativt tillvägagångssätt enligt Noblit och Hare (1988) och vid empiriska studier är metasyntes en lämplig metod vid analys då det är erfarenheter och upplevelser som beskrivs. Författarna anser att metasyntes som metod är lämplig då det lyfter fram patienternas och närståendes upplevelser som var syftet i studien.

Artikelsökningen utgick från att endast artiklar med medel och hög kvalitet skulle ingå i studien och det stärkte studiens trovärdighet. Resultatet representerar människors upplevelser hur det är att få palliativ vård i hemmet från länderna Australien, Nederländerna, Norge och Sverige. En styrka i studien är att det som framkommit i resultatet förstärker trovärdigheten då artiklarna från de länder som ingår i studien har liknande resultat. Samtidigt som det kan anses vara en svaghet att det är få länder som medverkar i resultatet.

För att säkerhetsställa att artiklarna som användes i studien svarade på studiens syfte, lästes artiklarna först var för sig, därefter av båda författarna. Vidare diskuterades de olika teman som framkommit genom hela studiens gång för att förförståelsen inte skulle påverka resultatet. Polit och Beck (2017) menade att forskarens egna tankar inte skall påverka tolkningen av resultatet. Förförståelsen från författarna kan påverka slutresultatet. Därför var det viktigt att författarna diskuterade tolkningen av det som framkom fortlöpande. Enligt Polit och Beck (2017) är det viktigt att innan studien startar skriva ner sin förförståelse och erfarenheter för att därefter diskutera och reflektera över det som kan begränsa respektive påverka studiens resultat. Detta ska pågå under hela studien gång men det går inte att utesluta att förförståelsen kan påverka dataanalysen och resultatet då viss påverkan kan finnas kvar. En kvalitativ forskning behöver vara nära sanningen och forskaren skall lyfta ut det som är trovärdig i resultatet för att därefter demonstrera trovärdigheten i resultatet (Polit & Beck, 2017).

En svaghet i studien var att begreppet trygghet inte fanns direkt översatt utan de ord som använde var synonymer till trygghet. SPICE-strukturen Setting, Perspective, Intervention, Comparison och Evaluation valdes för att förtydliga urvalet och sammanhanget vilket kan resultera till att urvalsförfarandet blir mer tillförlitligt för läsaren. Det fanns svårigheter att hitta artiklar som svarade mot syftet då flera länder inte vårdar patienter palliativt i hemmet, utan är uppbyggd på andra sätt. Därefter gjordes en sekundär sökning för att hitta fler relevanta artiklar. Även en bibliotekarie på Högskolan Väst kontaktades som hjälpte till med att hitta relevanta databaser och sökstrategi för att hitta relevanta artiklar utifrån studien syfte. En styrka i studien är att granskningsmallen som användes tar upp aspekter som handlar om studiens tillförlitlighet. Denna kvalitetsgranskning är en betydelsefull del för att skapa trovärdighet i sammanställningen av syntesen.

I urvalet valdes endast artiklar skrivna på svenska eller engelska för andra språk ligger utanför författarnas språkkunskaper och de ansåg att det fanns en risk att fel vid översättningen kunde påverka resultatet och trovärdigheten. Artiklar som exkluderades från studien innefattade patienter med demenssjukdom då det finns svårigheter att beskriva upplevelser vilket kan påverka trovärdigheten. Även patienter med Covid-19 exkluderades då de har en annan kontext och oftast kräver sjukhusvård samt personer under 18 år då de har andra faktorer som kan påverka trygghet.

Författarna anser att studiens resultat är överförbart då det tydligt beskriver upplevelserna av trygghet vid palliativ vård i hemmet och går att användas av olika professioner såsom undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, specialistsjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och andra som är kopplade till palliativ vård. Lincoln och Guba (1985) anser att för att bedöma om studien är överförbar ska resultatet vara tydligt beskrivet samt trovärdigheten och pålitligheten skall vara förstärkt så att det inte blir några tvetydigheter.

Styrkor i studien är att det går att applicera i svensk samhällsstruktur samt trovärdigheten och pålitligheten i studiens resultat anses vara hög och kontexten kan överföras till andra professioner som vårdar palliativa patienter i hemmet. Enligt Polit och Beck (2018) förstärker överförbarheten om resultatet går att använda på andra kontexter och av andra professioner.

## **Slutsats**

Resultatet visar patienter och närståendes upplevelser av hur specialistsjuksköterskan kan skapa trygghet i hemmet vid palliativ vård. Närstående upplever att vårda någon i hemmet är fysiskt och psykiskt påfrestande och det kräver att specialistsjuksköterskan är lyhörd och finns där som ett stöd och det i sin tur skapar en trygg atmosfär i hemmet. När specialistsjuksköterskan

är tillgänglig dygnet runt på telefon och kan komma när det behövs upplever både patienten och närstående det lugnande. Gav specialistsjuksköterskan information, både muntligt och skriftligt i god tid och lät patienten och närstående vara delaktiga i det, blev känslan en trygghet i att vårdas i hemmet. Det var viktigt att specialistsjuksköterskan fanns där som ett stöd och lyssnade på patienten och dennes närstående samt tog sig tid vilket ökade deras känsla av samhörighet och trygghet.

### **Förslag till klinisk tillämpning**

Studiens resultat förväntas öka förståelsen och ge ökade kunskaper för specialistsjuksköterskor hur viktigt det är att skapa trygghet till patienten och närstående som vårdas i hemmet. För att skapa trygghet behövs fler specialistsjuksköterskor som har kunskap inom omvårdnad av patienter som vårdas palliativt. Det behövs kompetensutveckling för att organisera och leda omvårdnadsprocessen inom palliativ vård utifrån psykosociala förhållandens påverkan på hälsan. Specialistsjuksköterskan måste förstå hur tryggheten skapas och tillgodoses i hemmet. Resultatet visade att det är viktigt med en fast kontakt och kontinuitet av specialistsjuksköterskor som skapar goda relationer och inger ett lugn och trygghet hos patienterna men även hos närstående när de vet vem som kommer hem.

### **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Fortsatta studier bör undersöka hur specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor skapar trygghet för patienter och närstående, att studera innehåll och substans i hur trygghet skapas. Vidare bör vidare forskning studera vad hemmet representerar i betydelse vid palliativ vård samt hur vården i hemmet påverkar den efterlevandes sorgeprocess.

## Referenser

Adlitzer, H., Andershed, B., Axelsson, B., Blomberg, K., Fridregren, I., & Friedrichsen, M. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: nationellt vårdprogram*. Stockholm Gotland: Regionalt cancercentrum. Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)

Alvariza, A., Axelsson, B., Rasmusson, B., Ternestedt, B-M., & Fürst, C J. (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande. *Läkartidningen*, 117(20), 101.

Andersson, K. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Esselte studium.

Anåker, Å., & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2), 381-389. DOI: 10.1111/scs.1212

Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Deas, K., & Smith, J. (2012). Do models of care designed for terminally ill "home alone" people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 599-606. [https://doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01074.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01074.x)

Appelin, G., Brobäck, G., & Berterö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 315-324. [https://doi: /10.1016/j.ejon.2004 11 001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2004.11.001)

Barlund, A.S., André, B., Sand, K., & Brenne, A-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-12. [https://doi: 10.1186/s12904-020-00705-y](https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y)

Borell, K., & Johansson, R. (2005). Det egna hemmet som andras arbetsplats. I B. Fjaestad & L-E. Wolvén. (Red.). *Arbetsliv och samhällsförändringar*. (s. 56-70). Studentlitteratur.

Borstrand, I., & Berg, L. (2009). Next-of-kin's experiences from a palliative home nursing team. *Nordic Journal Research & Clinical Studies/Vård i Norden*, 29(4), 15-19.

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of Pain & Symptom Management*, 41(3), 604-618.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur.  
Danielsen, B.V., Sand, A.M., Roslan, J.H., & Forland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care- a qualitative study. *BMC Palliative Care*, (7), 95. [https://doi: /10 1046/j.1365-2702,2003. 00803.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x)

Devik, S.A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2015). "Picking up the pieces" - Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 10, 1-N.PAG. [https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.3402/qhw. v10.28382](https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.3402/qhw.v10.28382)

Ellingsen, S., Roxberg, Å., Kristoffersen, K., Rosland, J.H., & Alvsvåg, H. (2014). Being in transit and in transition the experience of time at the place, when living with severe incurable

disease - a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 458-468.  
[Http://doi:10.1111/scs.12067](http://doi:10.1111/scs.12067)

Elwér, S., Waldau, S., & Strehlenert, P. (2016). Könslinda riktlinjer ger kvinnor sämre vård i livets slutskede. *Palliativ vård*. Nr 2. Könslinda-riktlinjer-ger-kvinnor-sämre-vård-i-livets-slutskede-Sofia-Elwér-Susanne-Waldau-Peter-Strehlenert.pdf (nrpv.se)

Engström, I. (2020). Etik, erfarenhet och evidens. I B. Andershed & B-M. Ternstedt (Red.). *Palliativ vård. Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 121-134). Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Liber.

Eriksson, M., & Andershed, B. (2008). Care dependence: A struggle toward moments of respite. *Clinical Nursing Research*, 17, 220-236.

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Hälsa*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/>

Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7).

Graneheim, U-H, Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, (56), 29-34.  
[Http://doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002](http://doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002)

Hilli, Y. (2007). *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Åbo Akademis förlag.

Håkanson, C., Öhlen, J., Morin, L., & Cohen, J. (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7), 44-51.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Socialdepartementet.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Kunskapsbanken. (2021). *Den palliativa vårdens plattform och etiska grunder*. Den palliativa vårdens grunder och etiska plattform - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Martín, J.M., Olano-Lizarraga, M., & Saracíbar-Razquin, M. (2016). The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 1-12.

McCall, K., & Rice, A.M. (2005). What influences decisions around the place of care for terminally ill cancer patients? *International Journal of Palliative Nursing*, 11(10), 541-547.

Mohammed, S., Swami, N., Pope, A., Rohdin, G., Hannon, B., Nissim, R., Hales, S., & Zimmerman, C. (2018). "I didn't want to be in charge and yet I was". Bereaved caregivers 'accounts of providing home for family members with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1229-1236. [https://doi: 10.1002/pon.4657](https://doi.org/10.1002/pon.4657)

Noblit, G.W., & Hare, R. D. (1988). *The idea of a meta-ethnography*. SAGE Publications Inc.

Oosterveld-Vlug, M.G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P. M., Korevaar, J.C., & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1), N.PAG. [https://doi:10 1186/s12904-019-0485-7](https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7)

Palliativ register. (2018). *Närståendestöd svenska palliativregistret För fortsatt utveckling av vården i livets slutskede*. [http://palliativregistret.se/media/q1oigtwa/närståendebroschyr.pdf](http://palliativregistret.se/media/q1oigtwa/narstaendebroschyr.pdf)  
Palliativa registret. (2021). *Termbank*. Termbank - Svenska palliativregistret.

Palliativt utvecklingscentrum. (2021). *NVP- Nationell Vårdplan för Palliativ vård*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/d/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.d.pdf>

*Patientlag* (2014:821). Socialdepartementet. Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2022:272 - Riksdagen.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt Cancercentrum Väst. (2021).

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var/d/vardprogram/omvardnad-relaterad-till-palliativa-var/behov/#chapter-13->

Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C., & Ingleton, C. (2015). A qualitative study exploring the benefits of hospital admissions from the perspectives of patients with palliative care needs. *Palliative Medicine*, 29(8), 703-710. [Http://doi: 10.1177/0269216315575841](http://doi.org/10.1177/0269216315575841)

Saarnio, L., Boström., Gustavsson, P., & Öhlen, J. (2015). Meaning of at-homeness at end-of-life among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 312-319. [Http://doi: 10.1111/scs.12246](http://doi.org/10.1111/scs.12246)

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Creating meta summaries of qualitative findings. *Nursing Research*, 52(4), 226-233.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

SBU (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. 8. Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik (sbu.se)

Segesten, K. (2020). Trygghet. I B. Andershed & B-M. Ternstedt (Red.). *Palliativ vård. Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 311-318). Studentlitteratur.



Shelton, G. (2016). Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(6), 657-661. [Http://doi: 10.6004/jadpro.2016.7.6.7](http://doi:10.6004/jadpro.2016.7.6.7)

Socialstyrelsen. (2012). *Dialog*. [https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/sid35-49\\_sjalvbestammande.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/sid35-49_sjalvbestammande.pdf)

Trygghet. [https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/sid51-65\\_trygghet.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/sid51-65_trygghet.pdf)

Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S.F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realized, experiences of family members and nurses with a new model of care. *The Australian Journal of Rural Health*, 27(4), 336-343. [Http://doi: /10.1111/ajr.12518](http://doi:10.1111/ajr.12518)

Stajduhar, K.I., & Davies, B. (2005). Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care. *Palliative Medicine*, 19(1), 21-32.

Strömberg, A. (1998). *Nya stora synonymordboken*. Stockholm: Strömberg.

Swenurse. (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige kompetensbeskrivning avancerad nivå: distriktssköterska*. kompetensbeskrivning distriktssköterska 2019.pdf (swenurse.se)

Söderberg, A., Karlsson, M.R., & Löfvenmark, C. (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(4), 203-209. [Https://doi:10.1177/0107408315587800](https://doi:10.1177/0107408315587800)

Ternstedt, M-B., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2017). *De 6 S: n. En modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur.

Thorpe, N., Singh, R., Chapman, H., & Farndon, L. (2021). Are we getting it right? A review of end-of-life care in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 26(7), 348-352. [Https://doi: /10.12968/bjcn.2021.26.7.348](https://doi:10.12968/bjcn.2021.26.7.348)

Ventura, A.D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J. & Ricciardelli, L. (2014). Home Based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and careers. *Palliative Medicine*, 28(5), 391-402.

Vetenskapsrådet. (2018). *Etik i forskningen*. SW\_ALLEA\_Den\_europeiska\_kodexen\_för\_forskningens\_integritet\_digital\_FINAL.pdf (vr.se)

Wennman-Larsen, A., & Tishelman, C. (2002). Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hope and expectations of family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 240-247. [Http://doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00091.x](http://doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00091.x)

Wennman, I., Ringheim, A., & Wijk, H. (2020). "We are here for you all the way" -Patients' and Relatives' Experiences of Receiving Advances Home Care. *American Journal of hospice & Palliative Medicine*, 37(9), 669-674. [Https://doi: 10.1177/1049909120905259](https://doi:10.1177/1049909120905259)

Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 399-410). Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Natur & Kultur.

World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines*. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

## Bilaga I. Sökord CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
	palliative care OR end of life care OR terminal care OR dying OR death	303 275	-	-	-	-
AND	“nurs*” OR nurs* attitudes OR nurs* experiences OR nurs* perspectives OR nurs* satisfaction*	39 436	-	-	-	-
AND	advanced home care	657	-	-	-	-
AND	nurs* support* OR spiritual care* OR trust OR well-being	252				
NOT	dementia OR alzheimers OR covid 19 OR SARS-CoV-2	188	-	-	-	-
begränsas	peer reviewed full text år 2000-2022	82	82	51	9	3

## Bilaga II. Sökord MEDLINE

Databas MEDLINE	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
	palliative care	51 468	-	-	-	-
AND	feeling safe	33	33	20	-	-
AND	at home	12				
begränsas	peer reviewed full text år 2000- 2022	10	10	10	1	1

## Bilaga III. Artiklar

Författare och titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitetsgranskning
Wennman, I., Ringheim, A., & Wijk, H. (2020). "We are here for you all the way" -patients 'and Relatives' Experiences of Receiving Advances Home Care.	Syftet med studie var att undersöka erfarenheterna av att få avancerad hemvård bland patienter som drabbats av livshotande sjukdom och deras närstående.	Ostrukturerade intervjuer med patienter och deras närstående i deras hem i Göteborg.	11 patienter som är äldre än 18 år och orienterar sig i tid och rum och deras närstående.	Medel
Borstrand, I., & Berg, L. (2009). Next-of-kin's experiences from a palliative home nursing team.	Syftet med denna studie var att belysa närståendes erfarenheter av ett palliativt hemsjukvårdsteam.	Intervjuer med närstående till patienter som vårdades hemma till livets slut med hjälp av ett palliativt hemsjukvårdsteam i Sverige.	Närstående som bestod av åtta män och fem kvinnor som alla var närstående till patienter som vårdats av det palliativt hemsjukvårdsteam.	Hög
Wennman-Larsen, A., & Tishelman, C. (2002). Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hope and expectations of family caregivers.	Syftet med studie var att utforska hur närstående resonerar kring sina förväntningar på att ge vård i livets slutskede hemma för närstående med cancer som är inskrivna i hemsjukvården.	Ostrukturerade intervjuer med närstående till cancerpatienter som var inskrivna i hemsjukvården i Stockholmsregion.	11 närstående till cancerpatienter som är äldre än 18 år och kan kommunicera på svenska, samt vårdas i hemmet.	Medel
Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Deas, K., & Smith, J. (2012). Do models of care designed for terminally ill	Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av palliativa patienter som är ensamma hemma med hjälp av två	Data samlades in i kvalitativa intervjuer som gjordes vid två tillfällen med hjälp av en intervjuguide.	26 palliativa patienter i Australien.	Hög

<p>“home alone” people improve their end-of-life experience? A patient Perspective.</p>	<p>vårdmodeller och effekten av dessa vårdmodeller på deras fysiska, sociala och känslomässiga behov.</p>			
<p>Barlund, A. S., André, B., Sand, K., &amp; Brenne, .- T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer.</p>	<p>Syftet med studien var att se vad hälso- och sjukvårdspersonal samt hur organisationen ska vara uppbyggd för att skapa trygghet till patienten och dennes familj.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med närstående till patienter som vårdades i hemmet i Norge.</p>	<p>10 närstående från 9 familjer varav 5 av dessa bodde tillsammans med patienten.</p>	<p>Hög</p>
<p>Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., &amp; Duijts, S, F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realized; experiences of family members and nurses with a new model of care.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva familjer och specialist-sjuksköterskors erfarenhet av få/ge utökad Palliativ vård och stödja patientens önskan att få dö i hemmet.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med närstående och sjuksköterskor i Australien.</p>	<p>10 familjemedlemmar och 4 sjuksköterskor.</p>	<p>Medel</p>
<p>Appelin, G., Brobäck, G., &amp; Berterö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved.</p>	<p>Syftet med denna studie var att identifiera den heltäckande bilden av palliativ vård i hemmet, som de inblandade upplevt.</p>	<p>Strukturerade intervjuer med patienter, närstående och distrikts-sköterskor i Sverige.</p>	<p>6 patienter med cancerdiagnos, 6 närstående samt 6 distriktssköterskor</p>	<p>Hög</p>

<p>Ellingsen, S., Roxberg, Å., Kristoffersen, K., Rosland, J. H., &amp; Alvsvåg, H. (2014). Being in transit and in transition the experience of time at the place, when living with severe incurable disease - a phenomenological study.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur det är att leva med en sjukdom som inte går att bota och få palliativ vård på olika platser.</p>	<p>Intervjuer med ostrukturerade frågor med en fenomenologisk design.</p>	<p>23 personer som får palliativ vård i Norge.</p>	<p>Hög</p>
<p>Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., &amp; Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer.</p>	<p>Syftet med studien var att få reda på om patienten upplevde deras behov och informationen de fick var tillräcklig för deras behov.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med patienter och närstående i Nederländerna.</p>	<p>13 patienter med avancerad cancer och 14 närstående.</p>	<p>Medel</p>

## Bilaga IV. Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används. Mallen utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

<b>Kvalitetsbedömning</b>			
2019–07	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Är metoden beskriven?			
Är metoden motiverad?			
Är kontexten presenterad?			
Är förståelsen redovisad?			
Är urvalet relevant (inklusions- och Exklusionskriterier)?			
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syftet?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en ”röd tråd” i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras studiens trovärdighet?			
Diskuteras överförbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
<b>Sammanvägd bedömning av artikelns kvalitet</b>	<b>Låg</b>	<b>Medel</b>	<b>Hög</b>



**Högskolan Väst**  
**Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00**  
[www.hv.se](http://www.hv.se)