

Sjuksköterskors upplevelse av etiska utmaningar
vid palliativ vård på vårdavdelning

en litteraturstudie

Natalie Djurstedt Niska
Maria Dahlquist

Sjuksköterska
2023

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsa, lärande och teknik



[Denna sida har avsiktligt lämnats tom]



Sjuksköterskors upplevelse av etiska utmaningar vid palliativ vård på
vårdavdelning

- *en litteraturstudie*

Nurses experience of ethical challenges in palliative care on a nursing
department

- *a literature study*

Maria Dahlquist

Natalie Djurstedt Niska

Kurs: O0106H, Examensarbete
Termin 6
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare: Eva Lindgren

Institutionen för hälsa lärande och teknik
Avdelningen för omvårdnad och medicinsk teknik

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskor som arbetar på sjukhusens vårdavdelningar kommer ofta i kontakt med palliativ vård och vård i livets slutskede. Sjuksköterskors perspektiv på hur det är att vårda palliativa patienter på en kurativ avdelning och de etiska dilemman de står inför, kan ge värdefulla insikter i hur vård i livets slutskede kan förbättras. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskor upplevelse av etiska utmaningar vid palliativ vård på en vårdavdelning.

Metod: Systematisk litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. Sökningen resulterade i 15 vetenskapliga artiklar. Analysen av artiklarna gjordes med en kvalitativ induktiv innehållsanalys med en manifest ansats. **Resultat:** Analysen resulterade i sex slutkategorier, vilka var: *Att känna sig maktlös, Att patientens rättigheter inte respekteras, Att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll, Att inte kunna ge patienten en värdig död, Att hamna i konfliktsituationer och Att uppleva skuld- och skamkänslor.* **Slutsats:** Resultatet visar att etiska utmaningar som uppstår inom palliativ vård på vårdavdelningar ofta beror på bristande teamsamverkan och kommunikationsbrister inom teamet. Det visar även att sjuksköterskor har låg tro på sin kunskap samt kompetens. Sjuksköterskor behöver bryta hierarkier, motverka maktpositioner och stärka det interprofessionella samarbetet inom teamet. Sjuksköterskor har ett lagstadgat ansvar för att omvårdnaden utförs på ett etiskt korrekt sätt. Det krävs att varje sjuksköterska vågar ta det ansvaret, samt vågar leda och stärka kollegor och varandra i det etiska arbetet. I framtida forskning vore det intressant att undersöka vad som krävs för att stärka sjuksköterskors självkänsla och ledarskap i mötet med etiska utmaningar.

Nyckelord: Palliativ vård, etiska utmaningar, etik, vårdavdelning, kvalitativ studie

I Sverige dör ungefär 90 000 människor varje år. Av dessa är det cirka 80 procent som avlider på sjukhus eller annan vårdinrättning. Personer med obotlig sjukdom spenderar sin sista tid i livet på sjukhus där vården framför allt är inriktad på korta vårdtider med kurativ vård. Förflyttningar av patienter mellan hemsjukvård och sjukhusvård sker ofta de sista veckorna i livet och leder ofta till att patienten slutligen dör på en sjukhussal. Det leder till att sjuksköterskor som arbetar på en vårdavdelning kommer att stöta på etiska utmaningar i mötet med patienter inom den palliativa vården (Palliativa registret, 2020).

Sjuksköterskans ansvar är att tillgodose patientens samt närståendes behov, önskemål samt att bemöta eventuella rädslor vid vård i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013). För att kunna göra det krävs kunskap, kompetens och utbildning inom palliativ vård. Enligt Socialstyrelsen (2016) delas den palliativa vården in i allmän samt specialiserad palliativ vård. Den allmänna palliativa vården kan bedrivas av sjuksköterskor med grundläggande kunskaper och utövas inom alla vårdformer. Den återfinns oftast på sjukhus eller på kommunala vårdboenden. Den specialiserade palliativa vården återfinns oftast på hospice som är en specialiserad vårdform för vård i livets slutskede, vård- och omsorgsboende eller i palliativt resursteam där den bedrivs av ett multiprofessionellt team med spetskompetens. På sjukhusens vårdavdelningar jobbar sällan de sjuksköterskor som är specialiserade på palliativ vård utan där arbetar oftast sjuksköterskor med begränsad kunskap inom ämnet. Det leder till att höga krav ställs på sjuksköterskan utan specialistkunskap på vårdavdelningen och kan leda till att patienterna inte får en värdig död i livets slut.

World Health Organization (WHO, 2020) definierar palliativ vård som ett förhållningssätt där vårdpersonal strävar efter att förbättra livskvaliteten för patienter men också för patienters anhöriga, genom att tidigt upptäcka och på så sätt förebygga samt minska lidande. Det görs genom att lindra symtom som smärta och genom att behandla andra fysiska, sociala och icke existentiella problem som kan uppstå i samband med obotlig sjukdom (World Health Organisation [WHO], 2022). Socialstyrelsen (2013) menar att den palliativa vården ska bedrivas utifrån fyra hörnstenar. Hörnstenarna är: *symtomlindring*, *samarbete*, *kommunikation* och till sist *relation och stöd till de närstående*. För att uppnå en god palliativ vård krävs det

att vården är personcentrerad och utformad efter den enskilde patientens behov. Det innebär att sjuksköterskan behöver bygga relationer till både patienten och patientens anhöriga. Dels för att ta reda på behoven, men framförallt för att utforma vården utifrån dem. Det gäller inte endast de fysiska behoven, utan även de existentiella, sociala och de psykiska behoven som patienten har. Det krävs även att sjuksköterskan besitter kompetens kring sjukdomsförlopp och prognos för att kunna bedöma när patientens tillstånd förvärras, för att sätta in rätt åtgärder därefter. När patientens tillstånd försämras är det sjuksköterskan uppgift att upptäcka det och informera ansvarig läkare om det försämrade tillståndet. Därefter bör ett brytpunktssamtal planeras in så fort som möjligt för patienten och hans anhöriga efter att ett samråd mellan läkaren och sjuksköterskan ägt rum (Socialstyrelsen, 2016). Den sista tiden i livet kan vara en svår tid, både för sjuksköterskan som har höga krav på sig men också för patienten och hans anhöriga. Trots det svåra, kan det bli en värdefull tid för alla berörda parter om sjuksköterskan lyckas med att ge patienten en värdig död. För att lyckas med det skall patientens autonomi, självbild och integritet bevaras och respekteras. Det görs genom att vården svarar mot den enskilde patientens behov men det som också ger patienten en värdig död är att bevara sociala relationer och att skapa mening med livet (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt Sandman & Kjellström (2020, s. 35) kommer ordet etik från grekiskan och betyder karaktär, sedvänja och värderingar hos individer. Med det menas individens sätt att handla, reflektera och agera i olika situationer. Hold (2017) beskriver de etiska utmaningarna som komplexa och varierande samt att det är något som sjuksköterskan dagligen kommer att stöta på i sin yrkesverksamhet. Etiska utmaningar och dilemman kan uppstå i situationer där sjuksköterskan vet vad som är den rätta åtgärden, men inte anser sig ha möjligheten att utföra den. Rodriguez-Ruiz et al., (2022) menar att det exempelvis kan bero på institutionella begränsningar eller oetiska miljöer på vårdavdelningen. Det har blivit vanligare att sjuksköterskor upplever etiskt svåra situationer vid vård i livets slutskede på vårdavdelningar, då det är ett stressande klimat, med känslomässigt krävande situationer och hög dödlighet bland patienterna. Enligt Hold (2017) kan etiska utmaningar också handla om bristande kommunikation inom vårdlaget gentemot patienten eller anhöriga, men även att patientens autonomi fråntas eller att livskvaliteten inte lyckas bevaras för patienten i dödsprocessen. Palliativ vård kräver att sjuksköterskor besitter flera olika kompetenser, inte bara den kliniska kompetensen utan även relationell, etisk och kommunikativ kompetens. Tydlig och ärlig

kommunikation om patienters diagnos samt prognos gällande en obotlig sjukdom, som respekterar patienters önskemål, påverkar deras livskvalitet på ett positivt sätt och förbättrar symtomhanteringen. Kompetens utvecklas med erfarenheter men det krävs ofta utbildning för att utföra det på rätt sätt (Panfilis et al., 2019).

Lechasseur et al., (2016) lyfter vikten av att sjuksköterskor har rätt etisk kompetens samt utbildning för att kunna möta patienter inom den palliativa vården på ett värdigt sätt. Det finns även uttryckt på Socialstyrelsen (2013) att all vårdpersonal ska ha kunskap om etiska principer och om värdegrunden för palliativ vård. För att säkerställa att alla patienter ska få en värdig vård i livet slutskede. Värdegrunden innefattar att respekt visas för individens integritet, autonomi och rättigheter. Den lägger också vikt vid rätten till en jämlik vård, att känna sig trygg samt att ingen ska diskrimineras (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Lewis et al., (2023) är vård av god kvalitet i livets slutskede en mänsklig rättighet. De menar också att effekterna av att dö utan värdighet har en negativ inverkan på patienten, men också på den vårdande sjuksköterskan vilket kan orsaka påverkan på ett personligt och professionellt plan. Det är därför viktigt med utbildning inom allmän palliativ vård för alla legitimerade sjuksköterskor och att specialiserad palliativ vård bedrivs på hospice eller på vård och omsorgsboenden med ett multiprofessionellt team som har de rätta kunskaperna. Kunskap om etiska utmaningar vid palliativ vård har betydelse för utvecklingen av palliativ vård på sjukhus, då vårdavdelningar i första hand är kurativa samt för patienter som är korttids inlagda. Denna litteraturstudie kan belysa problemet och öka förståelsen för sjuksköterskor och annan personal på en vårdavdelning som står inför etiska utmaningar i omvårdnaden av palliativa patienter.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av etiska utmaningar vid palliativ vård på en vårdavdelning.

Metod

I litteraturstudien har vi använt oss av en kvalitativ metod med manifest ansats. Syftet med studien var att få en djupare förståelse för sjuksköterskors upplevelse av olika situationer. Enligt Willman & Stoltz (2017, s. 399–410) kan denna vilja till förståelse vara att söka kunskap om fenomen såsom i vår studie, fenomenet upplevelser.

Litteratursökning

Till datainsamlingen använde vi oss av två olika databaser, vilka var Cinahl och PubMed. En strukturerad litteratursökning genomfördes i databaserna för att hitta artiklar som svarade mot syftet med litteraturstudien. Sökorden som valdes ord som kunde svara mot syftet, samt ge en bra bredd men också en specifik sökning. De sökord som användes var; “ethics”, “ethical issues”, “palliative care”, “nurse”, “nursing care” samt “qualitative” och “qualitative studies” och synonymer till dessa ord. I tabell 1 visas de exakta sökorden och vilka synonymer som valdes, vilka ord som är sökta med MeSh-termer eller med kontrollerade ämnesord och vilka ord som är sökta med fritext. I den systematiska litteratursökningen användes booleska sökoperatörer för att kunna förena eller separera de olika sökorden. På så sätt breddas eller begränsas sökningen för att på bästa sätt hitta artiklar som svarar mot det aktuella syftet (William et al., 2016, s. 72). Tabell 1 visar hur booleska operatörer har använts för att bilda olika block sökningar. Först kombinerades olika synonymer av sökorden med OR, för att få en bredare sökning. Därefter användes den booleska operatören AND för att kombinera ihop de olika block sökningarna för att sökningen skulle bli mer specifik och svara mot syftet. Olika urvalskriterier har ingått i sökningen, där inklusionskriterier och begränsningar användes. Inklusionskriterier i sökningen var att studien skulle vara utförd på ett sjukhus eller en vårdavdelning, att studien skulle vara vinklad från sjuksköterskans perspektiv och att det skulle vara en kvalitativ studie. Begränsningar som gjordes var att artiklarna inte skulle vara äldre än 10 år, endast artiklar på engelska, samt att artiklarna skulle vara granskade (peer-reviewed).

Sökningen i Cinahl resulterade i totalt 135 artiklar och sökningen i PubMed resulterade i 103 stycken. Artiklarna lästes igenom i titel samt abstrakt för att få en uppfattning om svarade mot syftet. Efter det återstod 60 artiklar som lästes igenom i resultatdelen för att se om de svarade mot syftet. Slutligen kvarstod 12 artiklar från Cinahl och 9 artiklar från PubMed som svarade mot syftet och innefattade de aktuella inklusionskriterierna. En manuell sökning i de valda artiklarnas referenser gjordes och därifrån valdes en artikel (Kwon et al., 2022) ut till litteraturstudien som också svarade mot syftet och uppnådde inklusionskriterierna.

Tabell 1. Översikt av systematisk litteratursökning

Syftet med sökning: Beskriva sjuksköterskors upplevelser av etiska utmaningar vid palliativ vård på en vårdavdelning

PubMed 2023 09 06 **Begränsningar: English, publications date: 2013–2023				
Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	MSH	Palliative care	63,331	
2	MSH	Terminal care	57,208	
3	FT	”End of life care”	15,333	
4	MSH	Morals	183,146	
5	MSH	Ethics, nursing	10,540	
6	MSH	Ethics	156,133	
7	FT	”ethical dilemma”	1,494	
8	FT	”ethical issues”	14,483	
9	FT	Qualitative*	402,813	
10	MSH	Qualitative research	83,074	
11	FT	”qualitative studies”	8,318	
12	FT	”qualitative interviews”	13,578	
13	MSH	Nursing care	141,633	
14	MSH	Nurses	98,910	
15	FT	Nurse*	470,368	
16		1 OR 2 OR 3	112,747	
17		4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	192,517	
18		9 OR 10 OR 11 OR 12	403,103	
19		13 OR 14 OR 15	545,985	
20		16 AND 17 AND 18 AND 19	169	
21		20 AND **	103	9

*MSH=MeSH-termer i PubMed, MH= Major headings i CINAHL, FT=fritextsökning.

Fortsättning tabell 1. Översikt av systematisk litteratursökning

Syftet med sökningen: Beskriva sjuksköterskor upplevelse av etiska utmaningar vid palliativ vård på en vårdavdelning				
CINAHL 2023 09 06 **Begränsningar: English, publication date: 2013–2023, peer reviewed				
Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	CH	Palliative care	24,560	
2	CH	Terminal care+	40,935	
3	FT	”End of life care”	28,171	
4	CH	Morals+	27,651	
5	CH	Ethics+	80,076	
6	CH	Ethics, nursing	5,547	
7	FT	”Ethical dilemma”	506	
8	FT	”Ethical issues”	40,470	
9	FT	Qualiative*	186,417	
10	CH	Qualiative studies+	147,470	
11	FT	”Qualitative research”	14,558	
12	FT	”Qualitative interviews”	7,594	
13	CH	Nursing care+	132,199	
14	CH	Nurses+	102,541	
15	FT	Nurse*	281,584	
16		1 OR 2 OR 3	44,523	
17		4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	100,635	
18		9 OR 10 OR 11 OR 12	212,006	
19		13 OR 14 OR 15	343,922	
20		16 AND 17 AND 18 AND 19	271	
21		20 AND **	135	12

*MSH=MeSH-termer i PubMed, MH= Major headings i CINAHL, FT=fritextsökning.

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskningen av artiklarna (n=22) användes SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) granskningsmall för bedömning av studier med kvalitativ

metodik (SBU, 2022). Granskningen av artiklar utfördes av båda författarna var för sig, vilket enligt William et al., (2016) är av stor vikt för att säkerställa ett pålitligt resultat. De individuella slutsatserna som författarna nådde jämfördes sedan för att säkerställa en enhetlig bedömning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Kvaliteten bedöms som antingen låg, medel eller hög och endast artiklar som höll en nivå av medel eller hög kvalitet (n=15) inkluderades i studien.

Tabell 2. Översikt av artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare (År)	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling /Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Land					
Bleicher et al. (2021) USA	Mixad metod	21 sjuksköterskor & 25 läkare	Semistrukturerade intervjuer/ induktiv kvalitativ analys	Sjuksköterskor känner etisk stress vid vård av palliativa patienter på akutvårdsavdelning som främjar aggressiv vård och där fokus är på att rädda liv.	Hög
De Brasi et al. (2021) Italien	Kvalitativ	28 sjuksköterskor (23 kvinnor, 5 män)	Djupintervjuer med öppna frågor/ förklarande fenomenologisk analys	Vad som orsakar etiska dilemman, känslor som uppdagas under etiskt stressade situationer, faktorer som påverkar och hur man överkommer dessa känslor	Hög
De Luna Leite et al. (2022) Brasilien	Kvalitativ	11 sjuksköterskor (10 kvinnor, 1 man)	Semistrukturerade intervjuer/ Grounded Theory	Sjuksköterskor anser att det är av yttersta vikt med kommunikation, mellan/till patienten, dennes familj & inom det tvärvetenskapliga teamet, för att inte etiska dilemman ska uppstå	Hög
Fernandes & Moreira (2013) Portugal	Kvalitativ	15 sjuksköterskor (7 kvinnor, 8 män)	Semistrukturerade intervjuer/ Tematisk och beskrivande analys	Etiska problem identifierades som: beslut i livets slutskede, integritet, integration lagarbete etc. Orsaker och hur man kan lösa dessa problem.	Medel
Fischer et al. (2015) Sverige	Kvalitativ	10 sjuksköterskor (7 kvinnor, 3 män)	Narrativa intervjuer/ fenomenologisk hermeneutisk analys	Sjuksköterskor berättar om att de upplever etiska dilemman när de måste agera mot patienternas vilja, agera mot sin moraliska övertygelse, inte blir hörda eller förstådda av sina medarbetare.	Medel
Granero-Molina et al. (2016) Spanien	Kvalitativ	26 akutsjukvårdspersonal, läkare & sjuksköterskor	Individuella djup intervjuer/ Induktiv analys	Tre teman om förståelse av fenomenet förlust av värdighet i livets slutskede så som att exponeras i en kylig miljö med avsaknad av palliativ kultur.	Hög

Fortsättning Tabell 2. Översikt av artiklar ingående i analysen (n=15)

Författare (År)	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling /Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Land					
Henrich et al. (2016) Canada	Kvalitativ	19 sjuksköterskor, 4 sjuksköterskel edare, 13 läkare	Fokusgrupper med diskussioner & telefonintervjuer/ attributionsanalys	Inkonsekventa vårdplaner: Dålig kommunikation och meningsskiljaktigheter. Brist på stöd och resurser.	Hög
Kwon et al. (2022) Korea	Kvalitativ	15 sjuksköterskor (15 kvinnor)	Ostrukturerade djupintervjuer/ tematisk analys	Etiska dilemman som framkom gällande sedering: Passiv vård, skuld känslor kring att inte kunna förutse döden & kollegors respektlösa attityder	Hög
Kyung Choi et al. (2023) Sydkorea	Kvalitativ	13 sjuksköterskor och 9 läkare	Semistrukturerad djupintervju/ Ground theory	Ingen organiserad vård i livets slutskede. Intensiva arbetsförhållande utan stöd till sjuksköterskor	Hög
McCallum & McConigley (2013) Australien	Kvalitativ	5 sjuksköterskor (5 kvinnor)	Semistrukturerade intervjuer/ tematisk analys	Etiska dilemman på öppen vårdavdelning: sjuksköterskor som beskyddare, vårdkonflikt, lugn och ro	Hög
Sandman et al. (2017) Sverige	Kvalitativ	15 Sjuksköterskor, 10, undersköterskor	Fokusgrupps intervjuer/ innehållsanalys	Utifrån etiska problem hittades 6 kategorier r/t patientens nära och kära och 5 kategorier av organisatoriska hinder hittades	Hög
Uzelli Yilmaz et al. (2023) Turkiet	Kvalitativ	11 sjuksköterskor (9 kvinnor, 2 män)	Semistrukturerade djupintervjuer/ tolkande fenomenologisk analys	Vad som ledde till etiska dilemman för sjuksköterskor: för lite personal, vägran att behandla, sekundär omvårdnad & kulturella problem.	Hög

Analys

Analysen utgick ifrån Graneheim och Lundmans (2004) metodartikel, vilken är en kvalitativ induktiv innehållsanalys med en manifest ansats. Artiklarna som valdes ut lästes igenom flertalet gånger för att få en klar bild över innehållet, vilket Graneheim och Lundman (2004) menar är av yttersta vikt, för att få ett trovärdigt resultat. Efter att artiklarna läst igenom

extraherades meningsenheter som svarar på syftet ur resultatdelen på respektive artikel. Alla meningsenheter som tagits ut skrevs sedan in i en tabell och varje meningsenhet fick en kod, för att kunna gå tillbaka till var den ursprungligen kom ifrån. Den koden kunde exempelvis vara A:1, vilket innebar att det var den första artikeln och den första meningsenheten i den artikeln.

När kodningen var gjord översattes de 200 meningsenheterna vi fick fram från engelska till svenska. Meningsenheter är oftast en mening, men kan också vara en del av en mening eller överskrida en mening. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigaste att få fram själva budskapet och därmed ta med så mycket det behövs i själva meningen för att det ska framgå. Meningsenheterna kondenserades därefter, vilket innebar att texten kortades ner utan att förlora sitt budskap och syfte. Kondenseringsdelades sedan upp i olika kategorier samt underkategorier, utifrån vilket innehåll de hade. Det gjordes i flera steg, tills slutkategorier samt underkategorier kvarstod som utgjorde kärnan i innehållsanalysen och som presenteras i resultatdelen i rapporten (Graneheim och Lundman, 2004).

Forskningsetiska övervägande

Vid granskning, tolkning och bedömning av de artiklar som ingick i studien har ett forskningsetiskt förhållningssätt tillämpats, vilket är av yttersta vikt enligt Kjellström (2017, s. 72–73) för att inte göra opartiska bedömningar samt för att värna om människors lika värde, autonomi samt deras integritet. Det är också viktigt att ständigt ha ett forskningsetiskt förhållningssätt för att inte väva in sina egna tolkningar eller synpunkter i det material som granskas. Innan studien startade reflekterade vi över var vi som författare står i våra egna värderingar och tankar kring ämnet. Det för att skapa en medvetenhet kring var vi står och för att inte implementera egna tankar, känslor, fördomar, nedvärderingar eller dylikt i resultatet, vilket Kjellström (2017, s. 58) beskriver som viktigt för att få ett korrekt samt trovärdigt resultat av forskningen. Enligt Kjellström (2017, s. 57, 64) är det också viktigt att reflektera över den nytta forskningen kan bidra med och i den här studien anser vi att det kan belysa problemen som finns och öka förståelsen samt kunskapen för sjuksköterskor och annan personal på en vårdavdelning som står inför etiska utmaningar i omvårdnaden av palliativa patienter. Projektet kan även ha betydelse för utvecklingen av sjukhusvårdens kvalitet för

patienter som befinner sig i livets slutskede på en vårdavdelning. Författarna har granskat de aktuella artiklarna i studien utifrån ett forskningsetiskt synsätt, genom att kontrollera att de utfört urvalet av deltagare på ett etiskt sätt, att det finns informerat samtycke och att deltagarna fått rätt information samt att de har rätt till att dra sig ur studien om de så önskar (Kjellström 2017, s. 69, 72).

Resultat

När analysen var färdigställd återstod slutligen sex kategorier. De presenteras i tabell 3. Sjuksköterskors upplevelse av etiska utmaningar på vårdavdelning beskrivs i brödtext under respektive kategori och innehåller även citat från artiklarna som analyserats.

Tabell 3. Översikt över kategorier (n=6)

Kategorier

- Att känna sig maktlös
- Att patienters rättigheter inte respekteras
- Att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll
- Att inte kunna ge patienten en värdig död
- Att hamna i konfliktsituationer
- Att uppleva skuld- och skamkänslor

Att känna sig maktlös

Sjuksköterskor beskrev att de kände sig maktlösa när patientens anhöriga inte ville berätta sanningen om det aktuella hälsotillståndet för patienten, sjuksköterskan kände därför sig tvingade att dölja sanningen för patienten (De Brasi et al., 2021). När läkare gav anhöriga felaktig information om patientens prognos och gav dem falskt hopp, beskrev sjuksköterskor en känsla av maktlöshet eftersom de inte ville eller vågade säga emot det läkaren hade förmedlat (Bleicher et al., 2021; Henrich et al., 2016).

“I feel like they sometimes feed a family like kind of false hope. And it’s really hard being the ICU nurse and hearing what they’re telling family and being like, no that’s not how it’s going to turn out” (Bleicher et al., 2021)

Sjuksköterskor beskrev att det som också orsakade en känsla av maktlöshet var när läkare tog beslut angående patienters behandling utan att involvera sjuksköterskan i den processen (De Brasi et al., 2021; De Luna Leite et al., 2022). De beskrev även att de kände sig maktlösa när läkare inte lyssnade på vad sjuksköterskan hade att förmedla angående patienters önskemål eller vad de ansåg vara bäst för patienten. I situationer när läkare inte delgav sjuksköterskan korrekt information och inte berättade om syftet angående de beslut som tagits berättade sjuksköterskor att de upplevde maktlöshet (De Luna Leite et al., 2022; Fischer et al., 2015; Henrich et al., 2016).

“You must make an honest speech to the client, but if the medical team doesn’t communicate the case to us, it becomes difficult” (De Luna Leite et al., 2022)

På vårdavdelningen kunde det ofta vara olika läkare som hade ansvar. Vården blev därför inkonsekvent för att läkarna införde olika behandlingsmetoder och inte lyssnade till vad sjuksköterskor ansåg var bäst för patienten (Henrich et al., 2016). Besluten som togs av läkare angående behandlingsmetoder stred ofta mot sjuksköterskans principer och sjuksköterskor beskrev då att en känsla av maktlöshet upplevdes för att de trots allt behövde utföra behandlingen. Det kunde bero på juridiska skäl eller för att de inte vågade gå emot läkarens beslut (De Brasi et al., 2021; De Luna Leite et al., 2022; Fernandes & Moreira, 2013; Granero-Molina et al., 2016; Kang et al., 2021).

“I am not in the position to make any decision. It is the professors who make decisions. It is hard for me to say something when my patients ask about my opinion.” (Kang et al., 2021)

En stor anledning till känslor av maktlöshet hos sjuksköterskor beskrivs vara när dem förespråkar ett mer palliativt förhållningssätt med inriktning på symtomlindring samt att bevara livskvalitet för patienten, men läkare ignorerade detta och fortsatte med aggressiva behandlingsmetoder (Bleicher et al., 2021; Diaz-Cortés et al., 2018; Fernandes & Moreira, 2013; Granero-Molina et al., 2016; Henrich et al., 2016; Kang et al., 2021; McCallum & McConigley, 2013).

“I think sometimes as well the doctors keep pushing, they are trying to be God and they push just another day, another day of aggressive management. And you

can see that it's not going to happen but obviously as nurses they don't listen to us. Even though you are the patient advocate they just keep trying and trying and you can see the patient is struggling.” (McCallum & McConigley, 2013)

Sjuksköterskor beskrev att de upplevde maktlöshet för att de inte kunde påverka kollegor som saknade engagemang för patienter. Det kunde exempelvis vara när läkare inte svarade nog snabbt eller ignorerade sjuksköterskan när hen försökte förmedla patientens behov och patienten inte fick den behandling sjuksköterskan ansåg att patienten behövde. Sjuksköterskor beskrev det frustrerande för att de var beroende av läkare och att de inte kunde göra något för att hjälpa patienten utan kunde bara se på när patienten led (Granero-Molina et al., 2016; Henrich et al., 2016; Kang et al., 2021).

“It's just it's difficult to have to spend that much time with somebody who's suffering. And I don't—I guess the question is, are they suffering necessarily or unnecessarily? Well for me, it's still suffering. I still feel the same way whether it's—you know, good for them or not.” (Henrich et al., 2016)

Att patientens rättigheter inte respekteras

I studier beskrev sjuksköterskor att de upplevde etiska utmaningar när patientens rättigheter inte respekterades, vilket kunde handla om patienters autonomi. Sjuksköterskor beskrev att patientens autonomi inte respekterades när vårdpersonal kommunicerade över patientens huvud trots att patienten var vaken samt att beslut tog som patienten inte var delaktig i (Fernandes & Moreira, 2013; Granero-Molina et al., 2016; Kwon et al., 2022).

“for ten minutes, they talked about everything, but they didn't talk to the patient. The patient was conscious, staring at them, hearing everything that they were saying; the patient couldn't speak because she was intubated, but she was able to communicate.” (Fernandes & Moreira, 2013)

Sjuksköterskor beskrev också att läkare använde sin maktposition genom att ta egna beslut om patientens behandling eller i samråd med patientens anhöriga istället för med patienten själv (Fischer et al., 2015; Granero-Molina et al., 2016). Läkare kunde i vissa fall undvika att ge

patienten korrekt information angående sin prognos och därmed framtogs dem möjligheten att fatta korrekta beslut gällande sin behandling (De Luna Leite et al., 2022; Granero-Molina et al., 2016). Sjuksköterskor beskrev att patienten framtogs anatomin när patienten tydligt visade att hen inte ville att sjuksköterskan skulle utföra vissa behandlingar men att sjuksköterskan ändå gjorde det, mot patientens vilja och på så sätt utnyttjade sin maktposition (Granero-Molina et al., 2016; Uzelli Yilmaz et al., 2023).

“Particularly with interventional procedures, the patient sometimes resists. I can see that the patient has a pain and doesn’t want this procedure. I feel very sorry for these patients, I am in dilemma. Which is right: not to continue with the procedure or to ignore the suffering?” (Uzelli Yilmaz et al., 2023)

Sjuksköterskor beskrev att patienters integritet inte respekterades på vårdavdelningar eftersom sjuksköterskor ofta klädde av patienterna inför andra eller att patientens endast hade ett lakan på sig när de låg i en sal med flera patienter (De Luna Leite et al., 2022; Fernandes & Moreira., 2013; Granero-Molina et al., 2016). Det som också beskrevs orsaka etiska utmaningar hos sjuksköterskor var när personalen på avdelningen pratade om patienterna inför andra och därav inte respekterade sekretessen som gäller (Fernandes & Moreira., 2013). Sjuksköterskor beskrev att patienter som var i livets slutskede behandlades likgiltigt, avhumaniserat och med brist på empati av vissa sjuksköterskor. Den typen av beteende berodde ofta på att sjuksköterskan inte ville bli för känslomässigt involverade i patienters situation men det resulterade i att patienter behandlades ovärdigt och inte fick den vård de förtjänade (Granero-Molina et al., 2016; Kwon et al., 2022).

“A lack of empathy, because of using the ‘power’ that we feel we have due to the work we do. Sometimes, power is high-handedness or arrogance, but it is also a barrier to protect us from others’ pain—something which we don’t know how to channel.” (Granero-Molina et al., 2016)

Att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll

Sjuksköterskor beskrev att en återkommande etisk utmaning var att de kände sig otillräckliga i sin yrkesroll. Det handlade om att tvivla på sig själv och sina beslut (De Brasi et al., 2021).

Brist på kunskap och rutiner gällande palliativ vård samt bristande kvalitet på vården (De Luna Leit et al., 2022). Etiska utmaningar som orsakade konsekvenser för sjuksköterskor var att fundera på om en handling de utfört verkligen var den bästa för patienten (De Brasi et al., 2021). Sjuksköterskor beskrev hur det var att ge kurativ vård till en patient och palliativ vård till en annan. De kände att det krävdes att de levererade två olika typer av vård med olika resultat. De kände oro över att den palliativa vården försumrades då fokus på avdelningen var att rädda liv. De beskrev kluvenhet och otillräcklighet i sin roll för hur de skulle behandla palliativa patienter samtidigt som de behandlar kurativa patienter (McCallum & McConigley, 2013).

“You kind are of torn, it’s like: “Do I make jokes? Do I carry on with my normal caring with the other patients? Or do I try to keep it down to have that respect?” It’s just really hard ... sometimes it’s hard because we have to divide between other patients ... we have to save other patients and treat them.”
(McCallum & McConigley, 2013)

Sjuksköterskor beskrev att en institutionell miljö fick dem att känna en känsla av hjälplöshet, frustration och skuld (Kyung Choi et al., 2023). Personalbrist var en återkommande utmaning då sjuksköterskan inte kunde ge den goda omvårdnaden till patienter i livets slutskede och deras anhöriga. Sjuksköterskan hade samtidigt som hen vårdade patienter i livets slutskede hand om kurativa patienter och anhöriga till dem som ställde höga krav på sjuksköterskan, vilket orsakade en ännu större känsla av stress och otillräcklighet. Det skapade ett hårt tryck på arbetsbördan och sjuksköterskor beskrev att de kände sig otillräckliga i sin yrkesroll för att de inte hann ge det stöd åt vare sig patienter eller anhöriga, som de önskade (Ozga et al., 2020). Förhållanden med hög beläggning gav en hög arbetsbelastning med känslan att inte hinna med att ge en god och värdig vård. Sjuksköterskorna beskrev att otillräckligt antal med sjuksköterskor var ett hinder för att kunna hålla en god kvalitet på omvårdnaden som de eftersökte. Hög beläggning samt personalbrist kunde leda till att patienter fick dö ensamma, sjuksköterskor beskrev att de kände sig otillräckliga i sin yrkesroll (De Brasi et al., 2021; Granero-Molina et al., 2016; Kang et al., 2021; Uzelli Yilmaz et al., 2023).

“Most of the time, we work without stopping, with no time to see, with no time to listen and under enough stress to make us blind to sensitivity.” (Granero-

Molina et al., 2016)

Sjuksköterskor beskrev att kunskapsbrist, brist på utbildningar och brist på rutiner om hur palliativ vård ska bedrivas var en stor orsak till att de kände sig osäkra i sin yrkesroll när de skulle vårda palliativa patienter (De Luna Leit et al., 2022; Ozga et al., 2020). Sjuksköterskor beskrev även att det var svårt att tolka ambivalenta patienter eller patienter med nedsatt kognitiv funktionsförmåga. Känslan av otillräcklighet och skuld infann sig då de kände sig osäkra om vad som var bäst för patienten. Sjuksköterskor beskrev känslan av otillräcklighet när de misslyckades att hantera och förmedla patientens önskan att dra sig ur dialys och dö (Fischer et al., 2015).

Att inte kunna ge patienten en värdig död

Sjuksköterskor beskrev att det var svårt att ge patienten en värdig död på en vårdavdelning eftersom den inte var anpassad för palliativ vård. En av anledningarna till varför en värdig död inte kunde ges patienten var för att det var svårt att bevara patientens integritet på vårdavdelningen. Det kunde bero på att vårdavdelningar på sjukhus ofta är utformade som öppna enheter med flersalar där patienter är placerade väldigt nära varandra (Fernandes & Moreria, 2013; Fischer et al., 2015; Kwon et al., 2022; McCallum & McConigley, 2013) eller att patienter placerades ute i korridoren på grund av överbeläggningar (Diaz-Cortés et al., 2018; Granero-Molina et al., 2016; Uzelli Yilmaz et al., 2023).

“... We had large open hospital rooms with several [patients] so they knew each other from the past ...I felt unable to protect him against being exposed to the others in his troubles... we should not have had him on an open ward but often the days are planned and you may not know how the patients feel until they arrive, and then there is less opportunity to make changes.” (Fischer et al., 2015)

Sjuksköterskor beskrev att det som också ledde till en ovärdig död på vårdavdelningen var att det inte fanns nog med utrymmen för patienten och dennes anhöriga att sörja, ta farväl eller att ha en lugn stund i livets slutskede. Vilket kunde leda till att patienter fick dö i ensamhet, i en oetisk miljö (Diaz-Cortés et al., 2018; Granero-Molina et al., 2016; Kyung Choi et al. 2023;

McCallum & McConigley, 2013).

“These patients die alone, in an unfamiliar, cold, impersonal environment, where techniques take precedence over the care and comfort of the dying person.” (Granero-Molina et al., 2016)

Den oetiska miljön orsakade inte bara en förlust av integriteten för den palliativa patienten, utan orsakade även lidande för de andra patienterna som delade rum med patienten. Vilket sjuksköterskor beskrev berodde på att patienterna blev påmind om sin död när de bevittnade omvårdnaden av den döende patienten (Kwon et al., 2022; Kyung Choi et al., 2023; McCallum & McConigley, 2013).

“There is no space between the beds and there is no privacy for grief... it’s just the whole environment here is so bad because of all the equipment and everybody’s monitors and pumps beeping at you. I don’t think it’s possible to give anybody a dignified death.” (McCallum & McConigley, 2013)

Sjuksköterskor berättar också att en värdig död för palliativa patienter var svår att uppnå på en vårdavdelning där de rätta resurserna saknas. De berättar också att det inte fanns en tydlig struktur kring ett palliativt arbetssätt på sjukhus. Det kunde exempelvis vara att det inte fanns en bra planering kring när samtal om vård vid livets slutskede skulle erbjudas till patienter och anhöriga (Fernandes & Moreria, 2013; Granero-Molina et al., 2016). Sjuksköterskor beskrev att när en patient fick en palliativ diagnos på en vårdavdelning ansågs patienten vara en arbetsbelastning samt resurskrävande och att de tog upp platser som egentligen inte var till för dem. I dessa situationer fanns påtryckningar från chefer att fort göra sig av med de palliativa patienterna, vilket ledde till att personalen fokuserar mer på det istället än för att ge patienten en god omvårdnad och en värdig död (Fernandes & Moreria, 2013; Kang et al., 2021; Kyung Choi et al., 2023).

“The problem is that these patients tend to stay for a long time, which generates ‘a traffic jam.’ The bedrooms in this hospital are not for them. You know, we have patients who got a heart surgery and they need the bedrooms. If you are taking care of the terminally-ill patient for months, then it would cause a huge problem to all people here.” (Kang et al., 2021)

Att hamna i konfliktsituationer

Sjuksköterskor beskrev att konflikter var en stor källa till frustration. En central etisk utmaning var att det fanns återkommande konflikter huruvida patienten skulle genomgå en traditionell behandling och vård inriktad på symtomlindring eller en mer aktiv livsförlängande behandling (Diaz-Cortés et al., 2018). Sjuksköterskor beskrev även etiska utmaningar när aggressiva behandlingsmetoder infördes trots vetskap om att patientens tillstånd inte skulle förbättras. Sjuksköterskor kämpade mot läkarens beslut som de beskrev försämrade patientens lidande. Istället för att övermedicinera patienten ville de avbryta behandlingen så att patienten kunde dö på ett fridfullt sätt med sin familj hos sig (Diaz-Cortés et al., 2018; McCallum & McConigley, 2013; Sandman et al., 2017).

" We don't want them to suffer anymore and it's happened a few times. The doctor called us "the angel of death"... that was so insulting because we're trying to make this guy just die in a peaceful way with his family around him, instead of pumping him full of medications." (McCallum & McConigley, 2013)

Sjuksköterskor beskrev att de kunde hamna i konfliktsituationer med läkare på grund av kommunikationsbrister. Brist på tillit, brist på förståelse och att i ömsesidig mening inte förstå moralisk nöd var ett exempel på en sådan konfliktsituation som just skapades utifrån bristande kommunikation (De Brasi et al., 2021; Kang et al., 2021; Kyung Choi et al., 2023).

Sjuksköterskor berättade att de kunde hamna i konflikter med anhöriga. De berättade om konflikter kring analgetikum och att anhöriga tyckte att patienten fick för mycket eller för lite smärtlindring. Det kunde röra sig om nära anhöriga som ville behålla kontrollen över situationen genom att de inte kunde acceptera att patienten var döende. En oklar bild av situationen gav anhöriga orealistiska förväntningar av resultatet (Bleicher et al., 2021; Fischer et al., 2015; Kwon et al., 2022; Ozga et al., 2020; Sandman et al., 2017).

"They are getting a lot of mixed signals...I don't feel like they're getting truthful picture of the patient and so have unrealistic expectations for the outcome." (Bleicher et al., 2021)

Att uppleva skuld- och skamkänslor

Sjuksköterskor beskrev etiska utmaningar i att skapa relationer samt att visa empati för patienter som var i livets slutskede. De beskrev att den känslomässiga involveringen blev en etisk utmaning för dem psykiskt (De Brasi et al., 2021; Diaz-Cortés et al., 2018). När patienter blev långvariga på sjukhuset eller vid återkommande sjukhusvistelser blev sjuksköterskor ofta mer känslomässigt involverade och led med patienten som inte fick en värdig vård i livets slutskede (De Brasi et al., 2021). Det som också var etiskt utmanande för sjuksköterskor var när de gav palliativ vård till yngre patienter (Fernandes & Moreria, 2013).

“It is extremely difficult to stop those manoeuvres when we are dealing with young people. We experience that mirror effect. I had a brutal experience with a small kid and, whether you like it or not, we bring it into our own lives because it could be my son, and then we spend two or three days thinking about that.”
(Fernandes & Moreria, 2013)

Andra situationer som sjuksköterskor beskrev som etiskt utmanande och där de upplevde känslor av skuld och skam, var när de hade administrerat lugnande läkemedel till patienter som avled kort därefter. Sjuksköterskor beskrev att de fick dem att ifrågasätta sin bedömning angående den aktuella dosen som givits och ifall det var den som orsakat patientens död (Kwon et al., 2022). Sjuksköterskor beskrev att vården de gav kändes meningslös och att de fick samvetsqual när patienten fick så mycket sederande läkemedel att det i princip sov sig igenom den sista tiden av livet (Kwon et al., 2022).

“One day, the patient frowned severely... He was grimacing severely in an unconscious state, so I used the as necessary (PRN) painkiller, and when I went back to him 30 min later, I found him dead. Did I indeed judge this patient well to give the drug?” (Participant 3) (Kwon et al., 2022)

Sjuksköterskor beskrev att när de kom i kontakt med patienter som var aggressiva eller hade ett avvikande beteende drabbades de av skuld-känslor kring detta. Dels för att de helst ville undvika dessa patienter då de kände sig obekväma i den situationen och dels för att de visste att patienten var väldigt sjuk och var helt beroende av sjuksköterskans vård (Fischer et al., 2015).

“He was sick, and it was only the type of ingratitude one might expect ... and one wants to do good, and he may have understood that from his side but, one still just gets churlishness and tantrums in return” (Fischer et al., 2015)

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av etiska utmaningar vid palliativ vård på vårdavdelningar. De etiska utmaningar som framkom i litteraturstudien resulterade i sex kategorier: *Att känna sig maktlös, Att patientens rättigheter inte respekteras, Att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll, Att inte kunna ge patienten en värdig död, Att hamna i konfliktsituationer, Att uppleva skuld- och skamkänslor.*

Resultatet beskrev att sjuksköterskor kände sig maktlösa gentemot de behandlingsmetoder som läkare ordinerade och som ansågs vara ett lidande för patienterna. Känslan av maktlöshet grundade sig ofta i att läkarna fattade beslut utan att involvera sjuksköterskan eller helt ignorerade dem. Det kunde också bero på att sjuksköterskan inte lyckades förmedla patientens önskan samt att de tvingades utföra behandlingsmetoder som stred mot deras principer. Henderson (1960) betonar den skyldighet sjuksköterskan har gentemot patienten snarare än mot läkaren. Hon menar att sjuksköterskans unika funktion bland annat är att utföra de handlingar som kan bibehålla hälsan, tillfrisknandet eller som kan leda till en fridfull död. Cunningham (2021) menar att när sjuksköterskor känner att de inte har handlingsfrihet blir de maktlösa, oberoende av vad insatsen har för betydelse. På arbetsplatser finns det ofta olika strukturer som innefattar olika hierarkier, kulturer och rutiner. Strukturer som rotas med tiden i språk, jargonger eller på olika sätt att agera på arbetsplatsen som tillslut bildar en strukturell begränsning. Enligt Cunningham (2021) leder ofta dessa strukturer till att läkare har en högre maktposition än sjuksköterskor, vilket hindrar sjuksköterskor och läkare att nå ett gemensamt samspel. Enligt Wei et al., (2022) är det viktigt att förbättra den interprofessionella samverkan inom hälso- och sjukvården samt att bryta starka gränser inom yrkeskulturen i sjukvården. Wei et al., (2022) menar att det förhoppningsvis kan avveckla hierarkier och maktpositioner mellan vårdpersonal så att sjuksköterskor och läkare istället börjar se sig som ett team som delar en gemensam vision. Det är viktigt både för att sjuksköterskors åsikter ska tas på lika stort allvar och för att en jämställdhet ska uppnås mellan yrkesrollerna men också för att i

slutändan kunna ge patienten den vård hen förtjänar.

I resultatet framkom att sjuksköterskor kände sig maktlösa när kommunikationen och samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare var bristfällig. Foronda et al., (2016) belyser vikten av interprofessionell kommunikation och menar att det är när den brister som dåliga patientresultat uppstår. När kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare inte fungerar kan det resultera i fel behandlingsmetoder, patientskada och även dödsfall. Svensk sjuksköterskeförening (2023) påtalar att samverkan i team innebär att komplettera varandras yrkeskompetenser för att i dialog främja kontinuitet, lärande och beslutsfattande för att uppnå en god och säker vård för patienten. Det är även viktigt att kunna ha en öppen kommunikation inom teamet angående rollfördelningar, maktstrukturer och kompetens. Teamet ska kunna arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål och det är därför viktigt att alla inom teamet är medvetna om sin specifika roll så att inte förvirring uppstår istället för effektivitet (Palliativa registret, 2021).

I resultatet framgår det att sjuksköterskor upplevde etiska utmaningar när patientens autonomi inte respekteras. Autonomi framtogs patienten genom att personal tog egna beslut angående patientens behandling eller att de utövade behandlingsåtgärder mot patientens vilja. I det Palliativa registret (2021) beskrivs modellen med de 6 S:n. Modellen omfattar sex områden för att konkretisera synsättet bakom den palliativa vården och däribland självbestämmande. Modellen beskriver patientens självbild, där självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier ingår. Ternestedt et al., (2012) utvecklade modellen utifrån frågor som psykiatern Weisman tagit fram om en människovärdig död. Enligt Ternestedt et al., (2012) är syftet med modellen att underlätta för en personcentrerad vård, skapa tydliga förhållningssätt, samt att utgöra en struktur vid dokumentation, planering och utvärdering av vården för att i slutändan skapa en bättre helhetsbild av patientens behov. Enligt Glasdam (2020) är patientdelaktighet inom vården ett ideal och en rättighet. Alla människor ska behandlas som självständiga individer som har rätt till att bestämma över sina egna liv och sin vård när de är under behandling. Glasdam (2020) menar vidare att patientdelaktighet inte bara är en rättighet utan även fördelaktigt för att involvera patienten och för att hen skall bilda sig en förståelse av sin sjukdom och lättare kunna hantera symtom. Enligt Heinz (2018) vill 99 % av patienter som har en palliativ diagnos involveras i beslutsfattande processer och att deras autonomi skall respekteras av vårdpersonal. Att

patienten är delaktig i sin vårdprocess innebär inte bara att patienten ska erbjudas fria val och att själv få bestämma över sin behandling, det innebär också att patienten skall få dela samt bearbeta känslor och tankar med vårdpersonal. Vilket är extra viktigt för patienter inom den palliativa vården som syftar till att lindra både den fysiska-, men även den psykiska smärtan hos patienterna. Glasdam (2020) menar att patienter lämnar över ansvaret av sina kroppar till vårdpersonal när de blir sjuka och skrivs in i hälso- och sjukvården. Det ger sjuksköterskan det yttersta ansvaret och det är viktigt att sjuksköterskan besitter etisk kompetens och uppmärksammar patientens känslomässiga och kroppsliga upplevelser. Enligt resultaten är det dock svårt för sjuksköterskor att respektera patientens autonomi på vårdavdelningarna. Det kan bero på hur miljön är utformad på avdelningarna, resursbrister, att sjuksköterskor utnyttjar sin maktposition, okunskap eller att sjuksköterskor tvingas till att utföra behandlingar mot sin vilja som då leder till att patientens autonomi inte respekteras. Trots brister på vårdavdelningar har sjuksköterskan alltid ett eget ansvar gentemot patienten. Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (2021) ansvarar den legitimerade sjuksköterskan för att bland annat ge patientens bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Att patientens autonomi, som kanske är det enda de har kvar i livets slutskede och att den då inte respekteras, ser vi som ett stort etiskt dilemma i vår framtida karriär som sjuksköterskor. Enligt Sandman och Kjellström (2020) är det av stor vikt att patienten skall kunna fatta egna beslut i den mån hen klarar av och har förmågan kvar. En patient som är handlingskraftig har sin autonoma förmåga kvar, det vill säga att det ökar patientens förmåga att kunna realisera sina önskningar och beslut. Det kan handla om blinkningar eller andra uttryck som är viktiga att uppmärksamma för att ge patienten möjlighet till egna beslut och att kunna ha kvar sin autonomi så länge det är möjligt (Sandman & Kjellström, 2020, s. 249–250).

I resultatet framkom att sjuksköterskor hade svårt att bevara patientens integritet på vårdavdelningar relaterade till miljön, platsbrist men även på grund av respektlöshet. Enligt Palmryd et al. (2021) är integritet ett etiskt kärnbegrepp inom hälso-, och sjukvården och innefattar bland annat att sjuksköterskor ska stärka och tydliggöra patientens ställning inom vården samt främja patientens självbestämmande, delaktighet och integritet (Patientlagen, 1 kap. 1 §). Palmryd et al., (2021) belyser vikten av att bevara patientens integritet på vårdavdelningarna eftersom patienter i olika medvetandetilstånd vårdas tätt inpå varandra.

Att den tekniska utrustningen tar stor plats och att öppna avdelningar där sängar är placerade nära varandra inkräktar på den personliga sfären. Vissa patienter har komplexa diagnoser som kräver avancerade behandlingsmetoder, samtidigt som andra patienter erhåller palliativ vård.

I resultatet framkom det att sjuksköterskor kände sig otillräckliga i sin yrkesroll. De beskrev att det handlade om allt ifrån brist på kunskap och rutiner gällande palliativ vård, resursbrist, hög arbetsbelastning, bristande kvalitet på vården, samt att sjuksköterskor ofta tvivlade på sig själv och sina beslut. Mealer & Moss (2016) menar att faktorer som får sjuksköterskor att känna sig otillräckliga i sin yrkesroll är inre och yttre begränsningar, exempel på det kan vara att utföra en "meningslös" behandling, otillräcklig smärtlindring, att inge falskt hopp till patienter. Interna begränsningar kan uppstå av oförmågan att upprätthålla ett känslomässigt och sunt perspektiv till den lidande patienten så som bristande självförtroende, överdriven rädsla och oförmågan att klara av patientens lidande. Vidare menar Mealer & Moss (2016) att externa begränsningar härrör aspekter av arbetsmiljön, den hierarkiska strukturen, otillräcklig bemanning och brist på lojalitet. Som tidigare nämnts är resursbrist, stress och tidspress vanliga orsaker till etiska utmaningar hos sjuksköterskor inom den palliativa vården, och här blir det också en tydlig faktor. I resultatet framkom det att sjuksköterskor saknar kunskap och utbildning för att kunna ta rätt beslut för de patienter som har en palliativ diagnos och därför känner sig otillräckliga i sin yrkesroll. Enligt De Campos et al., (2022) kan det bland annat handla om symtomhantering eller hur de ska kommunicera med patienter och anhöriga på bästa sätt. De Campos et al., (2022) menar vidare att det är sjuksköterskans etiska skyldighet att tillhandahålla en holistisk, relationsbaserad och individanpassad palliativ vård för patienter och dess anhöriga. Enligt Diehl et al., (2021) är arbetsbelastningen och kraven orimligt höga på den enskilde sjuksköterskan. I relation till tidspress, resurser, utbildningsnivå och uteblivet stöd för chefer kan det i slutändan leda till utbrändhet hos sjuksköterskan och därmed kommer det inte finnas kompetenta sjuksköterskor kvar inom den palliativa vården. Diehl et al., (2021) menar att det hade kunnat motverkas genom att istället utöka resurser och anställa fler sjuksköterskor samt att erbjuda sjuksköterskorna som är verksamma på vårdavdelningar, handledning och utbildning inom palliativ vård. Om det finns nog med resurser så att arbetsbelastningen minskar kommer det bidra till en mer trivsamt arbetsmiljö, mer tid för den enskilde patienten och därmed en högre vårdkvalitet.

I litteraturstudien framkom även att sjuksköterskor ansåg att de inte kunde ge patienten en

värdig död på sjukhusens vårdavdelningar, vilket orsakade etiska utmaningar. Ternstedt et al., (2012) menar att vårdkulturen och även miljön har en stor betydelse för patientens välbefinnande och självbild vid livets slut. Patientens andliga och existentiella behov i mötet med döden kan vara viktiga i ett sammanhang, samt val av strategier (Ternstedt et al., 2012). Sjuksköterskor i studien beskriver att vården av den palliativa patienten istället borde fokusera på värdighet, fridfullhet och att patienten inte ska dö utan sin familj övergiven i en korridor helt ensam (Fernández-Sola et al., 2015). Sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar runt om i världen står inför flera etiska utmaningar när det kommer till att vårda patienter i livets slutskede samtidigt som de tar hand om kurativa patienter. Sjuksköterskorna tacklas med hierarki-problem, underbemanning, stress, kommunikationssvårigheter, konflikter samt okunskap.

I resultatet berättar sjuksköterskor att förståelse som saknas för varandra inom vårdteamet, är en upphovskälla för konflikter och som i sin tur leder till etiska utmaningar för dem. Enligt Georges & Grypdonck (2002) beskrev sjuksköterskor att en olämplig medicinsk behandlingsmetod av läkare var en källa till etisk stress för dem. Exempelvis när läkare insisterade på att använda avancerad teknologi på döende patienter. Skillnaden mellan sjuksköterskor och läkares perspektiv kan förklara hur konflikter uppstår. Sjuksköterskors perspektiv kännetecknas av en vilja att agera efter patientens behov och önskemål, medan läkarnas perspektiv kännetecknas av att agera i enlighet med behandlingsmöjligheter. Läkare spenderar en kort tid med patienter och drar slutsatser utifrån fysiska fynd medan sjuksköterskor som spenderar mer tid hos patienter lutar på deras personliga interaktion med patienterna (Georges & Grypdonck, 2002). Vidare menar Georges & Grypdonck (2002) att brist på förståelse för varandras synsätt leder till konfliktsituationer.

I resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde känslor av skuld och skam när patienter avled strax efter att de hade administrerat analgetikum eller sederande läkemedel. Enligt Georges & Grypdonck (2002) var vissa sjuksköterskor ambivalenta till administrering av läkemedel när de fruktade att patienten skulle avlida strax därefter. I likhet med litteraturstudien fann Georges & Grypdonck (2002) att vissa sjuksköterskor utvecklat strategier för undvikande, då det fanns situationer som gjorde dem obekväma. I resultatet berättar sjuksköterskor om etiska utmaningar i att skapa relationer samt att visa empati för patienter som befann sig i livets slutskede. De beskrev att den känslomässiga involveringen

blev för psykiskt påfrestande. Vi anser att detta är ett stort problem eftersom det är viktigt att sjuksköterskor vågar skapa relationer med patienten. För att kunna ge en god palliativ vård behöver omvårdnaden vara personcentrerad vård, vilket inte går om sjuksköterskan betar sig undvikande mot patienten. Om sjuksköterskan inte vet vad patientens behov är, kommer vården inte att bli utformad för den enskilde patienten som då inte heller får en värdig vård i livets slut.

Metodkritik

Enligt Mårtensson & Fridlund (2017, s. 431) ska en diskussion föras om begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet för att stärka en god vetenskaplig kvalitet av kvalitativa studier.

Trovärdigheten i studien har stärkts genom att studenterna tydligt och noggrant redovisat tillvägagångssättet som lett fram till resultatet som svarar mot syftet. Den strukturerade litteratursökningen är genomförd i två olika databaser, vilket också stärker trovärdigheten enligt Henricson (2017, s. 414). Litteratursökningen genomfördes med engelska sökord samt att mesh-termer och synonymer användes för liknande sökord för en bredare sökning med fler träffar. Enligt Henricson (2017, s. 414) är valet av sökord, exklusions-, och inklusionskriterier, begränsningar samt valet av databaser av stor vikt för att trovärdigheten och relevansen i artiklarna ska bli hög. Vilket författarna haft i åtanke, samt redovisat tydligt under varje given del i litteraturstudien. Det som dock kunde upplevas som en svaghet genom studien var tidspressen som uppstod emellanåt för att hinna klart i tid till uppsatta seminariedatum, vilket kan ha påverkat noggrannheten i granskning av artiklar samt analysprocessen. För att ändå stärka upp trovärdigheten genomförde båda författarna granskningen av artiklarna samt analysen, både enskilt och gemensamt.

Pålitlighet handlar om hur väl författarna lyckas hålla sig objektiva under litteraturstudiens gång och inte blivit färgade av egna tankar och känslor. Det har stärkts genom att författarna har tillämpat ett forskningsetiskt förhållningssätt. Innan studien startade reflekterade författarna och skrev ner var dem stod i sina egna värderingar och tankar kring ämnet för att på så sätt skapa en medvetenhet kring det och för att inte implementera egna tankar, känslor, fördomar eller dylikt i resultatet (Henricson, 2017, s. 415).

Bekräftelsebarheten handlar övergripande om hur väl metoden är skriven. Metoden i litteraturstudien är noggrant dokumenterad. Det gjordes för att studien skulle vara repeterbar och ge liknande resultat om metoden utförs på samma sätt, under liknande omständigheter av oberoende forskare. Dock kommer en kvalitativ studie aldrig ge exakt samma resultat, då forskarens egenskaper och tidigare erfarenheter kommer påverka resultatet (Holloway & Wheeler, 2017, s. 299). Mårtensson & Fridlund (2017, s. 432) menar att bekräftelsebarhet ändå stärks av noggrannhet och en strukturerad metod, även om resultatet inte kommer kunna vara exakt densamma. Mårtensson & Fridlund (2017, s. 432) menar att bekräftelsebarhet stärks genom att författarna är objektiva vid analys av data samt genom att låta andra granska litteraturstudien, vilket handledare och andra författare har gjort vid opponentskap.

Överförbarhet handlar om i vilken grad litteraturstudiens resultat kan överföras till andra kontexter, situationer eller grupper. För att det skall vara möjligt att bedöma överförbarhet krävs ett tydligt beskrivet resultat, dessutom behöver trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten vara säkerställda (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 433). De femton artiklar som valdes ut till studien var från stora delar av världen och kontexten för samtliga studier var vårdavdelningar på sjukhus. Vi såg likheter i artiklarna att sjuksköterskor beskriver etiska utmaningar på sjukhusens vårdavdelningar världen över oavsett land och anser därför att resultatet har en överförbarhet i Sverige.

Slutsats

Resultatet visar att etiska utmaningar som uppstår inom palliativ vård på vårdavdelningar ofta beror på bristande teamsamverkan och kommunikationsbrister inom teamet. Det visar även att sjuksköterskor har låg tro på sin kunskap samt kompetens. Det kan leda till ett svagt ledarskap när det gäller att styra omvårdnadsarbetet av patienterna. Vi som sjuksköterskor behöver stärka varandra i att ta ansvar för omvårdnadens etiska utmaningar och att tro på att vi har den kompetens som krävs. Vi behöver bryta hierarkier, motverka maktpositioner och stärka det interprofessionella samarbetet inom teamet. Sjuksköterskor har ett lagstadgat ansvar och är den ledare inom vårdteamet som har den högsta utbildningen i etiska frågor. Sjuksköterskan är den som bär det högsta ansvaret för att omvårdnaden utförs på ett etiskt korrekt sätt. Det krävs att varje sjuksköterska vågar axla det ansvaret, vågar leda kollegor i det etiska arbetet samt undervisa i etiska frågor istället för att låta andra ta besluten eller tänka att det inte finns

nog med resurser, tid eller stöd från organisationen för att arbeta på ett etiskt sätt. I framtida forskning vore det intressant att undersöka vad som krävs för att stärka sjuksköterskors självkänsla och ledarskap i mötet med etiska utmaningar.

Författarnas bidrag

Det är två författare som har skrivit examensarbetet. Författarna har bidragit i lika stor omfattning till arbetet.

Till sist vill vi tacka vår handledare Eva Lindgren för allt stöd genom processen.

Referenser

*= Artiklar som ingår i Analysen

*Bleicher, J., Place, A., Schoenhals, S., Luppens, C., Grudziak, J., Lambert, L., & McCrum, L. (2021). Drivers of moral distress in surgical intensive care providers: A mixed methods study. *Journal of Surgical Research*, 266, 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.04.017>

Cunningham, C. (2021). “Gaming” communication between doctors and nurses: Understanding the interactions in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101065>

*De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses’ moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 28(5), 614-627. <https://doi.org/10.1177/0969733020964859>

De Campos, P., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B., William, E., (2022) Integrating Palliative Care into Nursing Care. *AJN, American Journal of Nursing*, 122 (11), 40-45. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d>

*De Luna Leite, N., Lima Dos Santos, A. C., Borba De Souza Cavalcanti, A. C., De Almeida Cavalcanti, A. T., Aracele, T., Gomes, E. T., & De Araujo Puschel, V. A. (2022). Preoperative care for patients in terminal stage of disease from the perspective of nurses. *Rev Rene*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222381328>

*Diaz-Cortéz, M., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J.M., Rodríguez, R. P., Casao, M. C., & Fernández-Sola, C. (2018) Promoting dignified end-of-life care in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 37, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.004>

Diel E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C., & Dietz, P.

(2021). The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. *PloS One*, *16*(1).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>

Fernández-Sola., C., Díaz Cortés, M. M., Hernández-Padilla, J. M., Torres, C. J. A., Terrón, M. M., & Granero-Molina., J. (2015). Defining dignity in end-of-life care in the emergency department. *Nursing Ethics*, *24*(1), 20-32. <https://doi.org/10.1177/0969733015604685>

*Fernandes, M., & Moreira, I. (2013). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, *20*(1), 72-82. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733012452683>

*Fischer Grönlund, C., Söderberg, A., Zingmark, K., Sandlund, M., & Dahlqvist, V. (2015). Ethically difficult situations in hemodialysis care – Nurses’ narratives. *Nursing Ethics*, *22*(6), 711-722. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733014542677>

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, *19*, 36-40.

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>

Georges, J. J & Gryndonck., M (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: A literature review. *Nursing Ethics*, *9*(2), 120-235. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1191/0969733002ne495oa>

Glasdam, S., Bredahl Jacobsen, C., & Bess Boelsbjerg, H. (2020). Nurses’ refusals of patient involvement in their own palliative care. *Nursing Ethics*, *27*(8), 1605–1702. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733020929062>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

*Granero-Molina, J., Del Mar Díaz-Cortés, M., Hernández-Padilla, J. M., & Fernández-Sola, C. (2016). Loss of dignity in end-of-life care in the emergency department: A phenomenological study with health professionals. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020>

Heinz, M., Hofstede, J., Rijken, M., Korevaar, J., Donker, G., & Francke, A. (2018). Palliative care for patients with cancer: Do patients receive the care they consider important? A survey study. *BMC Palliative Care*, 17(61). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0315-3>

Hendersen, V. (1960) *Basic principles of nursing care*. Geneve: International Council of Nurses.

*Henrich, N., Dodek, P., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S., & Rodney, P. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Critical Care*, 35, 57–62. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1016/j.jcrc.2016.04.033>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson, (Red.) Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. (2 uppl., s. 411-419). Studentlitteratur.

Hold., J. L. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 3-119. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733015602051>

Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. (Vol. Fourth edition). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*Kang, J., Choi, E. K., Seo, M., Ahn, G. S., Park, H. Y., Hong, J., Kim, M. S., & Park, H. Y.

(2021). Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study. *PloS One*, 16(12), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260343>

* Keyong Choi, E. K., Kang, J., Park, Y. H., Kim, J. Y., Hong, J., Yoo, S. H., Kim, S. M., Keam, B., & Park, Y. H. (2023). Moral distress regarding end-of-life care among healthcare personnel in Korean university hospitals: Features and differences between physicians and nurses. *Korean Medical Science*, 38(22), 1-14. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e169>

Kjellström, S. (2020). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.

*Kwon, S., Kim, M., & Choi, S. (2022). Ethical dilemmas and care actions in nurses providing palliative sedation. *Nursing Ethics*, 29(5), 1220-1230. <https://doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/09697330221105639>

Lechasseur, K., Caux, C., Dollé, S., & Legault, A., (2016). Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics*, 25(6), 694–706. <https://doi.org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/0969733016667773>

Lewis, S., Triandafilidis, Z., Curryer, C., Yeun-Sim Jeong, S., Goodwin, N., Carr, S., & Davis, D. (2023). Models of care for people with dementia approaching end of life: A rapid review. *Palliative Medicine*, 37(7), 896–1039. <https://doi.org/10.1177/02692163231171181>

*McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25–30. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.1.25>

Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615–1617. <http://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:5 uppl., s. 421–433). Studentlitteratur.

*Ozga, D., Woźnial, K., & Gurowic, P. J. (2020) Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Global Advances in Health and Medicine*, 9(1) <https://doi.org/10.1177/2164956120916176>

Palliativregistret. (2020). *Årsrapport för svenska palliativ registret 2020*.

<https://palliativregistret.se/media/ydvnookr/%C3%A5rsrapport-2020.pdf>

Palliativregistret. (2021). *Palliativ vård, nationellt vårdprogram*.

<https://palliativregistret.se/media/wzcc2f3b/nationellt-v%C3%A5rdprogram-palliativ-v%C3%A5rd-2021.pdf>

Palmryd, L., Rejnö, Å., & Godskesen, T. E. (2021). Integrity at end of life in the intensive care unit: a qualitative study of nurses' views. *Annals of intensive care*. 1(23).

<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00802-y>

Panfilis, L., Leo, S., Peruselli, C., Ghirotto L., & Tanzi, S. (2019). “I go into crisis when ...”: ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC palliative care*, 18(70), 1–8.

<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0453-2>

Patientlagen (SFS 2014:82). Socialdepartementet. Patientlag (2014:821) | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

Rodriguez-Ruiz, E., Campelo-Izquierdo, M., Veiras, P. B., Rodriguez, M. M., Estany-Gestal,

A., Hortas, A. B., Rodriguez-Calvo, M. S., & Rodriguez-Nunez, A. (2022). Moral distress among healthcare professionals working in intensive care units in Spain. *Medicina intensiva*, 46(7), 383–391. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2021.06.005>

*Sandman, L., Molander, U., & Benkel, I. (2016). Developing organisational ethics in palliative care. *Nursing Ethics*, 24(2), 138–150. <https://doi.org/10.1177/0969733015595542>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2020). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (2:3 uppl.) Studentlitteratur.

SBU (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Stockholm: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, rekommendationer och indikationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Indikationer och underlag för bedömningar* (Artikelnummer 2016-12-12). Socialstyrelsen.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2021). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Broschyr]. Svensk Sjuksköterskeförening. A4 ICN Etiska kod enkelsidor.pdf (swenurse.se)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2023). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Broschyr]. Svensk Sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>

Ternstedt, B., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 s:n. En modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur.

*Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., & Akin, E. (2023). A Phenomenological Analysis of Experiences and Practices of Nurses Providing Palliative and End of Life Care. *Journal of death and dying*, 87(3), 999-1016.

<https://doi.org.proxy.lib.ltu.se/10.1177/00302228211037506>

Wei, H., Horn, P., Sears, S. F., Huang, K., Svensson, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of interprofessional care*, 36(5), 735–749.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 399-410). Studentlitteratur.

World Health Organization (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>