



## **Sjuksköterskors Erfarenheter av Palliativ vård i Landsbygdsområden**

En Litteraturöversikt

## **Nurse's Experience of Palliative Care in Rural Areas**

A Literature Review

Program: Självständigt arbete, 15 hp

Kurskod: GPA105, HT23

Nivå: Avancerad nivå

Linda Stålberg

Emilie Udd

Handledare: Victoria Wallin

Examinator: Sandra Doveson

# Sammanfattning

- Bakgrund:** Målet med palliativ vård är att förbättra livskvaliteten och lindra patientens lidande fram till döden. Sjuksköterskorna ansvarar för att främja patientens livskvalitet både fysiskt och psykiskt. I den palliativa vården utvecklar sjuksköterskorna nära relationer, ofta med hela familjen. I landsbygdsområden upplever patienter och närstående att den palliativa vården är begränsad. Geografisk plats är en avgörande faktor för den palliativa vårdens tillgänglighet trots att vården strävar efter att vara jämlik. Sjuksköterskorna har en central roll i den palliativa vården och de har stor möjlighet att påverka utfallet gällande vården med sin kunskap.
- Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med palliativ vård på landsbygden.
- Metod:** Litteraturöversikten baseras på resultatet från 13 kvalitativa studier som analyserades med hjälp av tematisk analys.
- Resultat:** Resultatet gav tre huvudrubriker; sjuksköterskornas förutsättningar för palliativ vård i landsbygdsområden, sjuksköterskornas samarbete med andra professioner och närstående i landsbygdsområden och ökat ansvar för sjuksköterskorna i landsbygdsområden.
- Slutsats:** Denna litteraturöversikt beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta i landsbygden uppdelat i flera teman. Den största nämnaren som resultatet visar är att sjuksköterskorna inom den palliativa vården i landsbygden har en central och ansvarstung roll i vårdkedjan. Brister i tillgänglighet och kunskap hos övriga yrkesprofessioner i vården gör att sjuksköterskornas ansvar upplevs öka. Sjuksköterskorna efterfrågar även ytterligare kunskap inom den egna yrkeskåren. Utbildning, tydliga rutiner och riktlinjer samt stödjande interventioner för sjuksköterskorna är faktorer som skulle kunna stärka den palliativa vården i landsbygden. Samt att få sjuksköterskorna att känna sig tryggare i yrkesrollen.
- Nyckelord:** Sjuksköterskor, Erfarenheter, Palliativ vård, Vård i livets slutskede, Landsbygd

## **Abstract**

**Background:** The goal of palliative care is to improve the quality of life and to alleviate the patient's suffering until death. The nurses are responsible for promoting the patient's quality of life both physically and mentally. In palliative care, the nurse often develops close relationships with the whole family. In rural areas, patients and relatives experience that the palliative care is limited. Geographical location is a decisive factor for the availability of palliative care, even though the goal is for the care to be equal. Nurses have a central role regarding palliative care and they have a great opportunity to influence the outcome regarding palliative care with their knowledge.

**Aim:** The aim of this literature review was to explore nurse's experiences of working with palliative care in rural areas.

**Method:** The literature review is based on the results of 13 qualitative studies that were conducted using thematic analysis.

**Results:** The coding resulted in three main headings: Nurse's conditions of providing palliative care in rural areas, Nurses collaboration with other professionals and relatives in rural areas and increased responsibility for nurses in rural areas.

**Conclusion:** This literature review describes nurses' experiences of working in rural areas divided into several themes. The biggest denominator that pervades the results is that the nurses in the care of palliative patients in rural areas has a central and responsible role in the care chain. Shortcomings in availability and knowledge among other professionals in rural areas causes nurses' responsibilities to increase. The nurses are also requesting additional knowledge within their own profession. Education, clear routines and guidelines as well as supportive interventions for nurses are factors that could strengthen palliative care in rural areas. As well as making the nurses feel more secure in their professional role.

**Keywords:** Nurses, Experiences, Palliative care, End-of-life care, Rural areas

## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Palliativa vårdens mål och förhållningssätt.....	1
Landsbygdsområden och palliativ vård.....	2
Sjuksköterskans roll inom palliativ vård.....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
SYFTE .....	7
METOD .....	8
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	12
RESULTAT .....	13
Sjuksköterskors förutsättningar för palliativ vård i landsbygdsområden.....	13
Samarbete med andra professioner och närstående i landsbygdsområden.....	16
Ökat ansvar för sjuksköterskorna i landsbygdsområden.....	19
DISKUSSION .....	20
Metoddiskussion .....	20
Resultatdiskussion.....	22
KLINISKA IMPLIKATIONER .....	25
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING .....	28
SLUTSATS .....	28
Referensförteckning .....	30

### Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Bilaga 2: Matris över urval av artiklar till resultat

## BAKGRUND

### Palliativa vårdens mål och förhållningssätt

International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) beskriver den palliativa vården med fokus på lidandet snarare än sjukdom och prognos oavsett patientens ålder. Den palliativa vården ämnar förebygga och lindra lidande genom tidig identifiering, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. Vidare betonar IAHPC vikten av att vården bedrivs i dialog med patienten och närstående för att säkerställa att målen är gemensamma. Palliativ vård ska kunna erbjudas i alla vårdformer och vårdnivåer samt vara evidensbaserad (Radbruch m. fl., 2020).

Den palliativa vårdens målsättning är att hjälpa patienter med obotlig livshotande sjukdom att leva så bra de kan deras sista tid. Att bedriva vården utifrån principerna att göra gott, inte skada, respektera patientens autonomi och vara rättvis (Axelsson, 2018; Rome m.fl., 2011). Målsättningen med den palliativa vården att öka patientens livskvalitet och att lindra lidande vid livshotande sjukdomstillstånd. Varje år beräknas cirka 56,8 miljoner människor i världen vara i behov av palliativ vård, de flesta bosatta i låg- och medelinkomstländer. Ungefär 14% av de människor som är i behov av palliativ vård erhåller den (WHO, 2020). WHO efterfrågar att fler länder på nationsnivå behöver utveckla nationella riktlinjer och system som inkluderar palliativ vård samt att resurser för att utbilda vårdpersonal som arbetar inom områden som bedriver palliativ vård behöver förbättras. Något som även efterfrågas inom aktuella forskningsområden (Payne m.fl., 2022; Walker m.fl., 2017).

Regionala Cancercentrum i Samverkan (RCC, 2023) beskriver hur det palliativa förhållningssättet presenteras i fyra olika dimensioner. Dessa innefattar *den fysiska dimensionen*: exempelvis smärta, andnöd, illamående och förstoppning. *Den psykiska dimensionen*: psykologiskt lidande som depression, ångest, bristande sömn och konfusion. *Sociala dimensionen*: kan innebära besvär inom familjerna, finansiella problem och övriga relationsfokuserade besvär. *Existentiell dimensionen*: rymmer faktorer som dödsångest, skuld och känsla av meningslöshet. Vidare betonas de fyra hörnstenarna: *symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation och stöd till de närstående* (RCC, 2023). Hörnstenen symtomlindring innebär att bemöta och lindra symtom inom alla fyra tidigare nämnda dimensioner: fysiska, psykiska, sociala och existentiella. Samarbete innefattar ett gott samarbete inom ett mångprofessionellt arbetslag. Kommunikation och relation handlar om att främja patienternas livskvalitet, detta genom en respektfull och god kommunikation dels inom arbetslaget men även gentemot patienter och närstående. Sista hörnstenen innefattar Stöd till de närstående, både under och efter dödsfallet. Syftet är att erbjuda närstående möjlighet att vara delaktig i vården samt att kunna ge dem stöd. De fyra hörnstenarna grundar sig utifrån människovärdesprincipen och WHO:s definition av den palliativa vården (SOU: 2001:6; Socialstyrelsen, 2013).

## Landsbygdsområden och palliativ vård

### Definition av landsbygd

WHO (2021) förklarar att landsbygdsområden definieras av olika nationella egenskaper som utmärker dem. Detta kan innefatta befolkningsstorlek och täthet, administrativa kriterier och ekonomiska strukturer. I landsbygdsområden förväntas befolkningsmängden vara låg i kontrast till städerna. Befolkningen lever ofta mer isolerade från samhällsnyttiga instanser som sjukvård, affärer och skolor. Dessutom med större socioekonomiska nackdelar vilket kan påverka folkhälsan. Majoriteten av jordens befolkning bor i landsbygdsområden eller i ännu mer glesbebyggda områden (WHO, 2021).

Även Glesbygdsverket (2007) styrker att nationerna har olika kriterier för vad som klassas som landsbygd utifrån vilket syfte som begreppet används till. Det finns både kriterier för vad som klassificeras som landsbygd och vad som klassificeras som glesbygd, men generellt refererar man genom begreppen till områden med låg befolkningstäthet och där bosättningarna är spridda över stora geografiska områden. Till landsbygd räknas det område som finns utanför kommunernas centralorter. Områden på längre avstånd än 45 minuter benämns glesbygd. Enligt Glesbygdsverkets

definition bor cirka 24 procent av Sveriges befolkning i gles- eller landsbygdsområden. Enligt Tillväxtverket (2010) så delas de olika bygderna upp enligt att landsbygdskommuner klassas som när 50 procent av befolkningen bor i rurala områden. Samt att den största delen av befolkningen har mindre än 45 minuters resväg till en tätort där minst 50 000 människor är bosatta. När en kommun klassas som en glesbygdskommun så bor mer än 50 procent av befolkningen i rurala områden. Samt att majoriteten av denne kommuns befolkning har mer än 45 minuters bilresa till en tätort med minst 50 000 människor bosatta.

### Palliativ vård i landsbygden

Geografisk plats är en starkt betydande faktor för tillgänglighet och åtkomst av hälso- och sjukvårdsservice världen över (WHO, 2020; Lewis m. fl., 2011; Norberg & Ternestedt, 2020; Axelsson, 2018; Nilsson m.fl., 2020.) WHO (2020) betonar hur alla människor, oavsett socioekonomisk, demografisk eller geografisk bakgrund och som har behov av palliativ vård bör få tillgång till den. Enligt Patientlagen (2014) ska hälso- och sjukvården bedrivas utifrån respekt för alla människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet. Den patient som har störst vårdbehov ska erhållas vård i första hand och vården ska bedrivas utifrån målsättningen att hälso- och sjukvården ska utföras på lika villkor för hela befolkningen. Lewis m.fl. (2011) sammanställer i en litteraturöversikt hur den palliativa vården världen över är ojämlik där en del av fokuset bearbetar geografisk tillgänglighet. Sammanställningen visar att fördelningen av resurser rent geografisk är orättvis generellt i Europa. I samma litteraturöversikt nämns hur över 20% av Kanadas befolkning, med palliativa

vårdbehov, inte har tillgång till adekvat palliativ vård. I många länder var ökade kostnader relaterat till geografiskt långa avstånd ett hinder för att befolkningen skulle få den vård de behövde.

Att patienten får dö på sin föredragna dödsplats är en faktor som definierar palliativ vård av hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2013). Trots detta dör en betydande del av världens landsbygdsbefolkning på sjukhus istället för på önskad plats. För att ha möjligheten att erhålla en god död i hemmet krävs att en rad behov uppfylls. Vården av palliativa patienter går inte att göras om eller rättas till. Oavsett landsbygd så är ingen den andra lik och skillnader finns i tillgänglighet till hospice och andra specialiserade vårdformer. När dessa inte finns tillgängliga blir det kommunala sjukhuset ofta ett alternativ istället för hospice. Dessa har sällan tillgång till specialiserade multidisciplinära team (Rainford m.fl. 2016). Chukwusa m.fl. (2019) jämförde i en studie data över plats för dödsfall mellan patienten i livets slutskede i landsbygdsområden och urbana områden. I studien konstaterades att patienter i landsbygdsområden procentuellt mer sällan dog inom specialiserade palliativa enheter. Detta som en produkt av längre körsträckor och mindre tillgänglighet till specialiserad palliativ vård. I studien uppmuntrades att olika nationer skapar tydliga riktlinjer gällande säkerställande av hur patienter kan få dö på önskad plats. I Pivodic (2016) lyfter man ur ett världsperspektiv vikten av att olika nationer tar ansvar över att skapa riktlinjer kring patienternas rätt att välja döendeplats. Faktorer som geografisk plats ska inte vara avgörande för huruvida patienterna får en kvalitativ död eller inte. I Sverige dör närmare 90 000 personer varje år. Uppskattningsvis är 80% av dessa förväntade dödsfall till följd av obotliga sjukdomar (Axelsson, 2018). Håkanson m.fl. (2015) visar att 42,1% av dödsfallen i Sverige sker på sjukhus, 17,8% sker i det egna hemmet och 38,1% på vårdboenden/särskilda boenden. Det man även kunde uttröna i studien var det faktum att personer levades på landsbygden i större utsträckning dog på sjukhus.

Socialstyrelsen (2013) fastslår att tillgången till palliativ vård är ojämlig i Sverige rent geografiskt. Tillgång till läkare med kunskap om palliativ vård är en förutsättning för att kvalitetssäkra den palliativa vården, trots detta så brister tillgången på dessa ofta i landsbygdsområden då efterfrågan ej tillgodoses. Som helhet kan man se en förbättring av den palliativa vården, men bostadsort utgör fortfarande en stor skillnad för vilken form av palliativ vård som kan erbjudas (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) är målsättningen med hälso- och sjukvård god

hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att kraven på en god vård uppfylls. Trots detta har hälso- och sjukvården misslyckats med att bedriva en jämlik vård gällande geografisk hemvist (Socialstyrelsen, 2013).

Konsekvensen av en icke jämlik palliativ vård, där geografiska faktorer är en del, är onödigt lidande för både patienter och deras närstående. Adekvat tillgänglighet av

palliativ vård skapar mindre onödiga sjukhusinläggningar och en mer effektiv användning av hälso- och sjukvården (European Council, 2018). I en studie av Cerni m.fl. (2023) beräknar man huruvida geografisk distans och tidsåtgång för att ta sig till hälso- och sjukvården är faktorer som hindrar patienter från att få adekvat palliativ vård. Det framkom i studien att patienter boendes i landsbygdsområden i mindre utsträckning besökte vårdinstanser inom den palliativa vården. Kortare distanser till vårdinrättningar av rätt vårdnivå, med cirka 10-30 minuters körtid, hade en tydlig koppling till mer frekventa besök. Längre körtid resulterade i sin tur istället i fler akutvårdsbesök för patientgruppen. Forskarnas uppmuntran var att i större utsträckning försöka mäta geografisk distans och tidsåtgång för att tydliggöra dess inverkan på vilken vård patienterna erhöll. Detta som en del i ledet för att uppmuntra till större finansiering och organisering av palliativ vård i landsbygdsområden (Cerni m.fl. 2023).

## Patienternas och närståendes upplevelser

Duggleby m. fl. (2011) redogör för att patienter med palliativa vårdbehov i landsbygdsområden menar att mindre samhällen bidrar till en känsla av gemenskap, men ibland även en känsla av isolation relaterat till långa distanser till vården. I Rainsford m.fl. (2017) erfor närstående att de kan se en stark fördel av palliativ vård i landsbygdsområden utifrån de små samhällenas gemenskap. Detta eftersom det ofta finns sociala nätverk som skapar en känsla av trygghet och tillhörighet för patienterna samt närstående. Patienter i landsbygdsområden redogör i flera studier för hur de känner sig begränsade i valet av plats att dö på (Devik m.fl. 2015; Duggleby m. fl., 2011). I Devik m.fl. (2015) belyses komplexiteten i att motta palliativ vård i det egna hemmet gällande känslan av att begränsas och att behöva släppa på kontrollen. Även att behöva tacksamt ta emot det man erbjuds vilket kan innebära att interagera med flera olika sjuksköterskor där vissa är inbjudande och personliga medan andra är stressade och avståndstagande. I Barlund m.fl. (2021) bekräftar närstående till patienter med palliativa vårdbehov i landsbygdsområde att möjligheten för patienten att dö i det egna hemmet är väldigt värdefullt. Svårigheter nämns dock som ett ökat ansvarstagande att behöva ha koll på läkemedel, symtom och behov som patienten har. Frustration upplevdes när sjuksköterskorna gjorde snabba besök med lite tid för att svara på frågor, där hen stegade in utan ödmjukhet i patienternas hem. Överlag efterfrågade närstående en bättre kontinuitet och mer information för att känna sig trygga i närståenderollen (Barlund m.fl., 2021). En del närstående som vårdade anhöriga med palliativa vårdbehov menade att det var svårt att navigera i vårdkedjan. Särskilt de närstående som hade anhöriga i geografiskt avlägsna områden. De visste inte vilken vårdform patienten hade rätt till och upplevde att den specialiserade palliativa vården som fanns ofta visade sig i terminalt skede eller inte alls. Detta trots att de upplevde att behoven av specialiserad vård uppstod i ett tidigare skede (Miller m.fl., 2021).

I Gunn m.fl. (2022) vittnar närstående om svårigheten med långa distanser till exempelvis inbokade mottagningsbesök eller kontroller. De upplevde vården som både otillgänglig och oförstående då de kunde ha flera timmar att köra och när de nästan var framme kunde de få ett samtal att besöket behövde ombokas. Närstående betonade hur stöd från vänner, grannar, övrig familj eller från samhället var ovärderlig när det kom till stöd och hjälp i vården av patienten. Enligt de närståendes perspektiv i Lockie m.fl. (2010) var distanserna ett problem inte bara utifrån ett tillgänglighetsperspektiv utan även ett ekonomiskt perspektiv. Detta eftersom långväga resor till och från vården kunde innebära utgifter i form av bränsle, mat och boende. I samma studie lyfte närstående hur de ofta fick ta ut hela lediga dagar för att kunna följa med på vårdrelaterade besök.

I Pesut m.fl (2010) beskrivs att patienter boende på landsbygden sällan söker och påtalar sina problem kopplat till vårdandet för att de var rädda att inte kunna kvarstanna på sin boningsplats. Patienterna önskade kunna stanna på sin boningsplats och behålla sin livsstil. I Ciemins m.fl. (2015) lyfts patienternas perspektiv gällande den palliativa vården. Patienterna lyfter områden som vårdens tillgänglighet och god kommunikation som viktiga faktorer för palliativ vård. Att informeras ärligt och konsekvent med kontinuerlig kommunikation påvisas vara avförande för patienternas möjlighet till delaktighet och beslutsfattande gällande den egna vården.

## **Sjuksköterskornas roll inom palliativ vård**

Sjuksköterskorna har ett professionellt ansvar att bedriva en palliativ vård grundad i ett holistiskt förhållningssätt där symtomlindring av patienters fysiska, psykiska och spirituella behov står i fokus. En av sjuksköterskornas viktigaste uppgifter är att med sin sinnesnärvaro läsa in symtom och behov hos patienten och dess närstående. Sjuksköterskorna har en stor möjlighet att påverka den palliativa vården utifrån sin kunskap (Hagan m.fl., 2018; ICN, 2021; American Nurses Association, 2016). Sjuksköterskor bär det yttersta ansvaret för omvårdnaden och ska självständigt och i samverkan med det multiprofessionella teamet samt patienten och dess närstående värdera, planera, utföra och utvärdera omvårdnaden (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024). Nacak & Erden (2022) beskriver hur sjuksköterskornas roll kan vara den mest centrala i palliativ vård då sjuksköterskor på nära håll vårdar och följer patienten och dess närstående under den palliativa processen. Sjuksköterskorna är ofta dem första att uppmärksamma symtom eller lidande hos patienten eller patientens närstående.

Palliativa vårdbehov återfinns överallt i vårdkedjan: i hemsjukvården, på sjukhus, inom kommunala boendeformer och inom primärvården. Detta skapar även en efterfrågan för organisering av den palliativa vården. En förutsättning för att bedriva palliativ vård är att det finns kompetens inom allmän palliativ vård som genomsyrar vårdkedjan (Axelsson, 2018; Payne m.fl., 2022). Det är ett faktum att det i många länder finns stor kunskapsbrist gällande palliativ vård inom olika hälso-och sjukvårdsenheter (WHO, 2020). En stor del av den palliativa vården bedrivs i hemsjukvårdsform då det generellt finns en önskan för många patienter att få dö i det

egna hemmet. Detta ställer krav på sjuksköterskorna att kunna vara flexibla och känna sig trygga i bedömningar utanför sjukhusets väggar. Något som kräver tillgång till utbildning, mentorskap och gott samarbete med specialiserade professioner (Wu m.fl. 2021). I Walker m.fl. (2017) belyser man behovet av att skola nästa generations sjuksköterskor att tryggt kunna leda och utveckla den palliativa vården. Genom en internationell satsning för att trygga upp sjuksköterskorna kunskapsmässigt skulle de globala orättvisorna inom den palliativa vården kunna minskas menar man.

I Sverige ingår palliativ vård som en del i den allmänna sjuksköterskeexamen där studenterna ska erhålla kunskaper i döendet utifrån både teoretiska och kliniska kunskaper. Det finns även möjligheter för sjuksköterskor att utöka sin kunskap genom en specialistutbildning inom palliativ vård vid några lärosäten i landet. Som i sin tur skapar ytterligare utbildningsmöjligheter att kunna ta en doktor- och licentiatexamen. I arbetet med patienterna skapar en specialistexamen i palliativ vård väg för att kunna anta mer komplexa symtom och mer komplicerade livssituationer (Ternestedt & Andershed, 2020).

Svensk sjuksköterskeförening (2019) har upprättat en kompetensbeskrivning gällande hur specialistsjuksköterskor inom palliativ vård ska arbeta. Beskrivningen innehåller en rad punkter som sjuksköterskorna ska arbeta utifrån, exempelvis fokus på att arbeta evidensbaserat och att underlätta och ge stöd för en så dräglig livssituation som möjligt både för patient och närstående. Att arbeta efter att inbringa en värdig död samt att vara öppen för samtal och kunna utföra samtal som berör svåra ämnen som till exempel döendet, lidande och sorg. Vidare ska specialistsjuksköterskan kunna ge tröst och stöttning med allt vad det innebär för både patient och närstående trots svåra situationer.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Den palliativa vården ses som ojämlig ur ett omvärldsperspektiv där geografisk boendeplats är en bidragande faktor. Patienter med palliativa vårdbehov återfinns överallt i vårdkedjan, detta ställer kompetens- och kunskapskrav på sjuksköterskorna inom det specifika ämnet. Den palliativa vårdens målsättning är att lindra lidande och att öka patienternas livskvalitet hos patienter med livshotande sjukdom.

Sjuksköterskor har ett professionellt ansvar att bedriva en palliativ vård grundad i ett holistiskt förhållningssätt där symtomlindring av patienters fysiska, psykiska och spirituella behov står i fokus. En av sjuksköterskornas uppgifter är att utifrån sin yrkeskunskap kunna läsa in symtom och behov hos patienten och dess närstående, sjuksköterskorna har en stor möjlighet att påverka den palliativa vården utifrån sin kunskap. Många patienter önskar få vårdas i det egna hemmet under sista tiden i livet, medan andra av olika skäl kan önska eller behöva spendera sista tiden inom slutenvården. I landsbygdsområden finns mer sparsamt med alternativ för dessa patienter och de kan få åka långa distanser eller vänta länge för att få adekvat vård. Genom att synliggöra och sammanställa sjuksköterskornas erfarenheter av palliativ

vård i landsbygdsområden ämnar författarna ge en adekvat bild av det aktuella läget och inspirera till utveckling av den palliativa vården i landsbygdsområden.

## SYFTE

Att sammanställa sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård i landsbygdsområden

## TEORETISK REFERENSRAM

Enligt Henricson (2017) kan en teori användas i examensarbetet för att stödja argumentation och problematisering hos det problem eller det fenomen som ska analyseras. I denna litteraturöversikt har författarna valt att integrera delar av Katie Erikssons omvårdnadsteori i resultatdiskussionen. Centralt i Erikssons teori betonas lidande vilket är en återkommande faktor i den palliativa målsättningen, att främja välbefinnande och lindra lidande. Något som beskrivs i IAHPCs definition av den palliativa vården (Radbruch, 2020).

Eriksson (2001) beskriver vårdandet som en naturlig del av människan, sprungen ur kärlekens kraft. Eriksson menar att vårdandet har en holistisk fokusering som rymmer både själsliga, andliga och kroppsliga aspekter för att främja hälsa. I vårdarens profession bör inte enbart de tekniska rutinerna utföras, omvårdnaden ska innehålla ett helhetsperspektiv gällande patienternas hälsa. I omvårdnadsteorin tas lidande upp som en oundviklig del av människans liv där sjuksköterskans uppgift innefattar att minska onödigt lidande oavsett form (Eriksson, 2001; Kirkevold, 2000). Trots detta menar Eriksson (2001) att vården idag många gånger skapar lidande för patienten genom exempelvis kränkning av patientens värdighet.

Eriksson (2001) delar upp lidandet i tre olika dimensioner: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. *Livslidande* beskrivs beröra hela människans livssituation och omtalas ofta som ett hot mot delar av eller hela människans existens. Exempelvis är döendet högst centralt som del av livslidandet, att känna att man ska dö men inte veta när beskrivs som ett oerhört lidande. *Sjukdomslidande* beskrivs som det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling och delar upp begreppet i kroppsligt lidande och själsligt och andligt lidande. Kroppslig smärta hör samman med sjukdom och behandling, smärtan är sällan enbart kroppslig utan erfars som en helhet som i sin tur tar stor del av människans uppmärksamhet. Själsligt och andligt lidande förorsakas av upplevelser av förnedring och skam eller skuld som människan erfår i samband med sjukdom och behandling.

*Vårdlidande* beskrivs utifrån fyra övergripande kategorier: *kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning* och *utebliven vård*. Vårdare tillskriver inte sällan olika patienter olika värden. Att som patient uppleva ett egenvärde är av hög betydelse för hälsoprocesserna. All form av kränkning gentemot patienternas

egenvärde innebär ett lidande för patienten. Därför är det viktigt att vårdaren ansvarar för att ge patienten möjlighet att uppleva sin fulla värdighet och förhindra all form av kränkning. *Utebliven vård* kan innebära bristande förmåga att bedöma patienternas behov eller att vården helt enkelt inte utförs. Det kan även innebära mindre företeelser eller direkt medveten vanvård. Eriksson beskriver vidare att all utebliven vård är en kränkning av människans värdighet (Eriksson, 2001).

## METOD

Den valda metoden för uppsatsen är litteraturöversikt, enligt Polit & Beck (2021) möjliggör litteraturöversikter kartläggning av aktuell forskning inom ett specifikt område. Litteraturöversikter ger en god indikation för kunskapsluckor inom forskningsområdet genom att bidra med mer kunskap och uppmuntra till ytterligare forskning inom det aktuella ämnet. I en litteraturöversikt fokuserar man på en fråga formad för att söka ett helomfattande svar på hur nuläget ser ut forskningsmässigt inom valt ämne (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Enligt Polit & Beck (2021) syftar litteraturöversikten till att översiktligt smälta och kritiskt utvärdera den evidensbaserade forskning som finns inom det ämne man valt. Genom detta avslöjas det nuvarande forskningsläget och utöver att fastställa vad forskare åstadkommit får man även en bild av vilken forskning som fattas. Bettany-Saltikov & McSherry (2016) betonar vikten av att tillräckligt med forskningsunderlag finns för att skapa underlag för bedömningar och slutsatser i litteraturöversikten. Författarna till litteraturöversikten utförde en pilotsökning i respektive databas i ett tidigt skede för att fastställa att artiklar fanns att finna inom aktuellt område. Att utföra en pilotsökning innebär att göra en sökning i databaser utan krav på begränsningar med syftet att skapa sig en uppfattning om utbudet (Polit & Beck, 2021).

I litteraturöversikten användes originalartiklar vilka beskrivs av Polit & Beck (2021) och Bettany-Saltikov & Mcsherry (2016) som artiklar skrivna av de forskare som genomfört dem. Valda publikationstyper för litteraturöversikten är vetenskapliga artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Författarna till litteraturöversikten lät sig vägledas av syftet och valda urvalskriteriet i sökandet efter relevanta artiklar. Med hjälp av den strukturerade metoden PEO (Population, Exposure, Outcome) kunde författarna bryta ner problemformuleringen i olika delar. Denna metod används för identifiering av sökord och för vidare struktur av översikten genom att exempelvis bidra till stöd i inklusions- och exklusionskriterier (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016).

*Population:* Sjuksköterskor

*Exposure:* Vård av patienter med palliativa vårdbehov i landsbygdsområden

*Outcome:* Sjuksköterskans erfarenheter av den palliativa vården i landsbygdsområden

## Inklusionskriterier

Bettany-Saltikov & McSherry (2016) beskriver att man vid litteraturöversikter ämnade att undersöka någons upplevelser lämpligtvis söker efter artiklar med kvalitativ design. Även Polit & Beck (2021) styrker att kvalitativa artiklar är lämpliga att använda när syftet är att sammanställa människors upplevda erfarenhet av ett fenomen. Således inkluderades kvalitativa artiklar i originalformat i litteraturöversikten. En originalartikel är en vetenskaplig artikels där resultatet för första gången delges samt att den genomgått en kvalitetsbedömning (Polit & Beck, 2021). Dessa skulle vara peer reviewed, skrivna på engelska och ett etiskt ställningstagande skulle finnas med. Ett etiskt ställningstagande eller övervägande innebär att deltagarna med samtycke valt att delta i studierna (Henricson, 2020).

De studier som inkluderades var de som innefattade sjuksköterskors erfarenheter av valt ämne både i specialiserad palliativ kontext men även allmän palliativ vård. Detta eftersom författarna ämnade föra fram ett omvärldsperspektiv som överskrider samtlig palliativ vård som bedrivs på landsbygden. Studier där flera olika professioner deltagit inkluderades om sjuksköterskans bidrag till studien enkelt kunde identifieras. Samtliga studier som inkluderades innefattade palliativ vård som bedrivs i landsbygdsområden. För att säkerställa att den sammanställda forskningen var aktuell så valde författarna studier publicerade mellan 2009-2023. Initialt planerade författarna för att göra sökningen baserad på tio år men upplevde att artikelantalet blev för lågt och ökade då årsintervallet till femton år.

## Exklusionskriterier

Studier där sjuksköterskor vårdar barn exkluderades dels för att begränsa litteraturöversikten något och för att göra den tematiska analysdelen mer hanterbar. Palliativ vård av barn har en annorlunda utformning än den för vuxna patienter (RCC, 2013). En annan exklusionskriterie var litteraturöversikter då dessa anses vara direkt olämpliga att använda enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) samt Polit & Beck (2021). Vidare beskrivs att litteraturöversikter inte är primärkällor och skapar då inte samma nivå av trovärdighet, som om litteraturöversikten baseras på referenser från andra översikter. Referenser till primärkällor ger högre trovärdighet.

## Datainsamling

Valda databaser för artikelsökning är CINAHL och PUBMED, dessa databaser fokuserar på omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2021) och är således relevanta för valt syfte. För att säkerställa att relevanta sökord användes i databaserna bokades en digital träff med bibliotekarie på det regionala sjukhuset. I CINAHL användes ämnesord i enlighet med CINAHL Headings för att specificera sökningarna. I PubMed användes motsvarande MeSh-termer. Valda ämnesord var följande: *palliative medicine, hospice nursing, hospice care, hospices, terminal care, palliative care nurses, palliative care nursing, hospice nurses, hospice nursing, rural nurses,*

*attitude of health personell, rural areas, rural hospitals, rural health services, rural nursing, rural population och rural health.* Fritextorden var: *end of life care, nurse, country settings, countryside, remote area, critical access, long distance care, experience, perception och perspective.* De olika sammansättningarna av sökorden för respektive databas samt använda begränsningar redovisas i sökmatriken (Bilaga 1). Fritextsökning utfördes för att artiklar som ännu ej blivit knutna till indexord skulle kunna hittas. Detta för att inte missa artiklar som kunde svara till litteraturöversiktens syfte (Kristersson, 2014).

Trunkering av sökord användes där sökning utförs på ordets stam eller ändelse. Sökord återfinns i nyckelartiklars olika delar, som titel, abstract och keywords. Detta för att göra en heltäckande sökning utan risk för oönskat frånfall av resultat.

Nyckelartiklar är centrala artiklar inom det område man gör en sökning.

Citationstecken användes vid vissa fritextfraser för att specificera dessa mer. Polit & Beck (2021) beskriver att man kan använda booleska operatörer för att begränsa eller utvidga sökresultatet i databaserna. Alla sammanhängande sökord användes i samma sökblock med booleska operatören OR, den booleska operatören AND användes mellan sökblocken. I databasen CINAHL kunde "peer reviewed" bockas i som en förvald begränsning för artiklarna, vilket gjordes. I PubMed säkerställdes att valda artiklar var peer reviewed. I sökmatriken dokumenterades även antalet träffar, lästa abstrakt och lästa artiklar (Bilaga 1).

Stegen för val av artiklar började med exkludering av de artiklar som ej hade relevanta titlar eller som var allt för specialiserade för att matcha ämnet eller titlar som inkluderade vård av barn. Artiklar utan abstrakt sållades bort och även funna dubletter i databaserna. Några artiklar sållades bort för att de inte fanns att finna i fulltext. Två av artiklarna i CINAHL som ej gick att finna med fulltext efterfrågades genom kontakt med författarna till dem och erhöles via mail. En artikel skickades efter från Sophiahemmets bibliotek. Artiklar relevanta för resultatet återfanns inte i någon stor utsträckning varav författarna även säkerställde att söka efter relevanta artiklar i referenslistor från studier relevanta för ämnet. En artikel återfanns till resultatet genom denna bearbetning av litteratur. Att eftersöka artiklar i referenslistor ger även bekräftelse att eftersökningen av studier mättats när inte fler studier hittas. Då kan man även anta att sökningarna i databaserna varit tillräckligt omfattande (Forsberg & Wengström, 2015). En grundlig sökning är av största vikt för att möjliggöra att relevant forskning faktiskt återfinns vilket ger trovärdighet till litteraturöversikten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Trots gedigen sökning återfanns inte tillräckligt många artiklar för att resultatet skulle upplevas som tillräckligt, varvid författarna beslutade att öka intervallen i databaserna till femton år. Detta resulterade i ytterligare fyra artiklar och ett totalt antal av tretton artiklar (Bilaga 2). Det finns inga egentliga regler för hur många artiklar en litteraturöversikt ska innehålla (Forsberg & Wengström, 2015). När ytterligare artiklar ej längre tillför något nytt till resultatet kan konstateras att resultatet är tillräckligt omfattande (Polit & Beck, 2021).

## Dataanalys

För att kvalitets-kontrollera valda artiklar användes Caldwell's m.fl. (2011) kvalitetsgranskningsmall. Caldwell's granskningsmall innefattar 18 ja- eller nej-frågor som genererar i poäng som i sin tur ämnar ge indikation för om studien är av låg, god eller mycket god kvalitet. Med granskningsmallen som strukturerat stöd ges granskaren möjlighet att göra en oberoende och objektiv bedömning av varje studie. Att författarna gör en enskild granskning ökar tillförlitligheten och minskar risken för partiskhet då varje författare ges en chans att bedöma studierna utifrån egna observationer och tolkningar. Resultaten kan sedan jämföras och diskuteras tillsammans vilket bidrar till en mer tillförlitlig bedömningsprocess. Ett arbetssätt som författarna efterföljde under processen med artikelsök för att gynna tillförlitligheten av valda resultatartiklar.

De studier som valdes ut efter kvalitetskontroll med hjälp av Caldwell m.fl. (2011), och som återfinns i Bilaga 2, analyserades i enlighet med Braun och Clarke's (2006) tematiska analysmetod. Tematisk analys används med fördel när syftet är att identifiera, analysera och rapportera mönster som återfinns i kvalitativa data. Braun & Clarke beskriver processen i sex steg där forskaren i första steget bekantar sig med materialet och reflekterar över intryck utan att påbörja indelningen av teman. I det här steget kan det vara bra att skriva ner olika noteringar och reflektioner som läsningen genererar i. Författarna till litteraturöversikten läste valda artiklar flertalet gånger för att bekanta sig med materialet innan själva indelningen av kategorier påbörjades. Att bekanta sig på detta sätt skapar en förförståelse för deltagarnas upplevelse enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). I steg två påbörjar man arbetet att särskilja olika koder i enlighet med Braun och Clarke (2006), denna del innefattar en form av systematisk identifiering av mönster som forskaren sedan skapar olika etiketter för. Efter att kodning påbörjats börjar man söka potentiella teman genom att undersöka hur olika koder relaterar till varandra. Efter detta steg blir bilden klarare och granskning och definition av valda teman kan utföras, i detta stadiet säkerställer man att valda teman är relevanta för valt forskningsämne. De teman man funnit namnges, det är viktigt att dess namn stämmer överens med innehåll samt är relevant för studiens ändamål. I sista steget sammanställs och integreras valda teman i ett sammanhängande resultat med forskarens tolkning och resultatets koppling till syftet (Braun & Clarke, 2006). I enlighet med tematisk analysmetod skrev författarna ner olika meningsenheter som framkom vid läsning av artiklarna, diskuterade dessa tillsammans och olika mönster bildades som senare ledde fram till teman och subteman. Med hjälp av markeringspennor markerades olika meningsenheter i valda studier utifrån funna och överenskomna teman. Meningsenheter som kunde vara dubbeltydiga diskuterades mellan författarna tills konsensus nåddes. Genomsyrande avsåg författarna att vara transparenta samt att inte på något vis försöka påverka

resultat efter eget tycke i analysarbetet. Slutligen sammanställdes analysen i tre huvudteman och åtta subteman.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Inom forskning som härrör människor måste hänsyn tas till forskningsetiska överväganden. Olika forskningsetiska koder har framtagits för att stödja forskaren i de etiska dilemman som kan uppstå. Ett exempel är den så kallade Belmont-rapporten, i den återfinns tre stora etiska principer vilka är: skyldighet att göra gott, rättvis behandling och respekt för individen (Polit & Beck, 2021). Författarna har även vetskap om den så kallade Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen innehåller etiska principer för människor som arbetar med medicinsk forskning. En av dem grundläggande principerna i deklarationen är att omsorgen om individen alltid måste gå före vetenskapens och samhällets intressen (Vetenskapsrådet, 2017). Några konkreta etiska observanda som författarna tagit hänsyn till var att vara transparenta gällande att söka efter vetenskapliga artiklar som godkänts av etisk kommitté, att samtycke inhämtats hos deltagarna, samt noggrannhet gällande källhänvisning och plagiat.

Olsson & Sörensen (2021) beskriver att forskarens arbete styrs av mer eller mindre tvingande regler och föreskrifter, men att det egna etiska ansvaret utgör grunden för all forskningsetik. De beskriver vidare att reflektionen är en stor del av forskarens arbete. Författarna till denna studie anammar att ta ansvar för enligt ovan nämnda stycke om transparens i sina resultat. Även att bejaka att forskarna eller författarna behöver vara kompetenta och väl förtrogna inom det valda området samt att den behöver inneha en vetenskaplig bärkraft som kan beskrivas som att den ska generera kunskap och vara väl underbyggd (Olsson & Sörensen, 2021). Samtliga artiklar har av författarna granskats gällande deltagarnas samtycke, anonymitet, sekretess, frivillighet och möjligheten att avbryta när deltagaren vill. Vidare har författarna en medvetenhet kring eventuell förförståelse inom valt forskningsområde då båda arbetar som sjuksköterskor inom en vårdkontext som bedriver palliativ vård. Då flera områden förväntas kunna kännas igen utifrån att litteraturöversiktens syfte innefattar sjuksköterskornas erfarenheter, har författarna försökt vara så objektiva som möjligt kring den egna förförståelsen vid inhämtning av litteraturöversiktens resultat. Som en del för att förhindra författarbias är en ständigt pågående reflektion gällande detta författarna emellan samt i eventuell studiehandledningsgrupp faktorer som kan bidra till objektivitet enligt Polit & Beck (2021). Författarna har därför följt detta, samt deltagit i flertalet handledningstillfällen där andra studenter samt handledare följt arbetets gång.

## RESULTAT

Resultatet genererade i tre huvudteman och åtta subteman som presenteras i Tabell 1 nedan.

Tabell 1. Teman och subteman i resultatet

<p>Sjuksköterskornas förutsättningar för palliativ vård i landsbygdsområden</p>	<p>Samarbetet med andra professioner och närstående i landsbygdsområden</p>	<p>Ökat ansvar för sjuksköterskorna i landsbygdsområden</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Långa geografiska avstånd</li> <li>- Erfarenheter av vårdande i små samhällen</li> <li>- Organisatoriska brister</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt med läkare</li> <li>- Kontakt med övriga professioner</li> <li>- Kontakt med närstående</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Upplevelsen av att ha en central roll</li> <li>- Behov av kunskapsutveckling</li> </ul>

### Sjuksköterskornas förutsättningar för palliativ vård i landsbygdsområden

#### Långa geografiska avstånd

Sjuksköterskorna upplevde att de långa avstånden mellan patienterna och andra vårdinstanser var ett stort hinder för att kunna tillgodose den palliativa vården i landsbygden (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl., 2020; Ervik m.fl., 2023; Gagnon & Hébert, 2023; Johansen & Ervik, 2022; Kaasalainen m.fl., Lalani & Cai, 2022; Leadbeater & Staton, 2014; Näppä m.fl., 2023; Wood m.fl., 2021). Sjuksköterskorna kunde ha distanser upp mot 13 mil enkel resa hem till patienter, vilket försvårade logistiken gällande tid för att hinna till patienter i hemsjukvård under jourtid (Gagnon & Hébert, 2023). Patienterna som bodde i det egna hemmet kunde bo väldigt avlägset och svårtillkomligt, i Ervik m.fl. (2023) samt Edvardson m.fl. (2020) beskrivs att det inte är någon ovanlighet att behöva ta en färja för att ta sig till patienterna. Väder och vägaras underhåll var även dessa starka faktorer som både äventyrade huruvida patienterna skulle få vård samt äventyrade sjuksköterskornas säkerhet (Ervik m.fl. 2023; Edvardsen m.fl., 2020; Kaasalainen m. fl., 2013; Lalani & Cai, 2022). Sjuksköterskorna lyfte att mycket tid spenderades i bilarna och huruvida det begränsade genom att de exempelvis sällan hade tillgång till patientjournalerna (Leadbeater & Staton, 2014). Ibland fick patienterna överföras till lokala sjukhus, akutsjukvårdsavdelningar eller äldreboenden som en lösning vid ohållbar hemsituation eller för att sjuksköterskorna inte tog sig hem till patienterna relaterat till vägar, väder, distanser och tidsbrist (Ervik m.fl., 2023; Edvardsen m.fl., 2020; Gagnon & Hébert, 2023).

Många sjuksköterskor kände sig stressade över de långa avstånden eftersom det gjorde tidsplaneringen sårbar om även arbetsbördan var hög eller om patienterna hade behov av sjuksköterskebesök samtidigt (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl., 2020; Gagnon & Hébert, 2023; Kaasalainen m.fl., 2013).

Det kunde finnas tillgång till hospice för inläggning av patienter med nytillkommet behov av det, men avståndet till dessa var för långa för att det skulle vara görbart att transportera patienterna de långa sträckorna (Lalani & Cai, 2022; Leadbeater & Staton, 2014). Avståndet till specialiserade enheter och/eller läkare ansågs vara ett hinder för vårdens kontinuitet (Gagnon & Hébert, 2023; Johansen & Ervik, 2022; Kaasalainen m.fl., 2013; Lalani & Cai, 2022; Näppä m.fl., 2023).

En annan konsekvens av geografiska avstånd som sjuksköterskorna uppmärksammade var att vissa patienter mer sällan fick tillgång till hembesök av läkare och övriga professioner (Näppä m.fl. 2023). Inom hemsjukvårdskontext kunde det finnas tillgång till specialiserad vård genom hospice där personal med specialistkompetens kunde göra hembesök. Dessa hade dock ofta en högsta gräns för geografiska avstånd och erbjöd inte denna service om patienterna bodde för långt bort (Lalani & Cai, 2022). Geografiska avstånd och svårtillgänglighet kunde enligt sjuksköterskorna vara en orsak till att patienternas önskan om att dö i det egna hemmet ej kunde tillgodoses (Ervik m.fl., 2023; Kaasalainen m.fl., 2013; Wood m.fl., 2021).

Faktorer som avstånd till apotek och långa leveranstider hämmade sjuksköterskornas och patienternas möjlighet att få tag på nyligen förskrivna läkemedel (Edvardsen m.fl., 2020; Kaasalainen m.fl., 2013). Sjuksköterskorna rapporterade även gällande långa väntetider och svår åtkomst till medicintekniska hjälpmedel (Gagnon & Hébert, 2023; Wood m.fl., 2021).

## Erfarenheter av vårdande i små samhällen

Flera av sjuksköterskorna lyfte de för- och nackdelar som kom med att arbeta i små samhällen. Något man såg som en fördel var att det var enkelt att hitta eftersom man kände igen områdena. Sjuksköterskorna beskrev att patienterna och deras närstående ofta var vänner, familj, grannar eller bekanta till sjuksköterskorna. Detta kunde upplevas både som en för- och nackdel då sjuksköterskorna hade en förkännedom om patienterna. (Beckstrand m.fl., 2023; Edvardsen m.fl., 2020; Ervik m.fl., 2023; Kaasalainen m.fl., 2013). Sjuksköterskorna underströk den emotionella stress det kunde innebära att vårda patienter i livets slutskede, när det ofta var personer man var bekanta med sedan innan (Ervik m.fl., 2023).

Man nämnde ofta besvär att upprätthålla sekretess och anonymitet då det fanns en känsla av att de flesta bosatta i landsbygdorterna hade viss kännedom om de som bor där (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl. 2020; Ervik m.fl., 2023; Gagnon & Hébert, 2023; Goodridge & Duggleby, 2010; Kaasalainen m.fl., 2013;). Det var inte ovanligt att bli stoppad på den lokala butiken av nyfikna bekanta som hade frågor om patienterna. Sjuksköterskorna kunde även stoppas i olika privata sammanhang av närstående som ville veta vad de ansåg gällande patienters hälsostatus (Arnaert, 2009).

Sjuksköterskorna upplevde det som svårt att skilja det privata från det professionella då ens sociala liv vara nära integrerat med de små samhällena och ens roller ibland flöt ihop (Arnaert m.fl. 2009). Exempelvis lyfte sjuksköterskorna svårigheten med att få vara anonym som privatperson. Känslan var ambivalent för i samma studie var sjuksköterskorna tacksamma för den familjekänsla små samhällena bidrog med. Det innebar ofta en attityd av att människorna i samhället var väldigt hjälpsamma (Kaasalainen m.fl., 2013).

## Organisatoriska brister

Återkommande utmaningar som underbemanning, tidsbrist och hög arbetsbörda, relaterat till landsbygdsens skrala förutsättningar, var något som sjuksköterskorna återkommande betonade (Arnaert m.fl., 2009; Beckstrand m.fl., 2023; Gagnon & Hébert, 2023; Kaasalainen m.fl. 2013; Leadbeater & Staton, 2014; Wood m.fl., 2021). Ansvarsbördan av att vara allt för få sjuksköterskor som täcker stora geografiska områden genomsyrade sjuksköterskornas erfarenheter i Goodridge & Duggleby (2010). Patienternas psykosociala behov blev åsidosatt relaterat till tidsbristen (Gagnon & Hébert, 2023). Sjuksköterskorna konstaterade att när inget extraordinärt tillstötte under hembesöken behövde de inte ta mer än 10-15 minuter men att den palliativa vården är oförutsägbar och att planeringen ofta spricker. Detta skapade sårbarhet eftersom sjuksköterskorna kunde ha långa avstånd till nästa patient (Arnaert, 2009).

Återkommande betonades bristen på olika serviceyrken där liknande hemtjänst var det som togs upp mest. På flera landsbygdsorter erbjöds detta inte alls vilket automatiskt ökade sjuksköterskornas arbetsbörda och minskade kvaliteten på den palliativa vården (Arnaert m.fl., 2009; Beckstrand m.fl., 2023; Gagnon & Hébert, 2023; Goodridge & Duggleby, 2010; Wood m.fl., 2021). Detta kunde leda till beslut hos sjuksköterskorna att exempelvis ta ansvar över patienternas tvätt (Kaasalainen m.fl., 2013) eller stanna kvar över natten för att underlätta för närstående (Ervik m.fl. 2023). Sjuksköterskorna rapporterar även om att de ibland fick be grannar stötta upp hos familjerna i brist på andra lösningar (Edwardsen, 2020).

Sjuksköterskorna beskrev olika systemförändringar som påverkat arbetsklimatet och kvaliteten på vården. Detta genom exempelvis centralisering av hemsjukvården vilket bidragit till en ökad kvantitet i jobbet men mindre kvalitet, då det innebar att sjuksköterskorna skulle hinna med fler hembesök men under kortare tid (Kaasalainen, 2013). Sjuksköterskorna uttryckte även förtvivlan över bristande palliativa rutiner samt den låga prioritering från ledningen att utröna tydliga rutiner för palliativ vård. Detta kunde leda till konsekvenser som förvirring, missförstånd och försening av adekvat palliativ vård till patienterna (Lalani & Cai, 2022). Sjuksköterskorna vittnade om att de vid flera tillfällen efterfrågat stöd/debriefing vid emotionell stress men att denna support ej stöttats av arbetsgivaren (Arnaert m.fl. 2009).

Sjuksköterskorna rapporterade bristande rutiner på landsbygdssjukhusen och att de ofta stod inför händelser de inte visste hur de skulle hanteras (Beckstrand m.fl., 2023;

Lalani & Cai, 2022). I Lalani & Cai (2022) beskrev sjuksköterskorna att det på de lokala sjukhusen funnits palliativa team med mer specialistkunskap för att stötta avdelningarna, men att denna service, trots hög efterfrågan, avvecklades relaterat till budgetsparning. Sjuksköterskorna beskrev även att det enda alternativet som fanns för patienterna var att dö på närmsta hospice, som kunde vara väldigt långt bort. Detta eftersom ingen palliativ hemsjukvård kunde erbjudas över huvud taget.

På landsbygdssjukhus lyfte sjuksköterskorna de begränsningar de upplevde i den fysiska miljön på landsbygdssjukhus. Rummen upplevdes för små för att sjuksköterskorna skulle kunna bedriva en god palliativ vård. Patientklientelet var väldigt blandat och tempot högt på avdelningarna vilket inte gav förutsättning för en lugn och fridfull plats för de patienterna som befann sig i livets slut. Sjuksköterskorna lyfte även bristen på "grief rooms", en plats där närstående kunde bemötas. De rummen fungerade ofta även som fikarum till personalen (Beckstrand m.fl., 2023).

## **Samarbete med andra professioner och närstående i landsbygdsområden**

### **Kontakt med läkare**

Återkommande erfor sjuksköterskorna att det fanns en brist på närvaro av läkare i landsbygdskontexten, även en bristande kompetens gällande palliativ vård. Ofta fanns inga läkare på plats på enheten sjuksköterskorna utgick ifrån, under kvällar, helger och nätter var tillgången till läkare ännu mer begränsad eller helt otillgänglig (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl., 2020; Gagnon & Hébert, 2023; Johanson & Ervik, 2022; Näppä m.fl., 2023).

Sjuksköterskorna i landsbygden vittnade om att de inte sällan hade kontakt med läkare i större städer under jourtid, dessa kunde ha en väldigt smal förståelse för de begränsningar den palliativa vården inom landsbygdsområden innebar. Läkarna kunde vara vana och anta att sjuksköterskorna hade helt andra resurser att arbeta med (Näppä, 2023). Väntetiden kunde vara 1-2 timmar för att få tag på en läkare även vid akutare ärenden (Arnaert, 2009).

Många gånger upplevde sjuksköterskorna att det fanns en bristande kunskap hos läkarna gällande palliativ vård i landsbygden (Arnaert m.fl., 2009; Lalani & Cai, 2022; Näppä m.fl., 2023). Sjuksköterskorna beskrev att vissa av deras kollegor, både sjuksköterskor och läkare, saknade intresse och engagemang för att handha vården om döende patienter. Detta skapade en frustration hos dem som uppmärksammade detta och ökade arbetsbördan för dem som förstod vikten av den (Goodridge & Duggleby, 2010).

Återkommande beskrevs en frustration över de tillfällen då läkare glömt bort, eller aktivt valt att inte, förskriva symtomlindrande läkemedel i livets slutskede (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl., 2020; Lalani & Cai, 2022; Näppä m.fl., 2023;). En orsak som läkarna nämnde var att de inte kände patienterna som de hade ansvarat för på jourtid (Näppä m.fl., 2023). I Edvardsen m.fl. (2020) betonar sjuksköterskorna hur snabbt läget kunde förändras och symtomlindring i form av subkutana injektioner

kunde behöva ges, de menade att det då är viktigt att dessa ordinationer fanns förskrivna av läkare (Edwardsen m.fl., 2020) Sjuksköterskorna vittnade även om fall där läkarna begärde att patienterna skickades in till sjukhus med ambulans, detta för att läkarna skulle kunna göra en bedömning gällande ordination av symtomlindrande läkemedel (Kaasalainen, 2013).

Sjuksköterskorna upplevde en frånvaro av brytpunktssamtal och beslut gällande behandlingsbegränsningar vilket försvårade deras arbete inom landsbygden (Beckstrand m.fl., 2023; Kaasalainen m.fl., 2013; Näppä m.fl., 2023). Det kunde handla om att läkarna ej vågade fatta beslut gällande behandlingsbegränsningar (Näppä m.fl., 2023) eller att de lämpade över brytpunktssamtalet till sjuksköterskorna istället för att besöka patienten (Kaasalainen m.fl., 2013). Sjuksköterskorna i Beckstrand m.fl. (2023) redogör för hur läkarna istället för att anta behandlingsbegränsningar valde att fortsatt behandla patienternas sjukdomar aggressivt för att ingen tagit beslut om annat. Vidare såg sjuksköterskorna hur läkarna gav patienterna och de närstående falskt hopp och oärlig information för att undvika att behöva göra någon ledsen. I samma studie såg sjuksköterskorna patienterna lida för att läkarna förlängde lidandet genom olika interventioner och läkemedel som gjorde mer skada än nytta (Beckstrand m.fl., 2023).

Sjuksköterskorna förklarade att ett gott samarbete med läkare var en förutsättning för att kunna bedriva en god palliativ vård och i vissa fall ett krav för att stanna kvar på arbetet (Näppä m.fl., 2023). Det var inte alltid tydligt vilken läkare de skulle kontakta (Kaasalainen m.fl. 2013). Familjeläkaren kunde be dem ringa specialistläkaren i städer 3,5 timme bort för att de ansåg att patienten tillhörde deras specialistenhet. Detta medan läkaren på specialistenheten ansåg att patienten tillhörde familjeläkaren på landsbygdsorten. Ibland tyckte sjuksköterskorna att det var enklare att kontakta sekundära vårdgivare istället för jourläkaren (Johansen & Ervik, 2022).

## Kontakt med övriga professioner

Något som gjorde sjuksköterskorna frustrerade var när överrapportering och hemgångar skedde utan en noggrann planering gällande patienternas fortsatta vård i landsbygden. Vilket kunde försvåra arbetet avsevärt om något saknades eller missades innefattade patienten behandling (Arnaert m.fl., 2009; Edwardsen m.fl., 2020; Johansen & Ervik, 2022; Näppä m.fl., 2023).

Stora svårigheter gällande kommunikation mellan vårdinstanser poängterades av sjuksköterskorna. Framförallt när patienterna skulle överskrivas från de större sjukhusen till de mindre enheterna i landsbygdsområden. Detta upplevdes som ett hot mot patienternas upplevelse av trygghet enligt sjuksköterskorna (Goodridge & Duggleby, 2010). Mycket tid gick åt till att försöka samordna exempelvis hemtjänst, arbetsterapeuter och fysioterapeuter relaterat till deras svårtillgänglighet (Kaasalainen m.fl. 2013). Det var inte ovanligt att patienterna fick söka sig till andra orter för att exempelvis få tillgång till rehabiliteringspersonal (Johansen & Ervik, 2022; Leadbeater & Staton, 2014).

Tillgången till träffar inom ett multiprofessionellt team gav en mer sammansvetsad och enhetlig palliativ vård enligt sjuksköterskorna (Arnaert m.fl., 2009; Gagnon & Hébert, 2023). Trots att denna tillgång var avtalad och behovet fanns så skedde träffar sällan eller aldrig i landsbygdsområdena (Arnaert m.fl., 2009). En god kommunikation mellan olika vårdinstanser var enligt Wood m.fl. (2021) en kvalitetsfaktor. Mycket kontakt med övriga professioner skedde över telefon eller genom digitala verktyg. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårt att säkerställa att man hade gemensamma mål för patienterna (Johansen & Ervik, 2022; Leadbeater & Staton, 2014).

## Kontakt med närstående

I flera fall nämnde sjuksköterskorna att närståendes närvaro kunde vara avgörande för huruvida patienterna fick möjlighet att dö i det egna hemmet i landsbygden (Arnaert m.fl., 2009; Edvardsen m.fl., 2020; Ervik, m.fl. 2023; Gagnon & Hébert, 2023; Wood m.fl., 2021). Ibland kunde en förutsättning för att patienten skulle kunna symtomlindras i det egna hemmet vara att närstående gav subkutana injektioner. Orsak till detta kunde vara att sjuksköterskorna hade för långa avstånd att åka för att hinna symtomlindra utan onödigt lidande eller att vägar och väder satte hinder för att de skulle komma fram (Arnaert m.fl., 2009). Det fanns patientfall där sjuksköterskorna behövde lära närstående att hantera och ge intravenösa dropp för att säkra upp vid de tillfällen då sjuksköterskorna inte kunde ta sig till patienterna (Leadbeater & Staton, 2014).

En viktig del av arbetet var att utbilda, informera och förbereda närstående så att de skulle kunna finnas för patienten i livet slut (Ervik m.fl., 2023; Gagnon & Hébert, 2023). Att närstående var väl förberedda samt kände att de hade kunskap och delaktighet var olika faktorer som förenklade den palliativa vården för sjuksköterskorna och ökade kvaliteten för patienterna (Wood m.fl., 2021). I Arnaert m.fl. (2009) förklarar en sjuksköterska att 75% av jobbet var att bygga bra relationer med närstående.

Sjuksköterskorna beskrev en känsla av att vara tudelade. De kunde se fördelar med att ha stor del av patientens familj nära varandra på landsbygden, men såg det ibland även som en belastning (Kaasalainen m.fl., 2013). Ibland upplevdes de närståendes förväntningar orimliga. Vissa närstående hade en förväntad bild av att en 24/7-verksamhet innebar att sjuksköterskan kunde vara tillgänglig för den enskilda patienten dygnet runt. Det kunde vara svårt för närstående att förstå att sjuksköterskan hade långa distanser att åka och eventuell höga arbetsbördor (Leadbeater & Staton, 2014). Närstående uttryckte ofta besvikelser över att sjuksköterskorna inte kunde vara mer tillgängliga (Ervik m.fl., 2023)

Det var inte ovanligt att närstående motsatte sig vårdens riktning genom att exempelvis neka till behandlingsbegränsningar och kräva livsuppehållande åtgärder

även om det innebar lidande för patienten menade sjuksköterskorna (Beckstrand m.fl., 2023; Ervik m.fl., 2023). I Lalani & Cai (2022) kunde de närståendes motvilja till vårdens riktning grunda sig i okunskap eller en ovilja att acceptera att patienten var i terminalt skede. Ibland dök familjemedlemmar upp som inte haft någon nära relation till patienterna och ställde krav på vårdens riktning trots konsekvenser för patienten (Beckstrand m.fl., 2023).

Ibland kunde kulturella skillnader komma emellan vården och patienten med närstående, det kunde handla om att det fanns en misstro till sjukvården. Detta kunde leda till att patienterna blev utan smärtlindring då närstående trodde att medicinerna var utan verkan (Kaasalainen m.fl., 2013).

## **Ökat ansvar för sjuksköterskorna i landsbygdsområden**

### Upplevelsen av att ha en central roll

Sjuksköterskorna rapporterade om att de var den yrkeskategori som arbetade närmast patienten inom den palliativa hälso- och sjukvården (Kaasalainen m.fl., 2014; Näppä m.fl., 2023). Arbetet innebar ofta mycket samordning mellan olika instanser, i Näppä m.fl. (2023) uppgav sjuksköterskorna att de kände sig som att det hade en central och ledande roll kring patienten. Sjuksköterskorna såg sig som patienternas förespråkare och länken mellan vården och patienterna (Näppä m.fl., 2023). Sjuksköterskorna uttryckte en känsla av att behöva vara som en kameleont, att snabbt skifta i sina roller. I ena stunden kunde de behöva hantera ett dödsfall i ena minuten för att i nästa hantera en enkel såromläggning (Kaasalainen, 2013). Sjuksköterskerollen inom landsbygdsområden krävde mycket kreativitet då sjuksköterskorna hade långa distanser och färre resurser (Näppä m.fl., 2023), en annan förmåga som ofta nämndes var förmågan till att som sjuksköterska vara lösningsorienterad (Edwardsen m.fl., 2020).

Sjuksköterskorna upplevde att deras ansvarsbörda var tyngre då de ofta var ensamma i bedömningar och beslut (Arnaert m.fl., 2009; Beckstrand m.fl., 2023; Ervik m.fl., 2023; Johansen & Ervik, 2022; Kaasalainen m.fl., 2013; Näppä m.fl., 2023; Cumming, m.fl., 2012). Många gånger täckte sjuksköterskorna geografiskt stora ytor ensamma, vilket upplevdes isolerande och ansvars tungt (Kaasalainen m.fl., 2013). Känslan av ensamhet kunde vara den värsta delen med yrket enligt sjuksköterskorna ensamhet var den värsta i yrket (Arnaert, 2009). I samma studie pratade sjuksköterskorna om att ensamheten i kombination med att hantera död gav emotionell stress. Att stå ensam inför svåra beslut vid exempelvis uppstart av palliativa injektioner kunde kännas som en stor ansvarsbörda när det sällan fanns någon kollega att diskutera åtgärderna med (Ervik m.fl., 2023). Sjuksköterskorna upplevde att de fick ta ett större medicinskt ansvar på grund av läkarnas otillgänglighet (Näppä m.fl., 2023; Cumming, m.fl., 2012). I Näppä m.fl. (2023) diskuterade även sjuksköterskorna hur läkarna delegerade större ansvarsuppgifter till dem som exempelvis att konstatera dödsfall.

Sjuksköterskorna kunde känna en oro angående bedömningarna som gjordes över telefon med läkare i landsbygdsområden. De kände en rädsla att missa viktiga delar för att läkaren skulle kunna göra en rättfärdig bedömning och kände ansvarsbörda för att få till rapporteringen rätt (Näppä m.fl., 2023; Kaasalainen m.fl., 2013). I Näppä

m.fl. (2023) uttrycktes det faktum att en sjuksköterska är lärd att se omvårdnadsperspektivet och att läkaren ser det medicinska perspektivet och huruvida det ledde till missade delar i bedömningen.

### Behov av kunskapsutveckling

Sjuksköterskorna i landsbygden efterfrågade återkommande mer utbildning inom palliativ vård men brist på tid för detta under arbetstid beskrevs som ett hinder. Verksamheterna kunde inte avlösa sjuksköterskor under arbetstid (Beckstrand m.fl., 2023; Cumming, m.fl., 2012).

Sjuksköterskorna erfor en bristande kompetens gällande palliativ vård, men trots hög efterfrågan erbjöds de ej utbildning (Gagnon & Hébert, 2023). Samma problem upplevdes i Wood m.fl. (2021), sjuksköterskorna upplevde ett behov av personlig kunskapsutveckling i palliativ vård. I Leadbeater & Staton (2014) kunde arbetsgivaren inte erbjuda efterfrågad palliativ utbildning då det inte fanns tillgängligt lokalt. Det fanns inte resurser att låta sjuksköterskorna resa långväga inom landet för att utbildas. I Arneart m.fl. (2009) önskades återkommande utbildningar för att gynna formell kompetens, sjuksköterskorna kände att den kunskap de hade var baserad på enbart erfarenhet.

Det poängterades att det behövdes mer stöd och utbildning gällande olika medicintekniska produkter de förväntades användas inom palliativ vård (Wood m.fl., 2021) Vissa sjuksköterskor kände att de hade bristande kunskap i vilka läkemedel som skulle ges vid vilka symtom. Sjuksköterskorna beskrev även att palliativ vård fortfarande var en ganska ny term och att de inte till fullo förstod innebörden av denna (Lalani & Cai, 2022).

Sjuksköterskorna belyste vikten av ett gott mentorskap och utbildning från den mer specialistinriktade vården. Exempelvis ett gott samarbete med närmsta onkologmottagning (Kaasalainen m.fl., 2013).

En annan faktor som sjuksköterskorna önskade utvecklas inom för att kunna erbjuda en god palliativ vård i landsbygdsområden var kulturell kompetens (Kaasalainen m.fl., 2013; Lalani & Cai, 2022; Wood m.fl., 2021). I Lalani & Cai (2022) beskrivs svårigheten att nå fram till Amishfolket då de ofta fick uppfattningen att de aldrig hört termen palliativ vård. Att försöka beskriva konceptet när sjuksköterskorna själva inte kände sig helt säkra inom området, upplevdes som en komplex situation där sjuksköterskorna önskade mer stöd.

## DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad i metoddiskussion och resultatdiskussion. I resultatdiskussionen integreras Katie Eriksson omvårdnadsteori om lidande med ett primärt fokus gällande vårdlidande.

## Metoddiskussion

I denna uppsats användes litteraturöversikt med tematisk analys för att besvara studiens syfte. En litteraturöversikt ger ett brett resultat inom ett ämne då befintlig forskning sammanställs och är därför en väl användbar metod för att svara till valt ämne (Polit & Beck, 2021). Enligt Kristensson (2014) kan litteraturöversikter skapa goda grunder för förbättringsarbeten inom valt ämne. För ytterligare styrka och ett bredare resultat hade en systematisk litteraturöversikt kunnat göras, men med det tidsspänn som fanns till godo var detta ej genomförbart. En systematisk litteraturöversikt skulle kunna ge ett ännu grundligare resultat (Polit & Beck, 2021). Som analysmetod valdes Braun och Clarkes (2006) tematiska analysmetod. Med hjälp av denna kunde författarna identifiera, analysera och rapportera de mönster som återfanns i kvalitativa data på ett strukturerat sätt.

I litteraturöversikten valde författarna att avgränsa valt problemområde genom användning av PEO (Population, exposure, outcome). PEO är gynnsam att använda för att tydliggöra avgränsningar när majoriteten av resultatet är kvalitativa artiklar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Att använda PEO gav även stöd vid val av exklusions- och inklusionskriterier inför datainsamlingen, något som gav struktur och därav styrka till metodprocessen. Att ha tydliga sökkriterier är viktigt, om andra skulle genomföra sökningarna ska de kunna få fram ett liknande resultat (Polit & Beck, 2021).

Sökningarna utfördes i databaserna CINAHL och PubMed, vilka fokuserar på omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2021). Dessa databaser ses därför som relevanta val för att svara till litteraturöversiktens syfte vars problemområde gäller omvårdnad i palliativ kontext. Initialt gjorde författarna sökningar efter egen kunskap i valda databaser, men för att säkerställa relevanta sökningar och sökmetoder så togs det hjälp av bibliotekarie på lasarettsbiblioteket. Detta för att få hjälp med identifiering av sökord och sökblock av mer erfaren person gällande databaser. Det kan ha uppkommit svårigheter i det faktum att bibliotekarier inte är väl kända med medicinska termer vilket kan ha påverkat urval av sökord och söktermer (Polit & Beck, 2021). Faktumet att det inte går att utesluta att den ringa erfarenheten från bibliotekarien av hälso- och sjukvårdstermer och författarnas ringa erfarenhet av databassökning kan ha kommit att påverka utfallet i sökningarna och därmed resultatet kan emellertid kvarstå. Ett flertal sökningar gjordes utifrån hjälpen från bibliotekarie. Då önskat antal artiklar inte uppnåddes med det initialt antagna tioårsspänn så ökades årsspänn till femton år i samråd med handledare. Detta gav ett resultat som upplevdes kunna svara till studiens syfte. Risken med att utöka årsspänn är att resultatet ej uppfattas som representativt för det aktuella forskningsläget. Polit & Beck (2021) menar dock att det viktiga är att säkerställa att forskning från de senaste 1-3 åren finns representerade i det totala resultatet. Cirka hälften av litteraturöversiktens resultatartiklar härstammar från de senaste 1-3 åren, vilket bör kunna ses som en styrka för forskningsaktualiteten.

Under artikelsöksprocessen återfanns ett stort antal artiklar baserat på "home-care" vilket översätts hemsjukvård. Dessa konkretiserade inte alltid att resultatet gällde

palliativ vård i landsbygdsområden. Eftersom studien syftade till att svara till erfarenheter av landsbygdsvård behövde sökningen smalnas av till just studier som innehöll beskrivning gällande landsbygdsbaserad palliativ vård. Det fanns även en del resultat där deltagarna i studier benämndes med generaliserande gruppbenämningar som *vårdpersonal* eller *hälso- och sjukvårdspersonal*. I dessa artiklar kunde det vara svårt att utröna sjuksköterskans erfarenheter och några artiklar valdes bort relaterat till detta. Om sjuksköterskans roll enkelt kunde identifieras kunde dessa artiklar inkluderas. Samtliga artiklar lästes på engelska, vilket inte är författarnas modersmål. Detta kan ha påverkat översättningarna och vissa tolkningar av texterna. Engelskan i enstaka artiklar upplevdes som aningen svårare än övriga. Vid svårare grammatik eller ord på engelska så användes Google-översätt. Valet att enbart inkludera artiklar skriva på engelska kan ses som en svaghet eftersom artiklar skrivna på andra språk kan finnas som kunde ha bidragit till resultatet, språken hade då dock behövt kunnat behärskats.

Båda författarna har erfarenheter och arbetar inom palliativa vårdformer vilket kan ge risk till författarbias. En del av det visade resultatet har författarna stött på sina egna respektive arbetsplatser. Författarna bejakade dock detta och försökte utgå från ett opartiskt tänk gällande syftets resultat. Genom att låta andra läsare betrakta och analysera litteraturöversikten under processens gång kan risken för författarbias minskas (Polit & Beck, 2021). Författarna har under litteraturöversiktens uppbyggnad deltagit vid flertalet handledningstillfällen där andra studenter fått tagit del av arbetet. Författarna har även ämnat vara transparenta gällande resultatartiklarnas innehåll och presenterar dessa i en strukturerad matris (Bilaga 2). De studier som valdes ut efter kvalitetskontroll med hjälp av Caldwell m.fl. (2011) analyserades i enlighet med Braun och Clarkes (2006) tematiska analysmetod. Samtliga artiklar uppmätte en hög till mycket hög kvalitet efter de utförda granskningarna. Det resulterade i 13 valda artiklar till resultatet med kvalitativ metod (Bilaga 2).

De valda artiklarna kommer från Kanada, USA, Norge, England, Sverige och Australien vilket ger en internationell spridningen av resultatet. Men det kan också ses som att de enbart ger en beskrivning utifrån situationen i länder som bedöms ingå i västvärlden. För ett mer världsomfattande resultat hade det varit önskvärt med artiklar även ifrån Afrika och Asien. Litteraturöversiktens överförbarhet till ett svenskt sammanhang är utifrån ett västvärldsperspektiv användbart. Flera artiklar är utförda inom nordisk kontext och är därför närmast direkt överförbara i svensk klinisk praxis. En studies överförbarhet innebär enligt Polit & Beck (2021) att resultatet kan överföras i annan kontext. Det finns även att bejaka att den övervägande delen av sjuksköterskorna som deltog i studierna var kvinnor. Vilket gör att det inte går att utesluta att det ur ett genusperspektiv kan ha påverkat resultatet.

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna var överens om flertalet faktorer som påverkar den palliativa vården i landsbygdsområden. I resultatet framkom primärt två fynd som diskuteras vidare i resultatdiskussionen. Dessa är: 1). *Förutsättningar för*

*sjuksköterskorna att bedriva palliativ vård i landsbygd och 2). Sjuksköterskornas utmanande arbetsroll och samarbetet med läkare*

### Förutsättningar för sjuksköterskorna att bedriva palliativ vård i landsbygd

För sjuksköterskorna i landsbygden var distansen till patienterna, men även till närmsta sjukhus, apotek och andra samhälleliga instanser, något som försvårade arbetet. Det kunde vara svårt att hinna till patienterna när restiden var lång och ofta arbetade sjuksköterskorna ensamma under jourtid. Sjuksköterskorna kände sig stressade att hinna mellan patienterna och oroade sig för att akuta tillstånd skulle uppstå när de hade långa distanser att köra för att symtomlindra patienterna. Ur patient- och närståendeperspektiv upplevdes även distanserna besvärliga ur flera perspektiv där vårdens otillgänglighet var den mest framträdande. Sjuksköterskornas oro över negativ inverkan gällande patienternas vård till följd av otillgänglighet, tidsbrist, för långa distanser eller övriga anledningar som lyfts i resultatet kan leda till onödigt lidande för patienterna. Att patienterna inte blir symtomlindrade i rätt tid eller har tillgång till specialiserad palliativ vård bidrar till en form av vårdlidande i enlighet med Katie Erikssons (2001) teori. Lidandet är en central del av den palliativa vården och att lindra lidande ingår dels i kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019), dels i IAHC:s definition av den palliativa vården (Radbruch m.fl., 2020).

Resultatet visade att sjuksköterskorna i landsbygden hade en oro över att patienterna ej symtomlindrades i rätt tid eller på rätt sätt samt osäkerhet gällande den egna kunskapen och kompetensen. I flera av resultatets artiklar lyfte sjuksköterskorna hur de återkommande efterfrågade utbildning i palliativ vård men blev nekade denna av sina arbetsgivare av olika anledningar. Enligt Tasseff m.fl. (2018) finns en utbredd okunskap hos sjuksköterskor i landsbygdsområden som arbetar med palliativ vård. Det finns en oförståelse för vad palliativ vård innebär och flera sjuksköterskor delar vad som även ofta visar sig vara allmänbefolkningens bild av palliativ vård; att den enbart gäller vård i livets absoluta slutskede. *Utebliven vård* kan enligt Katie Eriksson (2001) beskrivas utifrån vårdens oförmåga att se och bedöma vad patienten behöver. Även detta skapar ett lidande för patienterna, när kunskapen brister hos den vårdpersonal som ansvarar för patientens vård. I resultatet rapporterar även sjuksköterskorna om sena palliativa interventioner och onödiga behandlingsinsatser vilket orsakar onödigt lidande för patienterna. Öhlén (2020) beskriver lidandet som ett av de tillstånd som allra mest försvagar patienten i livets slut. Även han betonar att kunskapen för sjuksköterskornas att lindra lidande är otillräcklig. Att som vårdpersonal ämna lindra allt lidande är omöjligt, men att bekräfta och visa förståelse för att någon känner ett hot mot den egna existensen, oavsett orsak, är däremot ofta möjligt (Öhlén, 2020).

Återkommande i litteraturöversiktens resultat vittnar sjuksköterskorna om hur patienter i landsbygdsområden erhåller specialiserad vård i mindre utsträckning. Många gånger var sjuksköterskorna den enda som patienterna träffade vilket ställde större krav på dem att också göra bedömningar utifrån andra professioner som läkare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I flera av studierna uppmärksammade

sjuksköterskorna att specialiserade enheter kunde ha en maxgräns för geografiskt avstånd och att om detta var för långt så avstod de från att göra hembesök. Eriksson (2001) betonar hur all form av utebliven vård är en direkt kränkning av människans värdighet samt även ett sätt att utöva makt över en maktlös. Behov finns av olika lösningar för att få den palliativa vården att vara mer tillgänglig för patienter i landsbygdsområden men även ett fokus för att kunna stödja sjuksköterskorna utifrån de problemområden som lyfts i resultatet.

Ett användningsområde som diskuteras mer och mer är utökad användning av telemedicin inom den palliativa vården i landsbygdsområden. Detta som en lösning relaterat till långa geografiska avstånd mellan vården och patienten. Ett beprövat förslag är användningen av videokonsultationer via surfplatta där man i resultat kunde se en ökad patient- och närståendemedverkan gällande patientens vård (Funderskov m. fl., 2019). I litteraturöversiktens resultat framgick sjuksköterskornas oro att få tiden att räcka till när de hade långa distanser att köra för att bedöma patienternas behov. I Funderskov m. fl. (2019) upplevde sjuksköterskorna en positiv effekt gällande möjligheten till ett närmare samarbete med patient och närstående och mindre tidsåtgång för patientrelaterade insatser. Dock uppmärksammades att mycket fokus lades på fysiska symtom och smärtlindring medan de psykosociala och spirituella behoven sällan nådde fram genom videosamtal (Funderskov m.fl., 2019). I en studie av Bower m.fl. (2016) testades möjligheten för patienter med palliativa vårdbehov samt deras närstående att ha en "hospice-linje" de kunde ringa dygnet runt för rådgivning eller stöd. Telefonsupporten var statligt finansierad och visade sig vara ett väl användbart stöd för samtliga som är involverade i den palliativa vården. Onödiga ambulansutryckningar och sjukhusinläggningar minskades och patienternas önskan om att få dö i det egna hemmet uppfylldes till större del än tidigare (Baird Bower m.fl. 2016). Liknande koncept beprövades i Plummer och Allan (2013) där en dygnet-runt-linje upprättades för palliativ vård dit både patienter, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal fick ringa. Detta för att stärka tryggheten för patienter och närstående men även för hälso- och sjukvårdspersonal med bristande kunskap eller erfarenhet av palliativ vård. Telefonsupporten leddes av sjuksköterskor med lång erfarenhet och användarna av linjen uppskattade den mycket. Telefonsupporten visade sig vara ett väl användbart sätt att minska onödiga sjukhusinläggningar och öka möjligheten för patienterna att stanna i det egna hemmet (Plummer & Allan, 2013).

I resultatet efterfrågade sjuksköterskorna mer fokus gällande rutiner för den palliativa vården i landsbygden, i vissa fall menade sjuksköterskorna att de stod inför händelser de inte visste hur de skulle hanteras. I resultatet framkom även att sjuksköterskorna såg att ledningen prioriterade den palliativa vårdens utveckling väldigt lågt. Att nationellt och lokalt säkerställa att tydliga riktlinjer och handlingsplaner finns är ett viktigt steg för kvalitetssäkra den palliativa vården i landsbygden (Axelsson, 2022; WHO, 2020). I resultatet betonades utmaningarna som sjuksköterskorna ställdes inför jourtid och en efterfrågan för stöd kunde läsas in. Phillips m.fl. (2008) lyfter fokusområden att arbeta med för att optimera jourtimmarna för sjuksköterskorna inom palliativ vård. I studien beskrivs att den mest intensiva tiden för telefonsamtal och uppkomna behov under dygnets jourtimmar är mellan 18-23. Man rekommenderar

därför att det säkerställs att verksamheter är bemannade för att täcka dessa behov under dessa timmar. Phillips m.fl. lyfter även behovet av stödinterventioner för sjuksköterskorna att kunna ta emot och bedöma dessa samtal. Det är viktigt att verksamheterna arbetar med kontinuerlig utbildning för att trygga upp sjuksköterskorna, detta förhindrar onödiga sjukhusinläggningar och skapar mer trygghet även för patienterna. Även inom dessa områden syns risken för vårdlidande för patienterna där det finns risk för onödig sjukhusinläggning eller missad symtomlindring. Att inom vården arbeta med vägar för att eliminera eller åtminstone minska lidandet i vården ser Katie Eriksson (2001) som en av de största utmaningarna för vårdforskningen.

### Sjuksköterskornas utmanande ansvarsroll och samarbetet med läkare

Resultatet visade att sjuksköterskorna erfor ett ökat ansvar i sin yrkesroll inom palliativ landsbygdsvård. Sjuksköterskorna fann sig inte sällan ensamma i omfattande bedömningar, läkarna delegerade i större utsträckning medicinskt ansvar till dem och samtidigt efterföljdes inte det ökade ansvaret av kompetensutveckling i form av utbildning. Sjuksköterskorna beskrev sig själva som patienternas förespråkare och uppgav att de var den yrkesprofession som arbetade närmast patienten. Sekse m.fl. (2017) beskriver hur sjuksköterskan i palliativa vårdkontexter ofta beskrivs som den professionen med den mest centrala rollen. Sjuksköterskornas roll innefattar ofta koordinering av sjukvårdens olika komponenter men även kommunikationen med och emellan patient och närstående. Sjuksköterskornas roll har under de senare åren förändrats till att innefatta en utökad förmåga till ledarskap. Sjuksköterskorna förväntas kunna leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet (Lundin & Sandström, 2015). Enligt Ternestedt och Andershed (2020) bör sjuksköterskor som arbetar inom specialiserad palliativ vård där patienternas symtombild är komplex inneha en avancerad utbildning i palliativ vård. Sjuksköterskornas specifika kunskap gällande omvårdnaden behövs i det multiprofessionella teamet och vårdformen kräver utöver detta att sjuksköterskorna kan utbilda, handleda samt kvalitetssäkra vården. Ett sätt att undvika onödigt lidande för patienterna, vilket enligt Eriksson (2001) kan gälla bristande kunskap hos vårdpersonalen, vore att säkerställa att sjuksköterskorna har den kunskap och kompetens som behövs för att bedriva palliativ vård. Enligt Socialstyrelsen (2013) påvisas att trots utbildningar inom regioner och kommuner gällande palliativ vård så brister kunskapen gällande vårdfrågor, etik och bemötande. Tydlig skillnad syns gällande kvaliteten av den palliativa vården för patienter som erhåller specialiserad palliativ vård i kontrast till allmän palliativ vård. Därför behöver den specialiserade kompetensen spridas till fler verksamheter genom exempelvis konsultation och utbildning (Norberg & Ternestedt, 2020). För sjuksköterskor med examen på avancerad nivå med inriktning palliativ vård innefattar en del av färdigheterna att kunna informera och utbilda medarbetare och annan personal inom palliativ vårdkontext. Specialistsjuksköterskorna ska även kunna identifiera kunskapsbrister samt initiera och driva förbättringsarbete i palliativ omvårdnad (Svensk

sjuksköterskeförening, 2019). Behov som efterfrågas för att kvalitetsutveckla den palliativa vården enligt Norberg & Ternestedt, 2020).

Det onödiga lidandet bör elimineras enligt Eriksson (2001), en förutsättning för detta är en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. För att nå dit krävs att vården inte kränker patientens värdighet och inte missbrukar makt utan istället ger patienten den vård denne behöver. Några olika sätt för vårdaren att lindra lidandet innefattar bland annat att: vara ärlig, att förmedla hopp men också dela hopplösheten och att vara närvarande (Eriksson, 2001). I sjuksköterskornas kompetensbeskrivning betonas arbetsuppgiften att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Enligt Sveriges Läkarförbund (2017) ska läkaren alltid ha patientens hälsa som främsta mål och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta. Något som orsakar vårdlidande för patienterna är när läkarna inte besitter den rätta kunskapen, att läkarna inte besitter adekvat kunskap för palliativ vård är en återkommande faktor som sjuksköterskorna betonar i resultatet. I en populationsbaserad retrospektiv kohortstudie av Brown m.fl. (2018) framkommer att patienter med palliativt vårdbehov i många fall stod helt utan läkarbedömning under de sista 12 månaderna i livet. Av de som erhöll palliativ vård där läkare var inblandad var över 70% genom familjeläkare, vilka varken har specialistkunskap eller generell kunskap gällande palliativ vård som fokusområde för sin praxis. Två procent av de specialistutbildade läkarna inom palliativ vård återfanns i landsbygdsområden medan resten arbetade i städerna. I studien uppmuntras ett skifte där familjeläkarna erbjuds ett större supportsystem av specialistläkarna inom palliativ vård (Brown, m.fl., 2018). Enligt Socialstyrelsen (2013) är tillgång till läkare med kunskap om palliativ vård under dygnets alla timmar en förutsättning för palliativ vård av god kvalitet. I samarbetet med läkarna verkar utifrån resultatet en stor utmaning finnas i att tillsammans utveckla ett gynnsamt arbetssätt för den komplexitet den palliativa vården i landsbygd kan innebära. Tan m.fl. (2009) bekräftar den palliativa vårdens underprioritering utbildningsmässigt gällande både sjuksköterskor och läkare. Läkarna vittnar om att deras arbete i landsbygdsområden innefattar jourtimmar där palliativ vård bedrivs, men att specificerad utbildning inte getts för att förbereda dem för detta (Tan m.fl., 2009).

Taylor m.fl. (2017) beskriver hur förmågan att känna igen döende är en viktig klinisk färdighet för både allmän- och palliativ vårdpersonal. Trots den stora betydelsen är både identifiering och god klinisk vård av den döende patienten fortfarande extremt svårt och ofta kontroversiellt i klinisk praxis. I resultatet erfor sjuksköterskorna att läkarna vid tillfällena hade avstått från att förskriva symtomlindrande läkemedel, ej gett brytpunktssamtal eller beslutat om nödvändiga behandlingsbegränsningar. Katie Eriksson (2001) beskriver hur en stor del av vårdlidande innefattar kränkning av patientens värdighet. Att inte tillgodoses med rätt information eller tillräckligt omfattande information för beslutsfattande gällande den egna vården är en indirekt kränkning av patientens värdighet. Läkare med rädsla för samtal gällande döden skapar svårigheter för sjuksköterskor, inte bara inom landsbygden utan inom alla vårdformer menar Taylor m.fl. (2017). Sjuksköterskorna kunde känna att de inte visste vilket vårdfokus som förväntades utföras och satte detta i kontrast till de förutsättningar som skapas när patienten är väl informerad (Taylor m.fl., 2017).

I resultatet framförde sjuksköterskorna att ett gott samarbete med läkarna var en grundförutsättning för att kunna bedriva god palliativ vård och i vissa fall även en anledning för sjuksköterskorna att stanna på arbetsplatsen. Trots att läkare ofta upplevs hantera ärenden gällande patienter med palliativa vårdbehov ensamma, så påvisar forskningen att de föredrar att arbeta i lokala palliativa team tillsammans med sjuksköterskor menar Johansen och Ervik (2018). Det mest fördelaktiga samarbetet verkar infinna sig i att sjuksköterskan och läkaren kompletterar varandras kompetenser genom nära teamsamverkan med en ömsesidig respekt för varandras kunskaper. I studien uppger läkare att ett ökat generellt intresse för den palliativa vården och mer utbildning i ämnet är förutsättningar för att vidare gynna samarbetet med sjuksköterskorna och förbättra vården för patienterna (Johansen & Ervik, 2018).

I resultatet framkom att onödiga sjukhusvistelser genomfördes till följd av att läkarna inte hade någon patientkännedom eller att behandlingsbegränsningar ej genomförts. Även sjukhusinläggningar till följd av bristande tillgång till specialiserad palliativ vård i hemmen men även bristande tillgång till hospice. Gällande patienter som önskar dö i det egna hemmet menar Danielsen m.fl. (2018) att samarbetet mellan läkarna och sjuksköterskorna är bland den viktigaste komponenten för att skapa en värdig sista tid för patienterna, där förberedelse står i fokus. Studien visar att när läkare finns tillgängliga för hembesök och en vårdplan är upprättad som följs upp allt eftersom inom vårdteamet, så skapas goda förutsättningar för att patienterna faktiskt ska kunna dö i det egna hemmet. Vidare bevisar studien att ett tätt samarbete mellan sjuksköterskorna och läkarna, där vardera professions kompetens tillvaratas, minskade risken för onödiga sjukhusinläggningar för patienterna i livets slut (Danielsen m.fl. (2018). Att vården inte kan tillmötesgå patienternas behov innebär ett vårdlidande som hade kunnat förhindrats om rätt förutsättningar fanns (Eriksson, 2001). Trots att man kan se en ökning av möjligheterna till palliativ vård så är fortsatt tillgången ojämnt fördelad geografiskt. Den palliativa vården sker till stor del i det egna hemmet och många patienter önskar dö där, men faktorer som påverkar patienternas val är exempelvis tillgången till fungerande stöd och kvalificerad personal (Socialstyrelsen, 2013).

Inom den palliativa vården i landsbygdsområden belyses i denna litteraturöversikt flera områden som skapar ett onödigt lidande för patienterna som primärt orsakas av vården. I landsbygden är den största utmaningen för att förhindra vårdlidande att arbeta vidare med hur utebliven vård i enlighet med Erikssons (2001) beskrivning undviks. Genom att fokusera på ett utökat samarbete mellan de professioner som arbetar närmast patienterna, en ökad närvaro av läkare och ökade resurser gällande kunskaps- och kompetensutveckling kan den palliativa vården formas till det bättre.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Att vara sjuksköterska i landsbygdsområden har visat sig innebära mycket eget ansvar och ofta avsaknad av tillgängliga kollegor fysiskt. För att minska känslan av för mycket ensamarbete, avsaknad av kollegor och beslutsbördan krävs det nya vägar för

att utforska och förbättra arbetsmiljön för sjuksköterskorna i landsbygden och på så vis även gynna patienterna och deras möjlighet till en god sista tid i livet. Att införa eller utöka exempelvis digitala möjligheter för patientbesök med läkare eller sjuksköterska online skulle kunna öka vårdens tillgänglighet, men även patienternas delaktighet. Utökade tillfällen för handledning och utbildning behövs för att utveckla kompetensen hos sjuksköterskorna men även övriga yrkesprofessioner som berör palliativ vård. Ett gott samarbete mellan de olika professionerna är en av hörnstenarna för den palliativa vården och behöver konsekvent tas i beaktning. För att kunna utföra palliativ vård baserad på evidens och bästa praxis så behövs specialistsjuksköterskor i palliativ vård. En del av specialistsjuksköterskans roll innefattar att i dialog informera och utbilda medarbetare och annan personal inom aktuellt ämne. Även att initiera och leda reflektiva samtal med medarbetare och övrig personal. Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård har en viktig roll inför utvecklingen av framtidens palliativa vård.

## **FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING**

Det finns ett fortsatt behov av vidare forskning gällande sjuksköterskans yrkesroll inom den palliativa vården i landsbygdsområden. Flera områden uppmärksammas i denna litteraturöversikt där system och förbättringsåtgärder behöver hanteras. Sjuksköterskorna betonar återkommande en känsla av ensamhet i sin yrkesroll, även en bristande kunskap och ett sparsamt samarbete med exempelvis läkarkåren. Forskningsmässigt skulle man kunna utforska möjligheterna till ett närmare samarbete mellan läkare och sjuksköterska där kompetenserna utbyts och arbetsformen blir tryggare och mer tillgänglig för båda parter. Digitala interventioner skulle kunna utforskas i större utbredning där eventuell möjlighet till digitala videosamtal med läkarkollegor och övriga professioner utforskas. Men även ett mer utforskat användande av digital teknik vid kontakt med patienter och närstående, detta skulle kunna uppmuntra till mer delaktighet och en större trygghet för patienterna och deras närstående. Möjligheten att konsultera eller rådgöra inom vårdteamet via exempelvis surfplatta när sjuksköterskan är ute i ordinära boenden skulle kunna bidra till att känslan av ensamhet blev lägre för sjuksköterskorna. Forskningen skulle kunna göras både genom kvantitativa och kvalitativa studier. Kvantitativa studier för att inhämta och jämföra mätbara data som kan påvisa skillnader som olika interventioner skapar. Samt kvalitativa intervjustudier som exempelvis innefattar läkare och sjuksköterskor där olika interventioner testas som gynnar samarbetet mellan professionerna.

## **SLUTSATS**

Denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskorna har en väldigt central och viktig roll för patienter med palliativa vårdbehov i landsbygdsområden. Inom den palliativa vården i landsbygdsområden belyses i denna litteraturöversikt flera områden som skapar ett onödigt lidande för patienterna som primärt orsakas av vården. Att arbeta som sjuksköterska innebär att i mesta möjliga mån försöka lindra lidande. De

utmaningar som sjuksköterskorna i landsbygdsområden möter gällande palliativ vård behöver bemötas med stödjande insatser, mer utbildning och en högre personaltäthet. Geografisk boningsplats är en faktor för ojämställdhet inom vården världen över, detta behöver tas på allvar. Patienternas rätt till vård på lika villkor är i Sverige lagstadgat, men trots detta ojämlik beroende på geografisk hemvist. Genom att fokusera på ett utökat samarbete mellan de professioner som arbetar närmast patienterna, en ökad närvaro av läkare och ökade resurser gällande kunskaps- och kompetensutveckling för sjuksköterskorna kan den palliativa vården formas till det bättre.

## Referensförteckning

American Nurses Association. (2016). *Nurses' Roles and Responsibilities in Providing Care and Support at the End of Life*. ANA Center for Ethics and Human Rights.

<https://www.nursingworld.org/~4af078/globalassets/docs/ana/ethics/endoflifepositionstatement.pdf>

\*Arnaert, A., Seller, R. & Wainwright, M. (2009). Homecare Nurses' Attitudes Toward Palliative Care in a Rural Community in Western Quebec. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 11(4), 202-208. doi:10.1097/NJH.0b013e3181aad9c4

Axelsson, B. (2018). *Palliativ medicin i praktiken*. Studentlitteratur.

Axelsson, B. (2022). The Challenge: Equal Availability to Palliative Care According to Individual Need Regardless of Age, Diagnosis, Geographical Location, and Care Level. *International Journal of Environment Research and Public Health* 42(4229). Doi: 10.3390/ijerph19074229

Baird-Bower, D., Roach, J., Andrews, M., Onslow, F. & Curnin, E. (2016). Help is just a phone call away: after-hours support for palliative care patients wishing to die at home. *International Journal of Palliative Nursing* 22(6). doi: 10.12968/ijpn.2016.22.6.286

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(7). Doi: 10.1186/s12904-020-00705-y

\*Beckstrand, R., Macintosh, J., Drake, J., Newman, C., Rasmussen, R. & Luthy, R. (2023). Critical Access Hospital Nurses' Perceptions of Obstacles to End-of-Life care: A qualitative study. *American Association of Critical-Care Nurses* 32(4), 276287. Doi: 10.4037/ajcc2023186

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-M. (2021) *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Bettany - Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing - a Step by Step Guide*. Open University Press.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Brown, C., Hsu, A., Kendall, C., Marshall, D., Pereira, J., Prentice, M., Rice, J., Seow, H-Y., Smith, G., Wing, I. & Tanuseputro, P. (2018) How are Physicians delivering

palliative care? A population-based retrospective cohort study describing the mix of generalist and specialist palliative care models in the last year of life. *Palliative Medicine* 32(8), 1334-1343. Doi: [10.1177/0269216318780223](https://doi.org/10.1177/0269216318780223)

Caldwell, K., Henshaw, L. & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Cerni, J., Hosseinzadeh, H., Mullan, J., Westley-Wise, V., Chantrill, L., Barclay, G. & Rhee, J. (2023). Does Geography Play a Role in the Receipt of End-of-life Care for Advanced Cancer Patients? Evidence from an Australian Local Health District Population-Based Study. *Journal of Palliative Medicine* 23(11), 1453-1465. Doi: [10.1089/jpm.2022.0555](https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0555)

Ciemins, E., Brant, J., Kersten, D., Mullette, E. & Dikerson, D. (2015). A qualitative analysis of patient and family perspectives of palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 18(3), 282-285. Doi: [10.1089/jpm.2014.0155](https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0155)

Chukwusa, E., Verne, J., Polato, G., Taylor, R., Higginson, I. & Gao, W. (2019). Urban and rural differences in geographical accessibility to inpatient palliative and end-of-life (PEoLC) facilities and place of death: a national population-based study in England, UK. *International Journal of Health Geographics* 18,(8). Doi: [10.1186/s12942-019-0172-1](https://doi.org/10.1186/s12942-019-0172-1)

\*Cumming, M., Boreland, F. & Perkins, D. (2012). Do rural primary health care nurses feel equipped for palliative care? *Australian Journal of Primary Health* 18(4), 274-283. doi: [10.1071/PY11150](https://doi.org/10.1071/PY11150).

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 and Well-being* 10(1). Doi: [doi.org/10.3402/qhw.v10.28382](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28382)

Duggleby, W., Penz, K., Leipert, B., Wilson, D., Goodridge, D. & Williams, A. (2011). "I am part of the community but..." The changing context of rural living for persons with advanced cancer and their families. *Rural and Remote Health* 11(3). Doi: [doi.org/10.22605/RRH1733](https://doi.org/10.22605/RRH1733)

\*Edvardsen, T. L., Lorem, G. & Mehus, G. (2020). Palliative care in rural and remote areas, Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway. *Nordisk Sygeplejeforskning* 10(3), 150-163. Doi: [10.18261/issn.1892-26862020-03-02](https://doi.org/10.18261/issn.1892-26862020-03-02)

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

\*Ervik, B., Donnem, T. & Johansen, M-L. (2023). Dying at "home" - a qualitative study of end-of-life care in rural Northern Norway from the perspective of health care professionals. *BMC Health Services Research* 23(1). Doi: [10.1186/s12913-02310329-6](https://doi.org/10.1186/s12913-02310329-6)

European Council. (2018). *The Provision of Palliative Care in Europe*. (Resolution

2249). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTMLen.asp?fileid=25214&lang=en>

Funderskov, K. F., Danbjørg, D. B., Jess, M., Munk, L., Zwisler, A.-D. O., & Dieperink, K. B. (2019). Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare Professionals and their perspectives on video consultations: - A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3966-3976. <https://doi.org/10.1111/jocn.15004>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4. Uppl.). Natur & Kultur.

\*Gagnon, M-C. & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. *Canadian Oncology Nursing Journal* 33(1), 46-60. Doi: 10.5737/2368807633146

Glesbygdsverket. (2007). *Fakta – Om Sveriges gles-och landsbygder*. Hämtad, 15 december, från: [fickfakta-om-gles-och-landsbygder-2007-07.pdf \(tillvaxtanalys.se\)](http://fickfakta-om-gles-och-landsbygder-2007-07.pdf)

\*Goodridge, D. & Duggleby, W. (2010). Using a Quality Framework to Assess Rural Palliative Care. *Journal of Palliative Care*. 26(3), <https://doi.org/10.1177/082585971002600302>

Gunn, K.M., Weeks, M., Spronk, K.J.J., Fletcher, C. & Wilson, C. (2022). Caring for someone with cancer in Australia. *Supportive Care in Cancer*, 30, 4857-4865. Doi: 10.1007/s00520-022-06857-2

Hagan, T., Xu, J., Lopez, R. & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-219. Doi: [doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037)

Henricson, M. (2022). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 43-55). Studentlitteratur.

Håkanson, C., Öhlén, J., Cohen, J. & Morin, L. (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7). doi: [doi.org/10.1177/1403494815595](https://doi.org/10.1177/1403494815595)

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

International Council of Nurses. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev. Utg.). Svensk sjuksköterskeförening.  
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

\*Johansen, M-L. & Ervik, B. (2022). Talking Together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC Health Services Research* 22(314). Doi: 10.1186/s12913-022-07713-z

Johansen, M-L. & Ervik, B. (2018). Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *BMC Health Services Research* 18(159). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2955-7>

\*Kaasalainen, S., Brazil, K., Williams, A., Wilson, D., Willison, K., Marshall, D. & Taniguchi, A. (2013). Barriers and Enablers to Providing Palliative Care in Rural Communities: A nursing perspective. *Journal of Rural and Community Development* 7(12), 4-19.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

\*Lalani, N. & Cai, Y. (2022). Palliative care for rural growth and wellbeing: identifying perceived barriers and facilitators in access to palliative care in rural Indiana, USA. *BMC Palliative Care* 21(25). Doi: 10.1186/s12904-022-00913-8

\*Leadbeater, M. & Staton, W. (2014). The role and organisation of community palliative specialist nursing teams in rural England. *British Journal of Community Nursing* 19(11), 551-555. Doi: 10.12968/bjcn.2014.19.11.551

Lewis, J., DiGiacomo, M., Currow, C-D. & Davidson, P-M. (2011). Dying in the margins: Understanding Palliative Care and Socioeconomic Deprivation in the Developed World. *Journal of Pain and Symptom Management* 42(1), 105-117. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.10.265

Lundin, K. & Sandström, B. (2015). *Ledarskap inom vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Lockie, S., Bottorff, J., Robinson, C. & Pesut, B. (2010). Experiences of Rural Family Caregivers Who Assist With Commuting for Palliative Care. *Canadian Journal of Nursing Research Archive* 42(1), 74-91.

Miller, E., Porter, J. & Peel, R. (2021). Palliative and End-of-Life Care in the Home in Regional/Rural Victoria, Australia: The Role and Lived Experience of Primary Carers. *SAGE Open Nursing* 7. doi: 10.1177/23779608211036284

Nacak, U. & Erden, Y. (2022). End-of-life Care and Nurse's Roles. *The Eurasian Journal of Medicine* 54(1), 141-144. Doi: 10.5152/eurasianjmed.2022.22324

Nilsson, J., Axelsson, B., Holgersson, G., Carlsson, T., Bergqvist, M. & Bergström, S. (2020). Geographical Differences in Likelihood of Home Death Among Palliative Cancer Patients: A National Population-based Register Study. *Anticancer Research* 40, 3897-3903. Doi: 10.21873/anticancer.14380

Norberg, A. & Ternestedt, B-M. (2020). Jämlikhet inför döden. I B. Andershed. & Ternestedt, B-M. (Red.), *Palliativ vård - Begrepp och Perspektiv i Teori och Praktik* (s. 49-64). Studentlitteratur.

\*Näppä, U., Nässén, E. & Winqvist, I. (2023). Palliative care in rural areas – collaboration between district nurses and doctors: an interview study. *BMC Palliative Care* 22(73). Doi: 10.1186/s12904-023-01190-9

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021) *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber.

*Patientlag*. (SFS 2014:821). Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Payne, S., Harding, A., Williams, T., Ling, J. & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine* 36(4), 680-697. Doi: 10.1177/02692163221074547

Pesut, B., Robinson, C.A., Bottorff, J.L., Fyles, G., & Broughton, S. (2010). On the road again: patients perspectives on commuting for palliative care. *Cambridge University Press*. 23 March 2010. doi: 10.1017/S1478951509990940.

Phillips, J., Davidson, P., Newton, P. & DiGiacomo, M. (2008). Supporting Patients and Their Caregivers After-Hours at the End of Life: The role of Telephone Support. *Journal of Pain and Symptom Management* 36(1), 11-21. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.08.017

Pivodic, L., Pardon, K., Morin, L., Addington-Hall, J., Miccinesi, G., CardenasTuranzas, M., Onwuteaka-Philipsen, B., Naylor, W., Ruiz Ramos, M., Van den Block,

L., Wilson, D., Loucka, M., Csikos, A., Joo Rhee, Y., Teno, J., Deliens, L., Houttekier, D. & Cohen, J. (2016). Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. *Epidemiol Community Health* 2016(70), 17-24. Doi: 10.1136/jech-2014205365

Plummer, S. & Allan, R. (2013). Analysis of a network-wide specialist palliative care out-of-hours advice and support line: a model for the future. *International Journal of Palliative Nursing* 17(10). Doi: 10.12968/ijpn.2011.17.10.494

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Woodruff, R., Yong, J. & Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027

Rainsford, S., MacLeod, R., & Glasgow, N. (2016). Place of death in rural palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine* 30(8), 745-763  
doi:10.1177/0269216316628779

Rainsford, S., MacLeod, R., & Glasgow, N., Phillips, C., Wiles, R. & Wilson, D. (2017). Rural and end-of-life care from the experiences and perspectives of patients and family caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine* 31(10), 895-912. Doi: 10.1177/0269216316685234

Regionala Cancercentrum i Samverkan. (2023). *Palliative Care in Cancer*.  
<https://cancercentrum.se/samverkan/regional-cancer-centres/palliative-care/>

Rome, R., Luminais, H., Bourgeois, D. & Blais, C. (2011). The Role of Palliative Care at the End of life. *The Ochsner Journal* 11(4), 348-352.

Sekse, R.J., Hunskär, I. & Ellingsen, S. (2017). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), e21-e38. Doi: 10.1111/jocn.13912

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikationer: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

SOU 2001:6. Döden angår oss alla. Hämtad 22 Januari, 2024, från  
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentligautredningar/2001/01/sou-20016/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2024). *Svensk Sjuksköterskeförening: Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimeradsjukskoterska>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). *Svensk Sjuksköterskeförening: Kompetensbeskrivning avancerad nivå - specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård*. Hämtad från <https://swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-v%C3%A5rd-2019.pdf>

Sveriges Läkarförbund. (2017). *Läkarförbundets etiska regler*. Hämtad från <https://slf.se/app/uploads/2018/04/etiskaregler-a4-korr2.pdf>

Tan, H., O'Connor, M., Miles, G., Klein, B. & Schnatter, P. (2009). GP and nurses' perceptions of how after hours for people receiving palliative care at home could be improved: a mixed methods study. *BMC Palliative Care*, 8(13).  
Doi:10.1186/1472684X-8-13

Tasseff, T., Tavernier, S., Watkins, P. & Neill, K. (2018). Exploring Perceptions of Palliative Care Among Rural Dwelling Providers, Nurses and Adults Using a Convergent Parallel Design. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 18(2), 152-188. Doi; 10.14574/ojrnhc.v18i2.527

Taylor, P., Dowding, D. & Johnson, M. (2017). Clinical decision making in the recognition of dying: a qualitative interview study. *BMC Palliat Care*. 2017; 16: 11.  
. Doi: [10.1186/s12904-016-0179-3](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0179-3)

Ternstedt, B-M. & Andershed, B. (2020). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed. & Ternstedt, B-M. (Red.), *Palliativ vård - Begrepp och Perspektiv i Teori och Praktik* (s. 103-117). Studentlitteratur.

Tillväxtverket. (2010). *Städer och landsbygder*. Hämtad 15 december, 2023, från: Städer och landsbygder - Tillväxtverket ([tillvaxtverket.se](http://tillvaxtverket.se))

Vetenskapsrådet. (2017). *God Forskningsed*. Hämtad från: <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-godforskningsed.html>

Walker, D., Edwards, R., Bagcivan, G. & Bakitas, M. (2017). Cancer and palliative care in the United States, Turkey, and Malawi: Developing global collaborations. *Asia-Pacific Journal of Nursing* 4(3), 209-219.

\*Wood, M., Forsyth, S. & Dawson, H. (2021). Remote area nurses' perceptions of the enablers and barriers for delivering end-of-life care in remote Australia to Aboriginal people who choose to pass away on their traditional lands. *Rural and Remote Health* 21(3). Doi: 10.22605/RRH6485

World Health Organization. (2021). WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Hämtad 12 februari, 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341139/9789240024229-eng.pdf>

World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Hämtad 16 november, 2023, från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Wu, C-H., Wu, Y-H., Chang, Y-H., Tsay, M-S., Chen, H-C. & Hsieh, H-Y. (2021). Community Nurses' Preparations for and Challenges in Providing Palliative Home Care: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(11838). Doi: 10.3390/ijerph182211838

Öhlén, J. (2020). Lidande. I B. Andershed. & Ternstedt, B-M. (Red.), *Palliativ vård - Begrepp och Perspektiv i Teori och Praktik* (s. 249-263). Studentlitteratur.

## BILAGA 1. Sökmatrix

Databas Datum för sökning	Sökord Sökblock	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL 231212	( (MH "palliative care") OR (MH "palliative medicine") OR (MH "hospice nursing") OR (MH "hospice care") OR (MH hospices) OR (MH "terminal care") OR end of life care ) AND  ( (MH "palliative care nurses") OR (MH "palliative care nursing") OR (MH "hospice nurses) OR (MH "hospice nursing") OR (MH "rural nurses") OR nurse* ) AND ( (MH "rural areas") OR (MH "rural hospitals") OR (MH "rural health services") OR (MH "rural health") OR country setting* OR countryside OR remote area* OR critical access* OR "long distance care" ) AND ( experience* OR perception* OR perspective* OR attitude* )	Peer Reviewed  English Language  20130101- 20231231	44	35	16	7

CINAHL 20240118	<p>( (MH "palliative care") OR (MH "palliative medicine") OR (MH "hospice nursing") OR (MH "hospice care") OR (MH hospices) OR (MH "terminal care") OR end of life care ) AND</p> <p>( (MH "palliative care nurses") OR (MH "palliative care nursing") OR (MH "hospice nurses) OR (MH "hospice nursing") OR (MH "rural nurses") OR nurse* ) AND ( (MH "rural areas") OR (MH "rural hospitals") OR (MH "rural health services") OR (MH "rural health") OR country setting* OR countryside OR remote area* OR critical access* OR "long distance care" ) AND ( experience* OR perception* OR perspective* OR attitude* )</p>	Peer Reviewed English Language 20090101- 20231231	69	20	3	2
PUBMED 231229	<p>(((((Rural Nursing[MeSH Terms]) OR (Rural Health [MeSH Terms])) OR (Rural Health Services [MeSH Terms])) OR (Rural Population[MeSH Terms])) OR (rural[Title/Abstract])) AND (((Palliative Care[MeSH</p>	20130101- 20231231	144	120	25	1

	Terms]) OR (Terminal Care[MeSH Terms])) OR (((palliative[Title/Abstract]) OR (end of life [Title/Abstract])) OR (terminal[Title/Abstract]))) AND ((Attitude of Health Personnel[MeSH Terms]) OR ((nurses experienc*[Title/Abstract]) OR (nurses perception*[Title/Abstract])) OR (nurses attitude*[Title/Abstract])))					
<b>Pubmed</b> 20240118	((((Rural Nursing[MeSH Terms]) OR (Rural Health [MeSH Terms])) OR (Rural Health Services [MeSH Terms])) OR (Rural Population[MeSH Terms])) OR (rural[Title/Abstract])) AND (((Palliative Care[MeSH Terms]) OR (Terminal Care[MeSH Terms])) OR (((palliative[Title/Abstract]) OR (end of life [Title/Abstract])) OR (terminal[Title/Abstract]))) AND ((Attitude of Health Personnel[MeSH	20090101-20130101	35	12	5	2

	Terms]) OR (((nurses experienc*[Title/Abstract]) OR (nurse perception*[Title/Abstract])) OR (nurses attitude*[Title/Abstract])))					
<b>Sekundärsökning</b> (artiklar funna i referenslistor) 20231230						1
<b>SUMMA</b>			213	187	49	13

## BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod: Urval: Datainsamling: Analys:	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ av studie
Arnaert, A., Seller, R. & Wainwright, M.	Homecare Nurses' Attitudes Toward Palliative Care in Rural Community in Western Quebec	2009 Kanada Journal of Hospice and Palliative Nursing	Att undersöka hemsjukvårdssjuksköterskors attityder gällande palliativ vård i landsbygdskommuner i Västra Quebec	<b>Metod:</b> Kvalitativ design <b>Urval:</b> Bekvämlighetsurval, fem sjuksköterskor som arbetade inom hemsjukvård i en landsbygdskommun (som bedrev palliativ vård) <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys	5 (-)	6 teman framkom efter analys av data: 1) Upplevelse av kommunens gemenskap 2) Upprätthållande av patienternas livskvalitet 3) Samarbete med multidisciplinära team 4) Uppleva känslomässig och fysisk isolering 5) Erkänna behovet av professionell utveckling 6) Hantera organisatoriska frågor  Fynden identifierade behoven av ett tätare samarbete och behovet av ett palliativt hemsjukvårdsteam i distriktet samt kontextspecifik professionell utveckling inom ämnesaktuella områden för sjuksköterskorna	<b>KII</b>
Beckstrand, R., Macintosh, J., Drake, J.,	Critical Access Hospital Nurses' Perceptions of Obstacles to End-of-Life	2023 USA <i>American Journal of</i>	Att studera sjuksköterskors erfarenheter av upplevda hinder för att bedriva palliativ vård på Critical	<b>Metod:</b> Kvalitativ <b>Urval:</b> Legitimerade sjuksköterskor,	73 (9)	Två teman: 1) Familj, läkare, övriga professioner. 2) Omvårdnad	<b>KI</b>

Newman, C., Rasmussen, R. & Luthy, K	Care: A Qualitative Study	<i>Critical Care</i>	Access Hospitals	kunna läsa på engelska och att ha vårdat åtminstone en kritiskt sjuk patienten på ett CAH-sjukhus  <b>Datainsamling:</b> Enkät med openended-frågor  <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys		omgivningsfaktorer, rutiner och övrigt. Familjemedlemmar som insisterar på "onödiga/ohjälpsamma" behandlingar eller som ej accepterar behandlingsbegränsningar. Läkare med bristande kompetens och mod att ex ge brytpunktssamtal, gav falskt hopp, förskriver ej symtomlindring. Tidsbrist, bekantskaper med anhöriga/patienten pga små samhällen. ,	
--------------------------------------	---------------------------	----------------------	------------------	--	--	---	--

Cumming, M., Boreland, F. & Perkins, D.	Do rural primary health care nurses feel equipped for palliative care?	2012  Australien  Australian Journal of Primary Health	Syfte att undersöka upplevelser av sjuksköterskor inom palliativ vård i hemmet i landsbygd och på avlägsna platser i New South Wales. Hur dem känner angående att vård palliativa patienter, hur väl utrustade dem känner för	<b>Metod:</b> Kvalitativ.  <b>Urval:</b> Legitimerade sjuksköterskor inom primärvården som arbetade på fjorton avlägsna platser i New South Wales. Ursprungligen 40 stycken sjuksköterskor besvarade ett frågeformulär. Där 28 sjuksköterskor	<b>40</b> <b>(10)</b>	Sjuksköterskorna kände en stress över att behöva ta fler "roller" än endast sjuksköterskerollen för att få vården att fungera kring patienten.  De rapporterade olika åsikter och attityder kring palliativ vård. Vissa kände ett extra ansvar medans andra endast såg det som en "del av arbetet".  Brister i stöd och brister i medicinsk utrustning rapporterades. Ofta en	<b>K1</b>
---	--	--	---	---	--------------------------	---	-----------

			denna typ av vård och deras roll. Samt vilket behov av utbildning och stöd dem behöver.	<p>Samtyckte till intervju och 10 valdes ut med hjälp av maximal urvalsvariation.</p> <p><b>Datinsamling:</b> Enkät med openended-questions sedan semistrukturerade intervjuer.</p> <p><b>Analys:</b> Tematisk analys</p>		<p>känsla av att känna sig ensamma relaterat till det geografiska avståndet.</p> <p>Legitimerade sjuksköterskor kände ett behov av att kunna konsultera sjuksköterskor med specialistexamen i palliativ vård.</p> <p>Främst kom ett behov av utbildning och stöd för att klara av det ansvar och rollen sjuksköterskorna på dessa avlägsna platser har.</p>	
--	--	--	---	---	--	---	--

Edwardsen, T., Lorem, Geir. & Mehus, G.	Palliative care in rural and remote areas. Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway	2020 Norge Nordisk Sygeplejeforskning	Syftet var att undersöka utmaningar för sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård i landsbygdsområden och svårigheterna för dem att upprätthålla en professionell standard i sin omvårdnad	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ</p> <p><b>Urval:</b> Sjuksköterskor med relevant expertis för studiens syfte</p> <p><b>Datinsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Graneheim och Lundmans innehållsanalys</p>	5 (-)	Sjuksköterskorna upplevde sig som geografiskt och professionellt isolerade, de kände sig ensamma. Den etablerade infrastrukturen för avancerad hemsjukvård gick dåligt hand i hand med hur förhållande såg ut på landsbygden. Dålig överrapportering och förberedelse vid hemgång från sjukhus. Inget/sparsamt stöd när	KII
---	--	---	--	--	-------	---	-----

						specialist-kompetensen fanns långt bort eller inte alls. Svårt att våra bekanta, grannar, familj	
--	--	--	--	--	--	---	--

Ervik, B., Donnem, T. & Johansen, M-L.	Dying at “home” - a qualitative study of end- of-life care in rural Northern Norway from the perspective of health care professionals	2023 Norge BMC Health Services Research	Att få en djupare förståelse för hälso- och sjukvårdsperso nalens erfarenheter och reflektioner gällande det egna hemmet och patienters önskan att få dö i hemmet i landsbygdsomr åden i Nordnorge	<b>Metod:</b> Kvalitativ <b>Urval:</b> Bekvämlighetsur val, 6 landsbygdskomm uner där det var långa resor till närmsta sjukhus, sjuksköterskor i dessa kommuner ombads finna hälso - och sjukvårdspersona l som ofta arbetade med palliativ vård. <b>Datansamling:</b> Fokusgrupper och individuella intervjuer <b>Analys:</b> Tematisk	30 (15 DSK och 15 onkologi-ssk)  (-)	Hälso- och sjukvårdspersonalen (som primärt bestod av sjuksköterskor) rapporterade att de gjorde allt i sin makt för att uppfylla patienternas önskan om att få dö i det egna hemmet. I studien beskrevs för- och nackdelar med att bedriva palliativ vård i landsbygdsområden och de underströk kontinuitet och samarbetet med informella vårdgivare som viktiga faktorer för att lyckas. Resultatet delades upp i 4 teman: 1. Hemma – den privata sfären, 2. Kontinuitet i kommunal vård 3. Vårdande närstående - orsättliga  4. “hemma” - en utökad beskrivning av hemmets betydelse	<b>KI</b>
Gagnon, M- C. & Hébert, J.	Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services	2023 Kanada Canadian Oncology	Studien hade två syften 1) att undersöka behoven hos patienter med cancer på	<b>Metod:</b> Kvalitativ deskriptiv metod <b>Urval:</b> Sjuksköterskor som arbetar med	7 (-)	Resultatet redogör för olika behov hos patienter med palliativ vårdbehov på landsbygden och sjuksköterskorna	<b>KI</b>

		Nursing Journal	landsbygden som erhö ll palliativ hemsjukvård 2) Att beskriva sjuksköterskans perspektiv av palliativ hemsjukvård och de resurser som finns tillgängliga i landsbygden	hemsjukvård inom vald studiearea, som varit eller är involverad i palliativ vård och som kan läsa och förstå franska <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade telefonintervjuer <b>Analys:</b> Trestegsmetod för kvalitativ analys där data kodades o delades upp i teman enligt Miles et al (2018)		bemöter detta med de svårigheter de upplever med att tillgodose dessa behov. Några faktorer som framkom som hinder var: långa distanser, sparsam tillgång till specialiserade professioner, onödiga resor till akutmottagningar, brist på utbildning i palliativ vård och avsaknaden av ett multiprofessionellt team som arbetade runt patienterna	
Goodridge, D. & Duggleby, W.	Using a Quality Framework to Assess Rural Palliative Care	2010 Kanada Journal of Palliative Care	Syfte att utforska möjligheter och svårigheter som påverkar att tillgodose palliativ vård av hög kvalitet på två avlägsna platser på landsbygden utifrån ett sjuksköterskeperspektiv.	<b>Metod:</b> Kvalitativ <b>Urval:</b> Legitimerade sjuksköterskor på landsbygden som arbetar med palliativ vård <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Beskrivande design,	44	Rollen som sjuksköterska i avlägsna landsbygdsområden kräver en speciell lyhördhet.  Bristande lyhördhet och kommunikation mellan sjuksköterskor och övrig personal inblandade i vården. Även bristande kommunikation mellan familjemedlemmar försvårade arbetet på landsbygden.	KI

				fokusgrupper och fördjupade indikativa intervjuer med 44 sjuksköterskor genomfördes.		Långa transporttider vilket fördröjde vården. Höga krav på att sjuksköterskan skulle anta flera roller. Brister i kunskap för palliativ vård då det saknades utbildning inom vård i livets slutskede vilket ökade ansvaret på sjuksköterskorna.	
Johansen, M-L. & Ervik, B.	Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway	2022 Norge BMC Health Services Research	Att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal i landsbygdsområden upplever det regionala och lokala patient-samarbetet hos patienter i behov av palliativ vård	<b>Metod:</b> Kvalitativ intervjustudie <b>Urval:</b> Bekvämlighetsurval, skulle arbeta med palliativ vård <b>Datansamling:</b> Fokusgrupper och individuella intervjuer <b>Analys:</b> Tematisk dataanalys	52 (varav 30 ssk)	Resultat som framkom var: Dålig kommunikation och överrapportering mellan olika enheter, sårbarhet jourtid för ssk då de ofta var ensamma, ej tillgång till aktuell specialistvård etc.	KI
Kaasalainen, S., Brazil, K., Williams, A., Wilson,	Barriers and Enablers to Providing Palliative care in Rural Communities: A nursing perspective	2013 Kanada The Journal of Rural and	Syftet med studien var att identifiera hinder och förutsättningar	<b>Metod:</b> Kvalitativ <b>Urval:</b> Sjuksköterskor i landsbygdsområdet som arbetade	21 (-)	Artikeln adderade till hälso-och sjukvårdspersonalens (i detta fall sjuksköterskornas) erfarenheter av att arbeta	<b>KI</b>

<p>D., Willison, K., Marshall, D., Taniguchi, A. &amp; Phillips, C</p>		<p>Community Developme nt</p>	<p>för palliativ vård i landsbygdsomr åden från ett sjuksköterskepe spektiv</p>	<p>med palliativ hemsjukvård</p> <p><b>Datainsamling:</b> Telefonintervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys</p>		<p>med palliativ vård i landsbygd. Sjuksköterskorna beskrev hur olika hinder och fördelar kunde påverka deras roll och förmåga att bedriva en god palliativ vård. Fokus låg på: bristande tillgång till resurser (både professionell specialistkompetens och ex apotek eller material), systemrelaterade hinder kunde vara: brist på serviceyrken, finansiering, svag kontinuitet i vården, konsekvenser av geografiskt avlägsna samhällen, läkarsamarbete</p>	
--	--	---------------------------------------	---	--	--	--	--

Lalani, N. & Cai, Y.	Palliative Care för rural growth and wellbeing: identifying perceived barriers and facilitators in access to palliative care in rural Indiana, USA	2022 USA BMC Palliative Care	Att identifiera vanliga hinder och resurser för att tillhandage palliativ vård i landsbygdsåmråden i Indiana utifrån vårdpersonalens perspektiv	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ innehållsanalys</p> <p><b>Urval:</b> Vårdpersonal som arbetade inom verksamheter som bedrev palliativ vård i Indiana</p> <p><b>Datansamling:</b> Semistrukturerade intervjuer via digital mötesteknik</p> <p><b>Analys:</b> Tematisk analys</p>	15 (-) Varav 10 st SSK	Faktorer som påverkade den palliativa vården enligt resultatet var: Tillgänglighet till palliativ vård i de egna hemmen, långa distanser till hospice eller specialiserad sjukvård. Otydliga rutiner för palliativ vård. Brist på kunskap bland personal. Finansiella barriärer. Sen ingång för vården, dvs palliativ inriktning först vid livets slutskede. Geografisk distans. Läkares ovilja att besluta gällande inriktning.	<b>KI</b>
-------------------------	--	------------------------------------	---	---	------------------------------	--	-----------

Leadbeater, M. & Staton, W.	The role and organisation of community palliative specialist nursing teams in rural England	2014 England British Journal of Community Nursing	Studiens syfte var att undersöka hur specialiserad palliativ vård bedrivs i landsbygdsområden genom att presentera och jämföra organisatorisk praxis hos olika landsbygdsetablerade team.	<b>Metod:</b> Kvalitativ ansats <b>Urval:</b> Specialiserade palliativa team i landsbygdsområden, en sjuksköterska fick representera teamet <b>Datansamling:</b> Semistrukturerade telefonintervjuer <b>Analys:</b> kvalitativ innehållsanalys och etnografisk analys (Altheide)	6 (2)	Delvis att patienter med palliativa vårdbehov ej erhöill möjlighet till hospice på samma sätt som i tätbebyggda områden, större krav ställdes därför på hemsjukvårdens kapacitet. Andra svårigheter för sjuksköterskorna var att leva upp till patienternas förväntningar, geografisk distans, brist på teknologi som kunde hjälpa i landsbygdsvårdkontext, adekvat utbildning för sjuksköterskorna	<b>KII</b>
Näppä, U., Nässén, E. & Winqvist, I.	Palliative care in rural areas – collaboration between district nurses and doctors – an interview study	2023 Sverige BMC Palliative Care	Att beskriva distriktsköterskors erfarenheter av att samarbeta med ansvarig läkare i palliativ hemsjukvård i landsbygdsområden	<b>Metod:</b> Kvalitativ innehållsanalys <b>Urval:</b> Distriktsköterskor som arbetade med palliativ vård i glesbebyggda områden	10 (-)	Distriktsköterskorna kände sig ofta som patientens förespråkare vilket genererade i två kategorier 1) att känna sig säkra i sig själv och sina kollegor 2) att känna sig ensam när samarbetet kollapsar	KI

				<p>kommuner i norra Sverige.</p> <p><b>Datinsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Induktiv innehållsanalys</p>		<p>mellan läkare och sjuksköterskor</p>	
<p>Wood, M., Forsyth, S. &amp; Dawson, H.</p>	<p>Remote area nurses' perceptions of the enablers and barriers for delivering end-of-life care in remote Australia to Aboriginal people who choose to pass away on their traditional lands</p>	<p>2021 Australien Rural and Remote Health</p>	<p>Att undersöka vad sjuksköterskor i landsbygdsområden anser är hinder och förutsättningar för att ge palliativ vård till ursprungsbefolkningen på deras marker</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ</p> <p><b>Urval:</b> Legitimerade sjuksköterskor som arbetat i landsbygd- eller glesbygdsområden i Australien och som identifierade sig som en "landsbygdssjuksköterska" eller var anställd som en "landsbygdssjuksköterska"</p> <p><b>Datinsamling:</b> Enkät med öppna frågor</p> <p><b>Analys:</b> Tematisk analys</p>	<p>26 (14)</p>	<p>Hinder som framkom: brist på ett stabilt socialt fungerande nätverk (alltså liknande hemtjänst), otillräcklig kulturell kompetens, inget eller sparsamt med stöd till familjerna. Förutsättning för vården var god kommunikation mellan familj/patient/vården.</p>	<p><b>KII</b></p>