

# EXAMENSARBETE

## **Faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård**

## **Factors that affects nurse's perception of palliative care**

Examensarbete inom ämnet omvårdnad  
C-Nivå 15 Högskolepoäng  
Hösttermin 2008

Jonna Jarneståhl  
Maria von Porath

Handledare: Maria Gustafsson  
Examinator: Monika Sahlsten

## SAMMANFATTNING

Titel:	Faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad 15 HP
Författare:	Jarneståhl, Jonna; von Porath, Maria
Handledare:	Gustafsson, Maria
Sidor:	17
Månad och år:	November, 2008
Nyckelord:	Faktorer, palliativ vård, sjuksköterska, upplevelser.

---

Palliativ vård är en speciell vårdform som inriktar sig på att ge lindrande vård till patienter som lever med en livshotande sjukdom. Den inriktar sig på att lindra patientens obehag och lidande, öka välbefinnandet och skapa förutsättningar för en förbättrad livskvalité. Själva sjukdomen står inte i fokus i den palliativa vården och den erbjuds därför människor med obotlig livshotande sjukdom. **Syfte:** Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva faktorer som sjuksköterskor anger upplevelsen av palliativ vård. **Metod:** För att ge en objektiv och systematiserad sammanfattning av den befintliga kunskapen görs en litteraturstudie. **Resultat:** Den palliativa vården är komplex och resultaten beskriver nio faktorer. Dessa faktorer var professionell erfarenhet och kunskap, bristande professionell erfarenhet och kunskap, stärkande relationer, kollegialt stöd, bristande förmåga att hålla professionell distans, anhörigas förnekelse, bristande samarbete mellan sjuksköterska och läkare, holistisk omvårdnad och symtomkontroll samt bristande holistisk omvårdnad och symtomkontroll. Dessa faktorer påverkade sjuksköterskans upplevelse både positivt och negativt. Positiva upplevelser var att finna mening i sitt arbete, tillfredsställelse, personlig utveckling och bekräftelse. Negativa upplevelser var meningslöshet, stress, otillräcklighet och oro.

## ABSTRACT

Title: Factors that affects nurses perception of palliative care

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Jarneståhl, Jonna; von Porath, Maria

Supervisor: Gustafsson, Maria

Pages: 17

Month and year: November, 2008

Keywords: Factors, nurse, palliative care, perception.

---

Palliative care is a special kind of care that focuses on giving relief care to patients that are living with life threatening diseases. The disease is no longer in focus in palliative care and it is therefore offered to people who have an incurable life threatening disease. It focuses on relieving the patient's discomfort and suffering, increase wellbeing and create conditions for an increased quality of life. **Aim:** The aim was to describe factors that influence on nurse's experience of palliative care. **Method:** In order to give an objective and systematic conclusion of the current knowledge a literature study was chosen. **Result:** The palliative care is complex and nine factors emerged that play an important role in the nurse's experiences of palliative care. These factors were professional experience and skills, lack of professional experience and skills, strengthening relationships, co-worker support, and lack of ability to keep a professional distance, relative's denial, lack of cooperation between the nurses and doctors, holistic care and symptom control and lack of holistic care and symptom control. These factors influenced nurse's experiences, both positive and negative. Positive experiences were to find meaning in their work, satisfaction, personal development and confirmation. Meaningless, stress, inadequacy and anxiety were negative experiences.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Palliativ vård ur ett historiskt perspektiv .....	1
Hospicefilosofin .....	1
Palliativ vård .....	2
Etiska principer för palliativ vård .....	2
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....	3
Sjuksköterskans yrkesansvar i palliativ vård .....	3
Sjuksköterskans professionella utveckling .....	3
Sjuksköterskan och patienten .....	4
Sjuksköterskan och anhöriga .....	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
Litteratursökning .....	6
Analys .....	6
Etiska aspekter .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
Professionell erfarenhet och kunskap .....	8
Bristande professionell erfarenhet och kunskap .....	9
Stärkande relationer .....	10
Kollegialt stöd .....	10
Bristande förmåga att hålla professionell distans .....	10
Anhörigas förnekelse .....	11
Bristande samarbete mellan sjuksköterska och läkare .....	12
Holistisk omvårdnad och symtomkontroll .....	12
Bristande holistisk omvårdnad och symptomkontroll .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion .....	14
Implikationer för omvårdnad och utbildning .....	15
Konklusion .....	16
<b>REFERENSER</b> .....	<b>17</b>
<b>BILAGA 1. ÖVERSIKT AV GRANSKADE ARTIKLAR.</b> .....	<b>I</b>

## **INLEDNING**

Människor i dagens samhälle lever allt längre och dödsförloppet är ofta långdraget och kräver oftast omfattande resurser (Widell, 2003). Majoriteten av patienter i palliativ vård i Sverige idag avlider i hemmet eller på särskilt boende. Detta har inneburit att personalen i primärvården och den kommunala sjukvården har fått ta ett allt större ansvar för vård av patienter i livets slutskede (Statens offentliga utredning, SOU, 2001:6). Människor med obotliga sjukdomar är ofta i behov av palliativ vård under den sista tiden i livet. Omvårdnad av patienter i palliativt skede är en komplex och utmanande arbetsuppgift för sjuksköterskan. Palliativ vård bedrivs inom olika vårdinstanser och vårdpersonal kommer oftare i kontakt med döende patienter än vad andra människor i samhället gör. Sjuksköterskan ställs därför ofta i situationer där hon/han förväntas kunna ge palliativ vård på ett professionellt sätt, detta trots att palliativ omvårdnadskunskap saknas i grundutbildningen.

Sjuksköterskan har ett stort ansvar för patienten och anhöriga i den palliativa vården som ställer höga krav på emotionell och existentiell mognad. I denna studie fokuseras på de faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården.

## **BAKGRUND**

### **Palliativ vård ur ett historiskt perspektiv**

Omsorgen om svårt sjuka och döende patienter har alltid varit en del av vården. Sjukdomsbilden har dock förändrats över tid. Förr dog människor ofta i förtid av enklare infektioner och epidemier till följd av bristande kunskap om vård och behandling. Det som fanns att erbjuda döende patienter var lindrande av lidande och god omvårdnad. Människor dog oftast i hemmet men härbärgen som tog hand om svårt sjuka människor fanns redan under antiken. De existentiella frågorna hade en större betydelse då kyrkan hade ett stort inflytande på människan (Widell, 2003). Principerna för vården innebar vid denna tidpunkt att individen skulle behandlas med kärlek och med barmhärtighet (Öhlen, 2000). Vid denna tidpunkt fick människor även förlita sig mer på sin tro än på den medicinska kunskapen. Under medeltiden inrättades hospice som erbjöd både kroppslig och själslig vård men det gick fortfarande inte att bota särskilt många. Det var först under 1900-talet som detta förändrades. Penicillinets upptäckt 1940 var avgörande för den fortsatta utvecklingen och möjligheten att bota sjukdom och förhindra död. En mycket stor satsning på forskning under 1900-talet har avancerat utvecklingen till vad den är idag. Detta har parallellt påverkat vårdens utveckling. Kraven på vården har ökat i takt med den tekniska utvecklingen. Ju mer teknisk avancerad den blivit, desto större har kraven blivit på institutionaliserad vård och ökad teknisk kompetens för vårdpersonalen (Widell, 2003).

### **Hospicefilosofin**

Det var i London 1967 som den så kallade hospicefilosofin utvecklades. Denna utveckling ses idag som en milstolpe i den palliativa vården då den anses vara grunden i utvecklingen för det som idag är palliativ vård. Hospicerörelsen växte fram för att skapa en god vård för patienter med obotliga sjukdomar och vården ville även skapa en god omvårdnad för de anhöriga.

Hospicerörelsen började därmed starta speciella vårdenheter för att kunna vårda patienter med obotliga sjukdomar och anhöriga. Grundtanken i hospicerörelsen var att döendet var en naturlig del av livet och att vården inte skulle avpersonifieras som tidigare gjorts. Vården ville även lindra patienten fysiskt, psykiskt, socialt, andligt och ge en optimal symptomlindring (Öhlen, 2000).

## **Palliativ vård**

Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Den lyfter även fram dimensioner som att den palliativa vården skall bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process. Den syftar inte till att påskynda eller fördröja döden utan att befrämja livskvalitet samt även påverka sjukdomens förlopp i positiv riktning. Sjukvården ska erbjuda organiserat stöd till hjälp för patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden samt erbjuda stödjande och rådgivande samtal till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet (World Health Organisation WHO, 2002).

Palliativ vård är en speciell vårdform som inriktar sig på att ge lindrande vård till patienter som lever med en livshotande sjukdom. Den inriktar sig på att lindra patientens obehag och lidande, öka välbefinnandet och skapa förutsättningar för en förbättrad livskvalité. Själva sjukdomen står inte längre i fokus i den palliativa vården och därför erbjuds den till människor som har en obotlig livshotande sjukdom (Öhlen, 2000).

I den palliativa vården är även symptomkontroll av stor betydelse då förutsättningar skapas för att ge bästa möjliga livskvalitet. Lindrandet av fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt lidande eftersträvas. Bristande symptomkontroll kan orsaka onödigt lidande för patienten (Beck-Friis & Strang, 2005). Ovanstående faktorer kommer igen i WHO (2002) definition av palliativ vård. Den bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och anhöriga som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom.

I en studie gjord av Costello (2006) beskriver sjuksköterskorna att en god död innebär att den är förväntad och medicinerad, att anhöriga är förberedda och att den är fridfull. En dålig död är när den sker plötsligt och oförberett samt att patienter och anhöriga inte hunnit förberedas. En dålig död är även när patienten upplever smärta och när omvårdnaden inte bygger på respekt och värdighet.

## **Etiska principer för palliativ vård**

De mest kända och vedertagna principerna är godhetsprincipen, icke skada-principen, rättvisepincipen och autonomiprincipen (SOU, 2001:6). Godhetsprincipen innebär att lindra det totala lidandet, det vill säga att lindra fysisk, psykisk, social och existentiellt lidande. Icke skada-principen innebär att vårdpersonal bör överväga vilka undersökningar och behandlingar som är nödvändiga och som gör mer nytta än skada. Rättvisepincipen innebär att alla ska få vård utifrån behov och de förutsättningar sjukvården har. Vården ska fördelas rättvist. Autonomiprincipen är detsamma som självbestämmande och innebär att varje människa ska behandlas med respekt för sin identitet och sina värderingar (Fridegren & Lyckander, 2001).

## **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv**

Vårdvetenskapens människobild har sin grund i en helhetssyn på människan. I vårdprocessen möter sjuksköterskan människan som en helhet bestående av kropp, själ och ande. En helhetssyn på människan tillgodoser alla aspekter av människan och för att förstå denna helhet bör sjuksköterskan ha baskunskaper från naturvetenskap och humanvetenskap. Helhetssynen innefattar även en helhetssyn på livet. En levande människa har livsvilja, hopp, önskningar, fantasi, tankar, känslor, tro och drömmar. Det är viktigt att människan får vara med att skapa sitt eget liv. Humanistisk vård bygger på respekt och ödmjukhet för den unika människan. Vården ska bygga på tilltro till människans egna möjlighet att utvecklas (Eriksson, 1995).

Eriksson (1995) menar att människan är hälsa. Hälsa kan inte ges till en annan människa utan sjuksköterskan kan bara stödja människan i att vara hälsa. Vårdprocessens syfte är hälsa och ska sträva efter att ge en holistisk omvårdnad. Detta förklaras av Eriksson som att de handlingar och aktiviteter som sker inom vårdprocessen syftar till att stödja hälsoprocesserna. Hälsoprocesserna består av att se människan som en biologisk, psykologisk och andlig helhet. För att kunna stödja människans hälsa måste sjuksköterskan i vårdprocessen kunna beskriva och analysera människans hälsoprocesser. Människan upplever ohälsa på olika sätt och upplevelsen av sig själv som sjuk eller frisk kan vara beroende av många olika faktorer. En dödsjuk människa kan enligt Erikssons teori uppleva välbefinnande och en människa kan uppleva välbefinnande trots fysiska symptom.

Vårdrelationen är grunden i vårdandet och bygger på ömsesidighet. Utmärkande för vårdrelationen är att den syftar till att stödja patientens hälsoprocesser och den ska även vara professionell vilket innebär att den ska bygga på kunskap och uppfylla de etiska kraven. En förutsättning för en fungerande vårdprocess bygger på att en fungerande vårdrelation skapas (Eriksson, 1995).

## **Sjuksköterskans yrkesansvar i palliativ vård**

Sjuksköterskans arbete regleras av hälso- och sjukvårdslagen och i den framgår att hälso och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal (SFS, 1982:763).

## **Sjuksköterskans professionella utveckling**

Benner (1993) problematiserar sjuksköterskans professionella utveckling utifrån de processer en nybörjare/novis genomgår för att behärska och till slut bli expert på sitt område. Benner beskriver hur novisen saknar erfarenhet men ändå förväntas prestera. Noviserna saknar även erfarenhet av de situationer de möter och är därför beroende av regler som kan styra deras handlande. Svårigheter med detta förhållningssätt är att de saknar flexibilitet och möjlighet att avgöra när reglerna är relevanta i en verklig situation. Sjuksköterskan är inte bara novis som nyexaminerad utan även när hon byter klinisk miljö.

Benner (1993) beskriver att ”experten förlitar sig inte längre på analytiska principer (regler, riktlinjer, maximer) för att sammanbinda den egna förståelsen av situationen med en lämplig åtgärd” (a a s. 45). Expertsjuksköterskan har en stor erfarenhetsbakgrund och kan uppfatta varje situation instinktivt och slösar inte tid på att välja mellan ett stort antal olika diagnoser

och lösningar. Denna utveckling, att gå från novis till expert, kan antas ske på samma sätt inom den palliativa vården.

### **Sjuksköterskan och patienten**

Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska sjuksköterskans arbete bygga på ett etiskt förhållningssätt och hon eller han ska ha en helhetssyn. Det innebär att sjuksköterskan bör utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn och att hon/han även visar omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Sjuksköterskan bör även tillvarata patientens och/eller anhörigas kunskap och erfarenhet samt visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar. Sjuksköterskan ska även utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan.

Omvårdnaden ska ske på ett respektfullt sätt och sjuksköterskan måste se patienten som en älskad och levande människa ända fram till det absoluta slutet. Den palliativa vårdens målsättning är att lindra patientens plågsamma symtom (Hanratty & Higginson, 1994).

Öhlen (2000) har funnit tre teman som är viktiga för den palliativa vården. Dessa är att sjuksköterskan bör skapa möjligheter för patienten att känna sig bekväm och att visa förståelse för patientens längtan att bli sedd som en person och att få känna sig betydelsefull. Det förutsätter även att sjuksköterskan bör ha ett personligt ansvar i förhållandet till organisationen för att skapa förutsättningar för vård som lindrar lidande. Detta innebär enligt Öhlen att sjuksköterskan bör ha strukturerade och trygga former för palliativ vård samt att vårdaren ska reflektera över möten med patienter. Till sist måste sjuksköterskan ha en öppenhet och ett ansvar för den palliativa vården. Sjuksköterskan ska inte bara fokusera på symptomkontroll utan bör även se mötet med patienten som en omsorgssituation. Lidandet är inte bara kroppsligt utan det är även psykologiskt, socialt och existentiellt (Öhlen, 2000)

### **Sjuksköterskan och anhöriga**

Enligt Widell (2003) är det viktigt att göra de anhöriga delaktiga i vården men de får inte känna sig tvingade utan de måste känna att patienten blir väl omhändertagen även om de inte orkar vara delaktiga i vårdandet. I WHO:s (2002) definition av palliativ vård står det bland annat att vården ska erbjuda organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.

Patienten i den palliativa vården förändras ofta både till sätt och utseende och detta kan medföra att de anhöriga inte längre känner igen sin närstående (Ekeström & Schubert, 1997). I palliativ vård ingår även att ta hänsyn till anhöriga som också genomgår en svår tid. Anhöriga stöttar den döende patienten samtidigt som de ska hantera sin egen sorg. Att ge stöd och omsorg till anhöriga är en viktig uppgift för sjuksköterskan (Widell, 2003). Om patienten ser att anhöriga blir väl omhändertagna kan det lindra patientens känslomässiga, spirituella och sociala oro (Jack, Oldham & Williams, 2002).

Socialstyrelsen (2005) anger att sjuksköterskan bör ha förmågan att kommunicera med anhöriga på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Enligt Widell (2003) bör sjuksköterskan våga samtala om känslor men ska helst inte vara den som inleder till känslomässigt samtal. Anhöriga kan när som helst känna ett behov av att prata om den svåra situationen och då bör sjuksköterskan vara beredd och veta hur hon eller han ska förhålla sig. Enligt Eriksson, Arve och Lauri (2006) har anhöriga ett behov av att få samma information som patienten får om



sjukdom och behandling. Anhöriga får framförallt känslomässigt stöd i relationen med sjuksköterskan och den största bristen handlar om att de saknar information om patientens tillstånd och behandling.

## PROBLEMFORMULERING

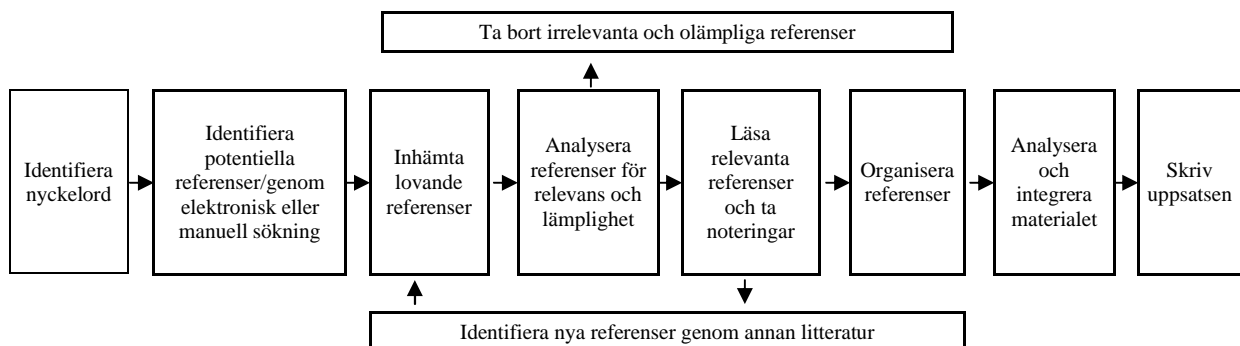
Den palliativa vården är komplex och omfattar inte bara relationen sjuksköterska och patient utan också sjuksköterska och anhöriga. Det är en stor utmaning för sjuksköterskan att ge en kompetent omvårdnad då den är så komplex. Den förutsätter personlig mognad och förståelse kring livet, döendet och döden. Även om döendet är en naturlig del av sjuksköterskans arbete kan den många gånger vara svårt att hantera. Trots dessa krav förväntas även nyutexaminerade sjuksköterskor kunna delta i den palliativa vården. Människor i dagens samhälle lever allt längre och blir allt sjukare. Det innebär att människor allt oftare kommer i kontakt med sjukvården i livets slutskede vilket betyder att den palliativa vården blir en allt större del av sjuksköterskans arbete. Det är därför viktigt att undersöka sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård samt beskriva faktorer som påverkar den.

## SYFTE

Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva faktorer som sjuksköterskor anger påverkar upplevelsen av palliativ vård.

## METOD

För att undersöka upplevelser och identifiera faktorer görs en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie ska ge läsaren en objektiv och systematiserad sammanfattning av den befintliga kunskapen inom ett ämne. Genom vald litteratur ska författarna få fram likheter och olikheter och kritiskt utveckla ny kunskap. Detta ska ske systematiskt i olika steg som anges i figur 1 (Polit & Beck, 2003).



Figur 1. Flödesschema för litteraturstudier efter förlaga av Polit och Beck (2003).

## Litteratursökning

Enligt flödesschemat (figur 1) ska i första steget identifieras nyckelord. De identifierade nyckelorden för denna studie var: nurse, palliative, experience, relationship, dying, terminal, care, perception, patient och dessa kombinerades på olika sätt för att få fram lämpliga artiklar. Dessa presenteras i figur 2. Andra steget i flödesschemat var att identifiera potentiella referenser genom elektronisk eller manuell sökning. Denna sökning genomfördes i de elektroniska databaserna CINAHL och Elin@skövde. Artiklar söktes även manuellt i bibliotekets tidsskriftslista. Tredje steget var att inhämta lovande referenser och dessa analyserades för relevans och lämplighet. Artiklarnas abstrakt lästes och ett första urval gjordes efter relevans för studiens syfte och problemformulering. Irrelevanta referenser sorterades bort. Endast kvalitativa artiklar som var skrivna på engelska inkluderades. Artiklarna skulle även vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed) och beskriva ett sjuksköterskeperspektiv samt vara publicerade mellan 2000 och 2008. Artiklar som inte svarade på studiens syfte eller fanns att hämta i fulltext samt litteraturstudier exkluderades. Relevanta referenser lästes igenom och nya referenser identifierades genom annan litteratur och inhämtades.

Databas	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL	nurse AND experience AND palliative	151	1
CINAHL	nurse AND experience AND terminal AND care	91	1
CINAHL	nurse AND terminal AND patient AND relationship	36	2
CINAHL	care* AND dying* AND nurse* AND terminal*	168	2
Elin@skövde	nurse AND palliative AND perceptions	23	3
Elin@skövde	care* AND patient* AND experience* AND nurse* AND palliative*	146	3

Figur 2. Presentation av sökning och sökvägar.

## Analys

Analysarbetet i en litteraturstudie är en process där författaren samlar och bearbetar resultatet från relevanta vetenskapliga artiklar för att komma fram till ett nytt resultat. Resultatet i artiklarna delas sedan upp i mindre delar som sedan används för att skapa en ny helhet (Friberg, 2006). För att få en bättre överblick över de valda artiklarna, delades de upp mellan de två författarna och lästes igenom flera gånger med fokus på resultatet. Därefter identifierades viktiga delar av texten som markerades med överstrykningspenna. Författarna bytte därefter artiklar med varandra. Därefter diskuterades innehållet i artiklarna för att få en gemensam förståelse och för att försäkra att artiklarnas innehåll har uppfattats på samma sätt.

Gemensamma nyckelord började vid denna tidpunkt växa fram. Dessa antecknades i marginalerna på artiklarna för att lättare hitta de texter som handlade om de återkommande nyckelorden som beskrev upplevelser. Detta enligt Polit och Becks (2003) flödesschema (figur 1). Nyckelorden antecknades och organiserades för att få en gemensam överblick. För att uppnå en bättre struktur rekommenderar Polit och Beck (2003) att organisera referenser i

någon form av tabell. Därför sammanställdes artiklarna i en artikelöversikt (bilaga A). Författarna diskuterade artiklarnas resultat tillsammans. Likheter och skillnader i artiklarna framträdde och olika nyckelord sammanfördes och kategoriserades till olika faktorer. Resultatet i artiklarna lästes därefter åter igenom med fokus på faktorerna och hur dessa relaterade till olika typer av upplevelser.

## **Etiska aspekter**

Vid en litteraturstudie är det viktigt att tänka på att ge en sanningsenlig bild och författarna bör vara noggranna. Plagiat är inte tillåtet vilket innebär att författarna inte får använda andras delar av arbete och presentera det som sitt eget. Författarna får inte heller fabricera eller falsifiera data eller utesluta data som inte är tilldragande (Nyberg, 2000; Medicinska Forskningsrådet, MFR, 2003). Författarna måste även vara uppmärksamma på brister eller falsk data i artiklarna och då vidta åtgärder för att rätta till felet. Det är även mycket viktigt att uppge sin källa och ha en korrekt källförteckning (Nyberg, 2000).

I denna studie har stor noggrannhet lagts vid källhänvisningar och användande av originalkällor liksom att de källor som använts har granskats noga. Artiklarna har varit vetenskapliga med korrekt källhänvisning. De artiklar som har känts opålitliga har uteslutits för att förstärka det vetenskapliga resultatet. De artiklar som har använts i studien är alla godkända av etisk nämnd vilka övervägt om forskningen är etiskt försvarbar.

## RESULTAT

I analysen av datamaterialet framträdde nio faktorer och till dessa relaterades upplevelser (figur 4).

<b>Faktorer</b>	<b>Upplevelser</b>
Professionell erfarenhet och kunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Trygghet</li><li>▪ Styrka</li><li>▪ Bekväm</li><li>▪ Tillfredsställelse</li></ul>
Bristande professionell erfarenhet och kunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rädsla</li><li>▪ Oro</li><li>▪ Otillräcklighet</li><li>▪ Orättvis</li></ul>
Stärkande relationer	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Insikt</li><li>▪ Medvetenhet</li><li>▪ Tillfredsställelse</li></ul>
Kollegialt stöd	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mindre betungande</li><li>▪ Arbetstillfredsställelse</li><li>▪ Solidaritet</li><li>▪ Bekräftelse</li></ul>
Bristande förmåga att hålla professionell distans	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Otillräcklighet</li><li>▪ Frustration</li><li>▪ Sorg</li><li>▪ Förlust</li><li>▪ Stress</li></ul>
Anhörigas förnekelse	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Obekväm</li><li>▪ Osäker</li><li>▪ Stress</li></ul>
Bristande samarbete mellan sjuksköterska och läkare	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Svårt</li><li>▪ Stress</li></ul>
Holistisk omvårdnad och symptomkontroll	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mening</li><li>▪ Tillfredsställelse</li></ul>
Bristande holistisk omvårdnad och symptomkontroll	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stress</li><li>▪ Orättvist</li><li>▪ Meningslöshet</li></ul>

Figur 4. Faktorer och upplevelser grundat på sjuksköterskors uppfattningar i vetenskapliga artiklar.

### Professionell erfarenhet och kunskap

Enligt Wallerstedt och Andershed (2007) har sjuksköterskor en positiv attityd och är väl förtrodda med palliativ vård. Sjuksköterskornas ambition var att uppfylla patientens och anhörigas önskningar baserat på de behov som uppkommer i den palliativa vården. För att kunna uppfylla sina ambitioner krävdes god kunskap och att de var hängivna sitt yrkesval.

Kontinuerlig kontakt med patienter och anhöriga i den palliativa vården gav sjuksköterskorna den kunskap som i sin tur gav dem trygghet och styrka att anta utmaningar som uppkommer (Wallerstedt & Andershed, 2007). Även Nordgren och Olsson (2004) som anger att professionell erfarenhet gjorde sjuksköterskorna mer kvalificerade och mer effektiva i att hantera patienternas tillstånd. Personlig erfarenhet av död eller döende ökade sjuksköterskans förmåga att känna empati och sympati. Georges, Grypdonck och de Casterle (2002) anger att sjuksköterskornas erfarenhet gjorde det lättare att handla professionellt och hålla sig objektiv. Sjuksköterskorna beskrev att de var närvarande som en sjuksköterska i uniform.

I Mains (2002) studie framgick att erfarna sjuksköterskor upplevde sig mer bekväma att kommunicera med anhöriga när de hade mer erfarenhet av sådana situationer. Erfarna sjuksköterskor tog mer initiativ att tala med anhöriga jämfört med oerfarna sjuksköterskor. Oerfarna sjuksköterskor valde ofta att koncentrera sig på omvårdnadshandlingar. Rosser och King (2003) menar att mentorskap är ett sätt för nya sjuksköterskor att skaffa sig kunskap.

Klinisk erfarenhet och självreflektion är en process som får sjuksköterskorna att känna sig mer bekväm med döden och döendet. Sjuksköterskorna tyckte även att denna process var en nödvändig professionell utveckling för att kunna känna sig bekväm med att möta och vårda döende patienter (Nordgren & Olsson, 2004). Palliativ vård gav sjuksköterskorna erfarenhet och personlig utveckling och detta upplevdes av sjuksköterskorna som tillfredställande (Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskor i Johnston och Smiths (2006) studie framhåller att det är viktigt med professionell utveckling och erfarenhet för att kunna arbeta i palliativ vård:

*”I think a good nurse in palliative care is one that always strives to become well educated because the more knowledge they have, the more they can formulate ideas and opinions”* (Johnston & Smith, 2006, s. 706).

Sjuksköterskor med flera års erfarenhet av palliativ vård ser ofta döden som en befrielse från smärta för patienten. Erfarna sjuksköterskor ser även döden som en naturlig del och hade mindre negativa tankar om döden jämfört med oerfarna sjuksköterskor (Dunn, Otten & Stephens, 2005).

## **Bristande professionell erfarenhet och kunskap**

Rosser och King (2003) anger att oerfarna sjuksköterskor i palliativ vård ofta upplever att de saknar de färdigheter som krävs för att ge en optimal omvårdnad. Oerfarna sjuksköterskor med bristande kunskap tvivlade ofta på sin förmåga att ge en god omvårdnad till patienter i palliativ vård. Detta ledde till att sjuksköterskorna upplevde rädsla, oro och otillräcklighet. Nordgren och Olsson (2004) fann att sjuksköterskor med kortare arbetserfarenhet tyckte det var svårt att sätta sig in i patientens och anhörigas situation.

Oerfarna sjuksköterskor hade varken kunskap om eller erfarenhet av död eller döendet men var ändå tvungna att hantera den. De upplevde detta som orättvist (Main, 2002). Sjuksköterskorna ansåg att de fått utbildning i palliativ vård men att denna var bristfällig (Nordgren och Olsson, 2004).

*“We need more education. What happens to a dying body theoretically, what does science say about this? What are the needs of dying patients? You have some tacit knowledge about this and about pain control and so on, but it’s not sufficient” (Nordgren & Olsson, 2004, s.190)*

Enligt en studie av de Araújo, da Silva och Francisco (2004) upplevde sjuksköterskorna att det var svårt att ge andligt stöd. Det kan bero på att dessa frågor inte diskuterats under sjuksköterskeutbildningen. Sjuksköterskorna kunde dock identifiera behovet av andligt stöd hos patienterna.

## **Stärkande relationer**

Palliativ vård innefattar relationer med patienter, anhöriga och medarbetare. Att kunna samarbeta med patienter och anhöriga är en förutsättning för att kunna åstadkomma en god död (Wallerstedt & Andershed, 2007).

I relationen med patienten i livets slutskede fick sjuksköterskor en förståelse av patientens värld. Denna förståelse kunde få sjuksköterskorna att reflektera över sin egen livsvärld. Sjuksköterskor fann aspekter som var meningsfulla istället för att fokusera på vardagliga problem (Mok & Chiu, 2004). Detta framkom även i studien av Wallerstedt och Andershed (2007) där sjuksköterskorna uttryckte att mötet med patienterna gav dem en större insikt och medvetenhet om livet. Nordgren och Olsson (2004) beskriver dessa relationer som givande och belönande. Även Rosser och King (2003) fann att sjuksköterskorna kunde uppleva tillfredställelse när dessa lyckades etablera goda relationer med patienter och anhöriga.

## **Kollegialt stöd**

Samarbete med kollegor ansågs stärka sjuksköterskornas självständighet då ansvaret kunde kännas mindre betungande. Personalen kände att de kunde dela ansvaret mellan sig och stödja varandra i vårdandet av svårt sjuka patienter (Wallerstedt & Andershed, 2007). Även i Nordgren och Olsson (2004) och Georges, et al.:s (2002) studier angavs att sjuksköterskor upplevde att de fick god hjälp och stöd från kollegor i vårdandet av patienten.

När sjuksköterskorna hade förmåga att ge adekvat omvårdnad påverkade det hela arbetsteamet positivt och de kände då arbetsstillfredställelse (de Araújo, et al., 2004). När flera nya sjuksköterskor arbetade på samma avdelning kunde de känna solidaritet mellan varandra. Detta bidrog till bekräftelse av vad sjuksköterskorna kände och upplevde. De fick även stöd av mentorer (Rosser & King, 2003).

*”There was (sic) quite a lot of new staff all at the same time, it was nice to be able to come...you could talk about how you felt...probably a lot of other people were feeling exactly the same as you and that was quite reassuring” (Rosser & King, 2003, s. 212).*

## **Bristande förmåga att hålla professionell distans**

I palliativ vård kommer sjuksköterskorna ofta väldigt nära patienten och det finns en risk att identifiera sig med patienten. Denna nära relation kan göra det svårt för sjuksköterskorna att

släppa taget om patienten när hon eller han avlider. Sjuksköterskorna kan uppleva otillräcklighet, frustration, sorg och förlust (Wallerstedt & Andershed, 2007).

*”There was a woman with three children – small children, and she wasn’t much older than me. And of course that’s get to you, naturally. You have trouble letting go of patients like that. You feel so terribly close to them. Their problems, everyday problems are exactly like your own everyday problems”* (Wallerstedt & Andershed, 2007, s. 36).

Dessa nära relationer med patienter och anhöriga kan även leda till svårigheter att separera roller att vara en vän eller att vara professionell. Sjuksköterskorna ansåg att många familjer var ”för” trevliga och att det då var svårt att skilja på vilken roll de skulle anta. Detta ledde många gånger till att sjuksköterskorna upplevde stress (Wilkes & Beale, 2000). Även i Mok och Chiu:s (2004) studie framkom att i relationen med patient och anhöriga kunde sjuksköterskorna uppleva en vänskaplig relation. Detta framkom även de Araújo, et al.:s (2004) studie där sjuksköterskorna uttryckte en känsla av att vara en del av familjen. Sjuksköterskorna kunde precis som anhöriga uppleva sorg och känna sig djupt rörd när en patient avlider eftersom varje patient var en unik människa och vän.

Georges, et al. (2002) beskriver att sjuksköterskor försökte att distansera sig från patientens svåra livssituation och koncentrera sig på behandling av symtom. Detta för att skydda sig från att bli emotionellt överväldigade av patientens situation. Samtidigt uttrycker sjuksköterskorna att en personlig relation med patienterna kunde få dem att känna sig mer betydelsefulla och det blev lättare att identifiera patientens behov. Även i studien av de Araújo et al. (2004) ansåg sjuksköterskorna att de försökte finna en emotionell balans för att kunna orka möta döende patienter. Flera faktorer påverkade den emotionella balansen och dessa var; graden av sjuksköterskans personliga involvering och identifikation med patienten och anhöriga, sjuksköterskans egna psykiska och emotionella bakgrund samt sjuksköterskans förmåga att hantera lidande. Sjuksköterskor upplevde ofta mycket sorg i samband med palliativ vård. Därför var det viktigt att finna en inre styrka för att kunna bemöta patienter i den palliativa vården på ett professionellt sätt. Dunn et al. (2005) menar att de flesta sjuksköterskorna hade en positiv attityd i vårdandet av palliativa patienter. Sjuksköterskorna var inte främmande för att skapa en relation med döende patienter.

## **Anhörigas förnekelse**

Många sjuksköterskor kände sig obekväma i mötet med anhöriga till döende patienter och kände sig osäkra att tala om döden med anhöriga. Anhöriga ansågs även orsaka problem i den palliativa vården då de ofta förnekade patientens allvarliga tillstånd (Main, 2002; Enes & de Vries, 2004). Detta framkom även i Wilkes och Beale (2001) studie där sjuksköterskorna upplevde det stressande att hantera familjens eller patientens förnekelse av förestående död.

*”...the hardest part for me was the fact that they were all in denial because it meant that a lot of your language was guarded and you really couldn’t discuss a whole lot openly. They really didn’t want to know what was going to happen...”* (Wilkes & Beale, 2001, s. 310).

## **Bristande samarbete mellan sjuksköterska och läkare**

Sjuksköterskorna kände ett ansvar för att läkarna skulle bli involverade i vården av patienter i livets slutskede. De upplevde även läkarna som osäkra och ibland rädda när de närmade sig patienten (Wallerstedt & Andershed 2007). Sjuksköterskorna upplevde samarbetet och kommunikationen med läkare ibland som en barriär i sina försök att företräda patienten. I likhet med Wallerstedt och Andersheds studie ansåg även expertsjuksköterskorna i Thackers (2008) studie att många läkare hade svårt att hantera frågor kring livets slutskede. Även i Nordgren och Olssons (2004) studie upplevde sjuksköterskorna att läkare ibland var rädda för döden och att de även hade svårt att acceptera när det var dags att avsluta kurativ behandling. Detta bidrog till att läkare ibland ordinerade undersökningar som sjuksköterskorna ansåg bidrog till onödigt lidande för patienten och gav falska förhoppningar till både patient och anhöriga. Sjuksköterskorna upplevde det som mycket svårt när patienter och anhöriga fick falska förhoppningar. Enes och de Vries (2004) fann att sjuksköterskorna upplevde det svårt när patienter inte fick rätt information om deras prognos eller diagnos.

*”It’s not ethically correct what we do; we make all kinds of things and we keep on trying, but still we know that this won’t work; nobody talks about it; let’s not carry on, it’s not right. It’s unfair both to the patients and the relatives. Reassuring persons, making them believe we can rescue anybody. I think that’s the hardest part. There are concerns in every situation and you think that this was not as good as it should have been”* (Nordgren & Olsson, 2004, s.190).

Sjuksköterskorna upplevde att läkaren ibland ljög för patient och anhöriga angående tillståndet. Det ansågs av sjuksköterskorna viktigt att låta patienter och anhöriga få möjlighet att förbereda sig inför den kommande döden (Enes & Vries, 2004).

Bristande samarbete mellan sjuksköterskor och läkare framkommer i Pavlish och Ceronsky (2007) studie. Sjuksköterskorna upplevde ibland läkarna som otillgängliga samt att de fokuserade på aggressiv behandling och detta resulterade i bristande respekt för den palliativa vården. Wilkes och Beale (2001) anger att sjuksköterskor ibland hamnade i konflikt med läkare angående val av medicinering. Läkarnas bristande stöd när det behövdes upplevdes stressande av sjuksköterskorna.

## **Holistisk omvårdnad och symtomkontroll**

Pavlish och Ceronsky (2007) anger att sjuksköterskorna upplevde att palliativ vård innebar ett skiftat fokus från att bota till att fokusera symptomkontroll och att ge en holistisk omvårdnad. Mötet med palliativa patienter hade en speciell mening enligt sjuksköterskorna i Mains (2004) studie. Denna mening hade sitt ursprung i patientens begränsade tid kvar i livet och i dennes lidande. Sjuksköterskorna i Wallerstedt och Andersheds (2007) studie uttryckte att målet för en palliativ vård var att få patienterna att må så bra som möjligt och att ge bästa möjliga vården. Stor vikt lades på att se den unika människan.

En holistisk omvårdnad bidrog det till att sjuksköterskorna kunde finna mening med patienternas död (Rosser & King, 2003). Sjuksköterskorna upplevde att en holistisk omvårdnad var nödvändig för att uppnå en bättre kvalitet av psykologiskt, emotionellt och andligt välbefinnande hos patienten. När sjuksköterskorna kunde ge en holistisk omvårdnad lede detta till en känsla av tillfredsställelse (de Araújo, et al., 2004).



*"I think that (we) provide comfort. Patients here undergo a great deal of suffering due to the nature of their disease, and especially when the disease has a bad progression, they suffer too much. There is a point where medication dose not work anymore... and comfort is indeed the only resource. Comfort, as I see, is important during the entire process, even before the terminal phase, because such ailments are very complex (...) Spiritual comfort is also essential, because it comes a time when the patient thinks he .... He wants to...(die)"*  
(de Araújo, et.al., 2004, s. 153)

## **Bristande holistisk omvårdnad och symptomkontroll**

För att kunna ge en holistisk omvårdnad upplevde sjuksköterskorna det mycket viktigt att det fanns tid att lyssna på patienten för att kunna identifiera behov av emotionellt och andligt stöd (Johnston & Smith, 2006; Pavlish & Ceronsky, 2007). Tidsbrist ledde till en upplevelse av bristande respekt för den döende patienten och anhöriga och en holistisk omvårdnad blev svår att uppnå (Pavlish & Ceronsky, 2007).

Sjuksköterskorna upplevde att palliativ vård var en process som innebar att sträva efter symptomkontroll och välbefinnande samt livskvalitet (Pavlish & Ceronsky, 2007; Mok & Chiu, 2004). Sjuksköterskorna upplevde stress när patienten hade en svårbehandlad smärta men kunde även uppleva sorg om en patient avled med smärta (Main 2004; Wilkes & Beale, 2001). När patienten hade smärta trots behandling och det blev ett faktum att patienten skulle avlida med smärta, upplevde sjuksköterskorna det som ett svek mot patienten (Johnston & Smith, 2006). Nya sjuksköterskor upplevde det ofta orättvist och meningslöst när det var unga döende patienter eller patienter med okontrollerade symptom (Rosser & King, 2003).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva faktorer som sjuksköterskor anger påverkar upplevelsen av palliativ vård. Valet blev att genomföra en systematisk litteraturstudie då det visade sig finnas mycket aktuell forskning inom området och att detta material kunde svara på studiens syfte. Medvetenhet fanns om att studiens syfte kunde besvaras genom att göra en intervjustudie men då det fanns mycket material och tiden var begränsad ansågs att en litteraturstudie skulle ge ett mer innehållsrikt resultat. En nackdel med att göra en litteraturstudie är att författarna inte kan få svar på oklarheter i artiklarna samt är begränsade till tidigare forskares resultat och kan inte heller utveckla eller ställa följdfrågor till informanter.

En vetenskaplig studie kännetecknas av tydlig beskrivning av sitt tillvägagångssätt så att det blir möjligt för andra forskare att upprepa studien (Nyberg, 2000). Därför valdes Polit och Becks (2003) flödesschema som tydligt beskriver tillvägagångssättet för en systematisk litteraturstudie. Sökorden redovisas i en lättöverskådlig figur (figur 1) för att visa vilka kombinationer av sökorden som använts. För att visa hur artiklar valdes redovisas inklusions-

och exklusionskriterier. Analysarbetet har förklarats steg för steg för att läsaren tydligt ska kunna följa processens gång. Allt detta sammantaget anses stärka tillförlitligheten i studien.

Kvalitativa artiklar valdes för att få fram upplevelser. Artiklar som valdes var publicerade på 2000-talet då aktuell forskning föredrogs. För att kunna svara på syftet valdes artiklar som beskrev ett sjuksköterskeperspektiv. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska då dessa kändes mer tillförlitliga och når ut till fler människor. Artiklar som inte fanns i fulltext valdes bort då tiden var begränsad och det skulle ta för lång tid att beställa artiklar. Medvetenhet finns om att värdefulla artiklar kan ha missats på grund av denna begränsning. Första urvalet gjordes efter att abstrakten till artiklarna lästes igenom och även detta kan ha medfört att artiklar med bra innehåll valts bort.

För att stärka studiens tillförlitlighet har endast artiklar som är vetenskapligt granskade inkluderats. Dessutom har tillförlitligheten stärkts av att båda författarna läst artiklarna och fört en diskussion om dess innehåll för att säkra att de uppfattats lika.

## **Resultatdiskussion**

Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva faktorer som sjuksköterskor anger påverkade upplevelsen av palliativ vård. Palliativ vård innebär att vården inte längre inriktar sig på kurativ behandling utan ska fokusera på symtomlindring, psykiska och andliga behov. Sjuksköterskan är den som är omvårdnadsansvarig och det innebär att planera omvårdnaden och samtidigt se till patientens helhet i vården. Sjuksköterskan behöver även vårda anhöriga då de spelar en stor roll i den palliativa vården. Omvårdnaden av anhöriga är också viktig för att främja patientens hälsa och välbefinnande.

Det framkommer i vårt resultat att sjuksköterskorna har en ambition att uppfylla patienters och anhörigas önsknings och behov. När sjuksköterskor upplever att de har möjlighet att uppfylla denna ambition kan det leda till att sjuksköterskan kan känna sig mer bekväm att vårda patienter och anhöriga i den palliativa vården. Men det finns faktorer som gör det svårt för sjuksköterskorna att uppfylla patienters och anhörigas behov. När sjuksköterskorna inte kan uppfylla sina ambitioner leder det bland annat till känslor av otillräcklighet, stress, oro och frustration.

I resultaten framkommer att bristande professionell kunskap och erfarenhet var en faktor som påverkade sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården. När oerfarna sjuksköterskor kände att de inte hade förmågan att ge en god omvårdnad i palliativ vård bidrog detta till upplevelser av oro och otillräcklighet (Rosser & King, 2003). Oerfarna sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper bör ändå kunna hantera döende patienter (Mains, 2002). Detta är i linje med Benners (1993) beskrivning av hur novisen saknar erfarenhet men ändå förväntas prestera.

Enligt WHO:s definition innebär palliativ vård att lindra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Detta visade sig vara svårt att uppnå för den oerfarna sjuksköterskan då det i resultaten framkom att den oerfarna sjuksköterskan kände sig obekvämt i mötet med döende patienter och koncentrerade sig i stället på den fysiska omvårdnaden. Detta leder till att den oerfarna sjuksköterskan inte alltid kan ge en holistisk omvårdnad. Även tidsbrist leder till att en holistisk omvårdnad inte alltid kan uppnås. Benner (1993) menar att omvårdanden tar lite längre tid för en oerfaren sjuksköterska. Då saknas den erfarenhet som gör att sjuksköterskan kan handla mer instinktivt och inte slösar tid på att välja mellan olika

diagnoser och lösningar. Detta borde medföra att oerfarna sjuksköterskor upplever mer stress än erfarna sjuksköterskor.

Det framkommer även i resultaten att vården inte alltid kan uppnå optimal symtomkontroll och detta bidrog till att sjuksköterskorna upplevde stress, meningslöshet och att de svek patienten. Symptomkontroll är inte det väsentliga i palliativ vård utan patienten ska ses som en betydelsefull person (Öhlen, 2000). Lidandet är inte bara kroppsligt utan det är även psykologiskt, socialt och existentiellt. Eriksson (1995) menar att människan kan uppleva välbefinnande trots fysiska symptom. När sjuksköterskorna inte kan lindra fysiska symptom är det betydelsefullt att sjuksköterskan inte glömmer bort att lindra patientens existentiella och psykologiska lidande. Sjuksköterskorna kan fortfarande öka patientens välbefinnande trots fysiska symptom om de fokuserar på att se hela patienten. Detta kan bidra till att sjuksköterskorna upplever den palliativa vården mer meningsfull och kan kanske känna tillfredsställelse i sitt arbete.

Resultaten i denna studie visade att sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att patient och anhöriga fick rätt information om sin diagnos och prognos. Detta för att kunna förbereda för den förestående döden. Relationen mellan sjuksköterska och läkare var ibland utmanande då läkaren hade svårt att förhålla sig till döende patienter. Ibland hade läkarna svårt att acceptera en förestående död och ordinerade därför undersökningar som innebar att patienter och anhöriga fick falska förhoppningar. Detta innebar ett ökat lidande som upplevdes av sjuksköterskan som stressande. En god död skulle kunna vara förväntad, smärtlindrad och fridfull (Costello, 2006).

Av resultatet framkommer att sjuksköterskor ibland kände sig obekväma i mötet med anhöriga och kände sig osäkra att kommunicera med dem om döden. Detta kan kopplas till sjuksköterskans erfarenhet och kunskap då Main (2002) menar att erfarenhet gör det lättare att kommunicera med anhöriga. Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskor ha förmåga att kommunicera med anhöriga och patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt.

Av resultaten framkommer att sjuksköterskorna ibland har svårt att separera rollen att vara en vän eller vara professionell. En vårdrelation enligt Eriksson (1995) ska syfta till att stödja patientens hälsoprocesser och den ska även vara professionell. Upprepning ni har redan sagt detta. Detta medför att sjuksköterskan kommer väldigt nära patienten och dess anhöriga. Enligt de Araújo et al. (2004) kan sjuksköterskan precis som anhöriga uppleva sorg och känna sig djupt rörd när en patient avlider eftersom varje patient var en unik människa och vän. Holistisk omvårdnad leder till nära relationer mellan sjuksköterska, patient och anhörig. När en sjuksköterska ska ge holistisk omvårdnad till patienter i livets slutskede är det viktigt att ha ett professionellt förhållningssätt. En risk var att sjuksköterskan kan distansera sig från patientens svåra livssituation och koncentrerade sig på behandling av symptom för att inte bli emotionellt överväldigade (Georges et al., 2002). Hur sjuksköterskan ska kunna ge en holistisk omvårdnad utan att bli för emotionellt involverad behöver utforskas närmare. Sjuksköterskor behöver finna ett professionellt förhållningssätt.

## **Implikationer för omvårdnad och utbildning**

Av resultaten framkommer att sjuksköterskans professionell kunskap och erfarenhet av palliativ vård är viktigt för att få en positiv upplevelse av denna vård. Kunskap om fysiologiskt döende, existentiella frågor samt kommunikation med döende patienter och deras anhöriga saknas i utbildningen i dag. Utbildningen bör därför ge kunskap om det fysiologiska

döendet samt att föra existentiella diskussioner. I det kliniska arbetet är det viktigt att nya sjuksköterskor får stöd och vägledning av erfarna sjuksköterskor samt att samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare förbättras.

## **Konklusion**

Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva faktorer som sjuksköterskor anger påverkar upplevelsen av palliativ vård. Palliativ vård är komplex och av resultaten framgår att flera faktorer är viktiga för hur sjuksköterskan upplever den palliativa vården. Det visade sig att sjuksköterskor hade en önskan att uppfylla patienters och anhörigas behov. När detta kunde uppfyllas upplevde sjuksköterskor känslor av tillfredställelse och meningsfullhet. Det fanns även faktorer som försvårade för sjuksköterskor att uppfylla dessa behov och dessa bidrog till att sjuksköterskor upplevde känslor som otillräcklighet, stress och frustration. Ett förslag till fortsatt forskning skulle kunna vara att undersöka hur sjuksköterskan kan hantera dessa faktorer för att förbättra den palliativa vården både för sjuksköterskor, patienter och anhöriga.

## REFERENSER

de Araújo, M.M.T., da Silva, M.J.P., & Francisco, M.C.P.B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51, 149-158.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ Medicin*. Stockholm: Liber AB.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 594-601.

Dunn, K, S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experiences and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104.

Ekeström, M-L., & Schubert, V. (1997). Att dela med sig av vården till anhöriga - en studie om anhörigas upplevelse på en palliativ geriatrisk vårdavdelning. *Vård i norden*, 17(3), 25-29.

Enes, P., & de Vries, E. (2004). A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people. *Nursing Ethics*, 11(2), 150-164.

Eriksson, E., Arve, S., & Lauri, S. (2006). Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 48-58.

Eriksson, K. (1995). *Vård processen*. Stockholm: Liber AB.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Fridegren, I., & Lyckander, S. (2001). *Palliativ vård*. Stockholm: Liber AB.

Georges, J-J, Grypdonck, M., & de Casterle, B, D. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perception of palliative care nursing. *Journal of clinical nursing*, 11, 785-793.

Hanratty, J.F., & Higginson, I. (1994). *Palliativ vård vid terminala sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.

Jack, B., Oldham, J., & Williams, A. (2002). Impact of the palliative care clinical nurse specialist on patients and relatives: a stakeholder evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 236-242.

Johnston, B., & Smith, L.N. (2006). Nurses' and patient perception of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709.

Main, J. (2002). Management of relatives of patients who are dying. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 794-801.

Medicinska Forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning – Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Mok, E., & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483.

Nordgren, L., & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses perception. *Journal Of Clinical Nursing*, 13, 185-193.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar-med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2007). Oncology nurses' perception about palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 793-800.

Polit, F.D., & Beck, C.T. (2003). *Nursing research- Principles and methods* (Seventh ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Rosser, M., & King, L. (2003). Transition experiences of qualified nurses moving into hospice nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 43(2), 206-215.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: 2008-10-08 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Socialdepartementet.

Thacker, K.S. (2008). Nurses' advocacy behaviours in end- of - life nursing care. *Nursing Ethics*, 15(2), 174-185.

Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*, 21, 32-40.

World Health Organisation (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, (2nd ed). Geneva, World Health Organization.

Widell, M. (2003). *Lindrände vår - vård i livets slutskede*. Stockholm:Bonnier utbildning AB.

Wilkes, L.M., & Beale, B. (2001). Palliative care at home: Stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 306-313.

Öhlen, J. (2000). *Att vara i en fristad – berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård.* (Akademisk avhandling). Göteborg: Kompendiet i Göteborg.

## ÖVERSIKT AV GRANSKADE ARTIKLAR.

Författare, Titel	Syfte	Metod	Resultat
de Araújo, M.M.T., da Silva, M.J.P., & Francisco, M.C.P.B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients.	Undersöka utifrån sjuksköterskans perspektiv viktiga aspekter i omvårdnaden av patienter i ett terminalt skede.	En semistrukturerad kvalitativ studie där intervjuades 14 sjuksköterskor. Alla sjuksköterskor som medverkade hade minst 10 års erfarenhet som professionell sjuksköterska.	Den palliativa vården är svår och komplex och kräver emotionell balans, teknisk och vetenskapliga färdigheter. Den måste även bygga på ett holistiskt synsätt. Sjuksköterskorna i studien upplevde att det var svårt att hantera patienternas känsla av hopp och att kommunikationen är viktigt men komplex.
Dunn, K, S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experiences and the care of dying patients.	Undersöka sjuksköterskans upplevelse av döden och den palliativa omvårdnaden.	En kvalitativ studie där de använde sig av tre olika verktyg för datainsamling. De undersökte demografisk data, attityder om omvårdnad och attityder om döden.	Sjuksköterskorna i studien ansåg att de behövde mer klinisk erfarenhet av palliativ vård i utbildningen. Resultatet föreslår att barriärer som försvårar den palliativa vården identifiera för att eliminera onödig dödsångest.
Enes, P., & Vries, K. (2004). A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people.	Undersöka sjuksköterskans upplevelse av etiska faktorer när de vårdar äldre i terminala skeden	En kvalitativ studie där 135 sjuksköterskor deltog. Ett formulär användes som innehöll öppna frågor och givna svarsalternativ.	Etiska dilemman: balansera patienten och familjens önsningar, kommunikations problem i teamet, bristande symtomkontroll, behov av kunskap, coping vid vård av döende patienter
Georges, J-J., Grypdonck, M., & De Casterle. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses perception of palliative care nursing.	Få fram på vilket sätt sjuksköterskor arbetar på en palliativ avdelning och uppfattar sin roll samt få en inblick i problem som de möter.	En kvalitativ metod som bestod av observationer och semistrukturerade interjuver.	Sjuksköterskorna i studien strävade efter välorganiserade och meningsfulla kontakter samt att de strävade efter ett ökat välbefinnande hos patienten.
Johnston, B., & Smith, L.N. (2006). Nurses' and patient perception of expert palliative nursing care.	Studera patienter och sjuksköterskors upplevelser av den palliativa vården med inriktning på begreppet expertsjuksköterska.	En kvalitativ fenomenologisk studie där 22 sjuksköterskor intervjuades och 22 döende patienter.	Sjuksköterskorna i studien upplevde det viktigt att ha god kommunikation med patienten och att se till att ha tid för patienten. De ansåg det även viktigt att ha en god symptomkontroll och att arbeta i ett team med en god samarbetsförmåga. De upplevde att det även var viktigt att ha en klinisk och personlig erfarenhet i den palliativa vården.



<b>Författare, Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Main, J. (2002). Management of relatives of patients who are dying.	Undersöka viktiga faktorer innan patienten avlider, ur sjuksköterskor och anhörigas perspektiv.	En kvalitativ studie där sjuksköterskor intervjuades i olika fokusgrupper och de intervjuade anhöriga individuellt.	Sjuksköterskorna i studien kände sig ofta obekväma när de skulle prata om döden med anhöriga. De kände även ett bristande stöd från organisationen när de skulle bemöta anhöriga och de upplevde ibland att anhöriga orsakade problem. De saknar även utbildning.
Mok, E., & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care.	Undersöka aspekter av relationen mellan patient och sjuksköterska i den palliativa vården.	En kvalitativ studie där 10 sjuksköterskor och 10 patienter intervjuades.	Sjuksköterskorna i studien upplevde att en dålig symtomkontroll ledde till sorg både hos familjen och dem själva. De upplevde även att en nära relation med anhöriga och patienter ofta ledde till vänskap och att förståelse för patientens situation gav dem personlig utveckling.
Nordgren, L., & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses perception.	Beskriva och förstå läkare och sjuksköterskors upplevelse av deras arbetsrelation i den palliativa vården.	En kvalitativ studie där två läkare, fyra sjuksköterskor och tre undersköterskor intervjuades.	Förutsättningar för god palliativ vård är teamarbete, klinisk erfarenhet och självmedvetenhet. Dålig symtomkontroll gav otillfredsställelse. De identifierade även hinder för att kunna ge god palliativ vård. Det krävdes mer utbildning och kunskap.
Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2007). Oncology nurses' perception about palliative care.	Onkologsjuksköterskans upplevelse av den palliativ vården.	En kvalitativ studie där tre fokusgrupper som innehöll 33 onkologsjuksköterskor intervjuades.	Palliativ vård upplevs vara familjefokuserad, komplex och strävar efter välbefinnande och symtomkontroll. De upplevde även svårigheter att kommunicera om döden och behov av utbildning och rutiner i palliativ vård.
Rosser, M., & King, L. (2003). Transition experiences of qualified nurses moving into hospice nursing.	Få en djupare förståelse för hur kvalificerade sjuksköterskor upplever övergången till att bli en hospicesjuksköterska.	En kvalitativ studie som använde semistrukturerade intervjuer med fyra nya sjuksköterskor, tre mentorer och fyra teamledare.	Alla sjuksköterskor i studien ansåg att erfarenhet var en viktig faktor för att kunna bli en bra hospicesjuksköterska. Oerfarna hospicesjuksköterskor upplevde oftast oro, okunnighet och rädsla i mötet med palliativa patienter.
Thacker, K.S. (2008). Nurses' advocacy behaviours in end-of-life nursing care.	Beskriva sjuksköterskans upplevelse av att företräda patienten och anhörigas beteenden i livets slutskede.	En kvalitativ studie där 317 sjuksköterskor svarade på ett frågeformulär.	Upplevelser av barriärer för att kunna företräda patienten identifierades. Dessa barriärer var: patienten, familj, rädsla, läkaren, bristande kommunikation, bristande kunskap, tidsbrist, bristande organisation.
Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective.	Beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda svårt sjuka och döende patienter utanför palliativa vårdavdelningar.	En kvalitativ fenomenologisk studie där nio sjuksköterskor intervjuades.	Sjuksköterskorna upplevde ett stort ansvar, stress och tidsbrist när de vårdade patienter i palliativt skede. De upplevde även svårigheter i samarbetet med läkare och att en dålig död ledde till sorg. Behov av kunskap och erfarenhet. Personlig utveckling ledde till tillfredsställelse.

<b>Författare, Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
<p>Wilkes, L.M., &amp; Beale, B. (2001). Palliative care at home: Stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia.</p>	<p>Undersöka om det finns skillnader i stressfaktorer mellan två grupper av sjuksköterskor i den palliativ vården.</p>	<p>En kvalitativ studie som använde sig av både frågeformulär och intervjuer.</p>	<p>Studien tar upp olika stressfaktorer som sjuksköterskan kan uppleva i den palliativa vården. Dessa var när värderingar som sjuksköterskor hade inte stämde överens med patientens och anhöriga värderingar. Stress kunde även uppstå när sjuksköterskan försökte separera att vara en "vän" eller att vara professionell. Alla sjuksköterskor i studien ansåg att anhöriga var en stor källa till stress. Även känsla av hjälplöshet orsakade stress.</p>