



Sjukhusvård i livets slutskede

Sjuksköterskors upplevelser

FÖRFATTARE

Linda Johansson
Amelie Kahlmeter

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet
180 högskolepoäng

Examensarbete i omvårdnad
OM5250

HT 2011

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Linda Berg

EXAMINATOR

Ingela Henoch

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Sjukhusvård i livets slutskede – sjuksköterskors upplevelser
Titel (engelsk):	End-of-Life Care in Hospitals – Nurses' Experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs/ kurskod:	Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Linda Johansson Amelie Kahlmeter
Handledare:	Linda Berg
Examinator:	Ingela Henoch

SAMMANFATTNING

Introduktion I arbetet på sjukhusavdelningen möter sjuksköterskan patienter som befinner sig i livets slutskede vilket kan vara en utmaning då den huvudsakliga vårdinriktningen oftast är kurativ. Patienten är en unik individ och ska ses som en helhet. Behov av fysisk, psykisk, existentiell och social karaktär ska tillgodoses i sjuksköterskans arbete att lindra patientens lidande i livets slutskede.

Syfte Syftet är att beskriva hur sjuksköterskan på sjukhusavdelningar upplever att vårda patienter i livets slutskede samt sjuksköterskans strategier för att hantera dessa upplevelser.

Metod Uppsatsen är en analys av kvalitativ forskning och bygger på nio kvalitativa artiklar som tagits fram i databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus.

Resultat Sjuksköterskor på sjukhusavdelningar upplever det svårt att vårda patienter i livets slutskede till följd av konflikten som uppstår mellan sjuksköterskans ideal och verkligheten. Upplevelser leder till känslor så som frustration, hjälplöshet och oro. För att hantera upplevelser använder sjuksköterskan olika strategier för att undvika att bli känslomässigt överväldigad, exempelvis kan sjuksköterskan välja att distansera sig, vara nära, ventilera, söka bekräftelse och förtränga.

Slutsats Det sjuksköterskan upplever i samband med vård av patienter i livets slutskede på sjukhusavdelningar är en individuell och komplex upplevelse. Sjuksköterskan behöver hantera dessa upplevelser för att kunna fortsätta utföra sitt arbete på ett tillfredställande vis både för sig själv och för patienten. Författarna ser ett ökat behov av avsatt tid för diskussion, reflektion samt utbildning för sjuksköterskor som arbetar på sjukhusavdelningar med patienter i livets slutskede.

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Teoretisk utgångspunkt.....	1
Sjuksköterskans ansvarsområde.....	2
Vård på sjukhus.....	3
Livets slutskede och palliativ vård.....	4
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
DEFINITION AV UPPLEVELSE OCH STRATEGI	7
METOD	7
DATAINSAMLING	7
URVAL	7
ANALYS	9
RESULTAT	9
KONFLIKTEN MELLAN IDEAL OCH VERKLIGHET VID VÅRD AV PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE	10
Sjuksköterskans idealbild av en god död och dess motsättningar.....	10
Sjuksköterskans upplevelse av möjligheter och begränsningar vid sjukhusvård.....	11
STRATEGIER FÖR ATT HANTERA UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE	13
Personliga och professionella egenskaper som underlättar sjuksköterskans vårdarbete.....	14

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten – närhet eller distans.....	14
Sjuksköterskans sätt att bearbeta eller inte bearbeta upplevelser.....	15
Sjuksköterskans behov av återhämtning.....	15
DISKUSSION.....	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION.....	17
REFLEKTION.....	20
SLUTSATS.....	21
REFERENSLISTA.....	23
BILAGOR	
1 Artikelsammanställning	

INTRODUKTION

INLEDNING

Vården på sjukhusavdelningar är ofta främst inriktad på botande vård men även patienter i livets slutskede vårdas på dessa avdelningar. Döende patienter bör erbjudas palliativ vård, dock kan sjukhusavdelningens utformning begränsa möjligheterna för sjuksköterskan att ge en god vård i livets slutskede.

Vår erfarenhet ifrån sjukhusavdelningar är att då de främst har en kurativ inriktning blir den palliativa vården lidande eftersom sjuksköterskorna har en grundinställning att alltid försöka bota. Begränsningar för palliativ vård på sjukhusavdelningar utgörs av bland annat tid, miljö, rutiner men även sjuksköterskans rädsla för att bli känslomässigt överväldigad.

Vid vård av patienter i livets slutskede väljer vissa sjuksköterskor att ta ett steg tillbaka och fokusera på andra patienter istället. Vi har fått intryck av att sjuksköterskan inte gör detta utifrån bristande empati utan begränsade resurser gör att döende patienter inte prioriteras lika högt som kurativa patienter. Upplevelsen av att inte räcka till och att inte kunna göra det man vill för patienten verkar framkalla starka känslor hos sjuksköterskan. Under arbetsdagen finns det inte utrymme att reflektera vilket gör det svårare för sjuksköterskan att hantera sina känslor. Vad upplever sjuksköterskan egentligen vid vård av patienter i livets slutskede på sjukhusavdelningar? Vilka strategier använder sjuksköterskor för att hantera upplevelser?

BAKGRUND

Teoretisk utgångspunkt

Definition av omvårdnad

Omvårdnad är för sjuksköterskan både ett yrkesområde och ett kunskapsområde baserat på vetenskap, erfarenhet samt etiska kunskaper (Jakobsson & Lützén, 2009). Det finns flera definitioner av begreppet omvårdnad men fyra kännetecken för omvårdnadsperspektivet enligt Meleis (2011) är att det är humanvetenskapligt, är praktiskt inriktat, är en tradition av omsorg samt har en hälsoorientering. Att omvårdnad är humanvetenskapligt innebär att man ser på människan som en helhet, något mer än summan av delarna (Jakobsson & Lützén, 2009).

International Council of Nurses (ICN, 2010) som är den första och mest utbredda internationella organisationen för vårdpersonal definierar omvårdnad som att främja hälsa, förebygga sjukdom och vårda sjuka, funktionshindrade och döende individer. Det är ett självständigt arbete men även ett samarbete i vården av sjuka och friska individer oavsett ålder, familj, gruppstillhörighet eller samhälle. Andra roller som är viktiga i omvårdnad är att vara patientens företrädare, främja en säker miljö, forska och delta i utformande av hälsopolitik samt utbildning (ICN, 2010).

Etiskt förhållningssätt

Vårdandets etik är det förhållningssätt sjuksköterskan har gentemot patienten oavsett professionens etiska regler enligt Eriksson (1995). Det etiska kravet uppstår då sjuksköterskan står ansikte mot ansikte med patienten oavsett tid och rum. Sjuksköterskan väljer medvetet eller omedvetet det etiska förhållningssättet där hon/han är villig att ta ett ansvar för patienten. I en vårdrelation sker ett mellanmänniskt möte där båda parter offrar en bit av sig själva. Ett etiskt förhållningssätt innebär att sjuksköterskan respekterar och ser patienten, anstränger sig och verkligen stöttar patienten på hennes/ hans villkor. Enligt Eriksson (1995) handlar det om att ge patienten det hon/ han behöver i stunden vilket innebär att sjuksköterskan avstår från någonting och ger en "bit" av sig själv till den som verkligen är i behov av det, det vill säga patienten.

Helhetssyn

Varje patient är unik och sjuksköterskan ska forma vården för att främja en individuell vård där patienten ses som en helhet. För att kunna sätta sig in i och förstå människan som helhet behöver sjuksköterskan ha kunskap om en rad olika områden enligt Eriksson (1988). För att kunna vårda med en helhetssyn ska sjuksköterskan se till de psykologiska, fysiologiska, biologiska, sociologiska och teologiska aspekterna. Helhetssyn är en del av vårdens kärna dock genomsyrs inte alltid vården av detta förhållningssätt (Eriksson, 1988).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) delar upp sjuksköterskans ansvarsområde i de tre blocken *Omvårdnadens teori & praktik, Forskning, utveckling & utbildning* samt *Ledarskap*. Genomgående för hela sjuksköterskans ansvarsområde är att hon/ han ska ha en helhetssyn och anta ett etiskt förhållningssätt i sitt yrkesutövande (Socialstyrelsen, 2005).

Svensk sjuksköterskeförening (2008) presenterar *ICN:s etiska kod* som riktlinjer för sjuksköterskans etiska förhållningssätt. Där kan man utläsa att omvårdnad ska erbjudas patienten oavsett ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Detta överensstämmer med målet för svensk hälso- och sjukvård som man kan läsa i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), § 2: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet".

ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2008) har delat in sjuksköterskans ansvar i fyra områden i förhållande till allmänheten, yrkesutövningen, professionen och medarbetaren. Sjuksköterskan har ett ansvar mot allmänheten att vården sker i en respekterande miljö där individen är delaktig. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt yrkesutövande men även för utveckling av yrkeskompetens genom ett kontinuerligt lärande. Patientens säkerhet, värdighet och rättigheter ska sjuksköterskan se till vid användning av ny forskning och den egna samt andras kompetens ska värderas vid åtagande och delegering av ansvar. För att sjuksköterskan ska kunna utöva

sitt yrke ansvarar hon/ han för att sköta även den egna hälsan. För att utforma den egna professionen har sjuksköterskan ansvar att utveckla riktlinjer och se till att omvårdnaden har en evidensbaserad kunskapsgrund. Sjuksköterskan har också ansvar för att arbetsförhållandena ska vara säkra, rättvisa, sociala och ekonomiska. I förhållande till medarbetaren ansvarar sjuksköterskan för ett gott samarbete med olika yrkeskategorier. Sammanfattningsvis är sjuksköterskans övergripande ansvarsområden enligt *ICN:s etiska kod* ”att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande” (s. 3, Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Vård på sjukhus

Omvårdnad på sjukhus

De nationella och internationella riktlinjerna och definitionerna av omvårdnad samt sjuksköterskans ansvarsområde innebär inte att vård ser likadan ut i alla länder, inom alla landsting och inte heller på alla enheter på samma sjukhus. Det råder en konsensus om att sjukvården är en institution vilket innebär fasta regler och värderingar för att förenkla och effektivisera verksamheten. Hälso- och sjukvården är uppdelad i flera enheter som kan ha olika prioritering beroende på dess huvudsakliga uppgift. För att effektivisera institutionen utformas varje enhets arbetssätt och rutiner för att möta dess målsättning. Normer och värderingar byggs upp och personalen, som institutionens representanter, agerar därefter omedvetet och outtalat. Dessa värderingar och normer kan kallas för den institutionella ramen. Det institutionella ramverket kan upplevas som begränsningar i sjuksköterskans yrkesutövande. Om enhetens värderingar och normer gör att fokus ligger på korta vårdtider och ekonomiska intressen kan detta komma i konflikt med sjuksköterskans omvårdnadsideal (Lidén, 2009).

Sjukhus definieras i Nationalencyklopedin (”Sjukhus”, 2011) som ”... inrättning för i första hand slutna vård d.v.s. vård av patienter med sjukdomar eller skador som inte kan utredas eller behandlas inom primärvården eller annan öppen vård.” Enligt Lidén (2009) kallas en person för patient från och med den tidpunkt då denna skrivs in på ett sjukhus. Omvårdnadens villkor påverkas av rådande ideologier, exempelvis kan man se hur synen på döden har förändrats från det traditionella religiösa synsättet till en medicinsk händelse och sedan till dagens kanske mer privata händelse där patienten själv ska ha stort inflytande. Denna förändring kan ses som att det nu går mot en mer individanpassad hälso- och sjukvård (Lidén, 2009).

Vårdteam

Inom sjukvården utövar man ofta vård i interprofessionella team där man tillsammans med patienten planerar vården. I teamet bidrar läkare med de medicinska åtgärderna, sjukgymnaster och arbetsterapeuter med rehabiliteringsåtgärder medan sjuksköterskan och undersköterskan står för omvårdnadsåtgärder. Tillsammans med patienten och de närstående kan teamet sätta upp gemensamma mål för en vård med helhetsperspektiv. De olika professionerna hjälps åt för att finna en lösning och det går inte alltid att säkerställa vilken insats som ger resultat. Sjuksköterskan ses ofta som den person som arbetar närmst patienten och därför samordnar teamet kring patienten (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2009). Enligt *Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) är ledarskap ett av sjuksköterskans ansvarsområden. Där kan man utläsa att sjuksköterskan ska kunna leda, prioritera, fördela och samordna teamets vårdarbete utifrån patientens behov och ta hänsyn till de olika teammedlemmarnas kompetens. Sjuksköterskan har också ett ansvar i att arbeta

med teamets förmåga att lösa konflikter och problem samt ta tillvara på teamets synpunkter och idéer om hur vården kan förbättras (Socialstyrelsen, 2005).

Livets slutskede och palliativ vård

I Sverige dör ungefär 90 000 personer varje år varav ca 60 procent är 80 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2006). Många dör efter ett långsamt förlopp med sjukdom och ökande funktionsnedsättning (Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2009). Drygt 40 procent av de som dör befinner sig på sjukhus medan ungefär 50 procent dör i hemmet eller på särskilt boende, för resterande 10 procent framgår det inte var döden inträffar (Statens offentliga utredningar [SOU] 2001:6).

Livets slutskede

Livets slutskede är ett svårdefinierat begrepp och gränsen mellan palliativ vård och vård i livets slutskede är svår att bestämma och det finns därför få definitioner. Den amerikanska motsvarigheten till svenska Socialstyrelsen, American National Institute of Health (NIH, 2005, refererad i Jakobsson, 2007), har definierat livets slutskede som då döden är nära, patienten lider av svår sjukdom och uppvisar symtom eller funktionsnedsättning som tyder på att kroppen sviktar. Dock kan man aldrig till 100 procent veta när en individ kommer att dö och vissa som blivit identifierade med att befinna sig i livets slutskede kan leva lång tid därefter (Jakobsson, 2007).

Tidigare pratade man om terminalvård, vilket var den vård som gavs när man visste att livet närmade sig slutet. Istället för att använda sig av begreppet "terminalvård" så används idag begreppet "vård i livets slutskede". Med palliativ vård menar man all den vård som inte har till syfte att bota, alltså inte enbart vård i livets slutskede. Palliativ vård och vård i livets slutskede har likheter men även skillnader. Patienter kan vårdas palliativt under flera år för att sen hamna i livets slutskede och vården får då en annan inriktning. Man talar om olika faser i det palliativa sjukdomsförloppet (Henoeh, 2007). Eckerdal (2008) delar upp det palliativa förloppet i tre faser, man kan inte veta hur långa faserna är då de bestäms och styrs utefter patientens tillstånd och sjukdomsförlopp. Den tidiga fasen är då patienten diagnostiseras med en obotlig sjukdom och den sena fasen är då patienten på grund av sin sjukdom inte längre klarar sig själv. I slutet på den sena fasen då det framgår att det bara är något eller några dygn kvar i patientens liv kallas för den sista tiden (Eckerdal, 2008). Det som tidigare kallades för terminalvård och som idag benämns med vård i livets slutskede är detsamma som att befinna sig i ett sent palliativt skede (Henoeh, 2007).

Palliativ vård

En definition av palliativ vård är Världshälsoorganisationens (WHO, 2002 refererad i Nationella rådet för palliativ vård [NRPV], 2010) som menar på att palliativ vård:

- * Lindrar smärta och andra plågsamma symtom.
- * Bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process.
- * Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- * Integrerar psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård.
- * Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- * Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.
- * Tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers

behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal.

* Befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse.

* Är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livets såsom cytostatika och strålbehandling. Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer.

Enligt SOU 2001:6 baseras den palliativa vården på de fyra hörnstenarna: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till de närstående. Med symtomlindring menas att patienten ska vårdas och lindras med hänsyn till dess autonomi och integritet. Att lindra symtom innebär inte enbart att se till patientens fysiska symtom utan lika viktigt är det med de psykiska, sociala och existentiella behoven. Teamarbete är en viktig del i vård av palliativa patienter. I ett team så ingår fler yrkeskategorier som bidrar med sin specifika kunskap. En fungerande kommunikation och samarbete både i teamet och till patient och närstående är betydelsefullt inom palliativ vård. Stöd till närstående både under och efter sjukdomsförloppet är viktigt samt att de får vara delaktiga i vården (SOU 2001:6).

Palliativa inriktningar

Allmän palliativ vård

Tidigare har begreppet ”basal palliativ vård” används men sedan 2011 avråds detta begrepp och ersätts med ”allmän palliativ vård”. Det är den palliativa vård som utövas av vårdpersonal med grundläggande kompetens inom palliativ vård (”Allmän palliativ vård”, 2011).

Oavsett vart inom den offentliga hälso- och sjukvården patienten vårdas så ska alla som är i behov av palliativ vård erbjudas det. Varje yrkesutövare oavsett om man jobbar inom kommunal hälso- och sjukvård eller på en akutsomatisk avdelning ska ha en kompetens inom allmän palliativ vård och veta hur man utövar den. Den allmänna palliativa vården ska ges till alla som är i behov av det samt vara inriktad på både patient och närstående. Från det att beslut tas om att kurativ¹ behandling upphör fram till det att döden inträffar samt under familjens sorgeperiod ska det allmänna palliativa synsättet finnas med. Allmän palliativ vård ska förhindra, identifiera och lindra fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. Teamarbete kring patienten är viktigt men även en fungerande samverkan mellan olika vårdinrättningar är något den allmänna palliativa vården ska innefatta (Jakobsson et al., 2009).

Specialiserad palliativ vård

Att arbeta med specialiserad palliativ vård innebär att uteslutande ägna sig åt palliativ vård. Ofta sker arbetet i multi-professionella team där alla är inriktade på palliativ vård (Jakobsson et al., 2009).

Sjuksköterskans roll i den palliativa vården

Det råder en allmän uppfattning om att de som vårdar patienter som befinner sig i livets slutskede bör ha ett palliativt synsätt (Jakobsson et al., 2009). Att som vårdpersonal

¹ Kurativ betyder botande eller läkande. Kurativ behandling är motsatsen till palliativ behandling (”Kurativ”, 2011).

tillämpa ett palliativt förhållningssätt innebär att man ska se patienten ur ett helhetsperspektiv alltså se till både fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov ("Palliativt förhållningssätt", 2011). Att ge rätt förutsättningar för patienten att leva tills hon/han dör är målsättningen för vård i livets slutskede. Att leva tills man dör innebär att patientens lidande ska lindras i den mån det är möjligt samt att patientens välbefinnande ska främjas (Hanratty & Higginson, 1997).

Den svenska palliativa vården

Vid kartläggning av det palliativa vårdutbudet i Sverige fann man det otillräckligt samt ojämnt fördelat både geografiskt och beroende på patientens diagnos. En av bristerna som upptäcktes var att ett revirtänk förekom mellan yrkesgrupperna som försvårade ett gott samarbete. Huvudförslaget var "att alla patienter i livets slutskede skall tillförsäkras en palliativ (lindrande) vård på lika villkor i hela landet." (s. 54) (SOU 2001:6).

Enligt Jakobsson (2007) bör den vård som ges i livets slutskede prioriteras lika högt som akutvård och kurativ vård. Oavsett vart i vårdkedjan man befinner sig så är målet att alla som är i behov av palliativ vård ska erbjudas detta (Jakobsson, 2007).

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att framställa nationella riktlinjer för palliativ vård som en del av ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård. Dessa riktlinjer ska underlätta för dem som beslutar angående resursfördelning inom vården samt vara till stöd vid utvecklingsarbete för ledare och vård- och omsorgspersonal. Tanken är att effekten för patienten är att vården som erbjuds ska vara kunskapsbaserad vilket leder till en god och säker vård, dessutom innebär det att vården blir mer jämbördig över landet då all sjukvård utgår från samma kunskapsbas (Socialstyrelsen, u.å.).

PROBLEMFORMULERING

Att vårda patienter i livets slutskede är en del av sjuksköterskans ansvarsområde oavsett vart i vårdkedjan man utövar sitt yrke och av de ca 90 000 som dör varje år i Sverige är det drygt 40 procent som dör på sjukhus. Allmän palliativ vård är ett arbetssätt som alla inom hälso- och sjukvården ska kunna utföra och den typ av vård som ska vara tillgänglig för döende patienter på sjukhusavdelningar. Idag finns ojämlikheter i den allmänna palliativa vården beroende på vart i landet man vårdas vilket går emot jämställdhetsmålet för hälso- och sjukvård. Omvårdnad innebär att sjuksköterskan ska se människan ur ett helhetsperspektiv. Sista tiden kan innebära speciella behov som kan vara svåra att tillgodose i arbetet på en sjukhusavdelning. Varje enhet har sitt institutionella ramverk som är anpassat utefter dess huvudsakliga vårdinriktning, det kan uppstå en konflikt mellan detta ramverk och sjuksköterskans omvårdnadsideal vid vård av patienter i livets slutskede. Den här konflikten kan vara en svår upplevelse för sjuksköterskan och därmed frambringa starka känslor som på sikt kan leda till överbelastning. Sjuksköterskan måste därmed finna strategier för att hantera dessa känslor och upplevelser i sitt dagliga arbete.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur sjuksköterskan på sjukhusavdelningar upplever att vårda patienter i livets slutskede samt sjuksköterskans strategier för att hantera dessa upplevelser.

DEFINITION AV UPPLEVELSE OCH STRATEGI

Upplevelse är detsamma som att uppfatta något och värdera det på ett känslomässigt plan ("Upplevelse" 1997, 2009) *Bonniers svenska ordbok* beskriver upplevelse som att vara med om, pröva på, känna och uppfattar något ("Upplevelse", 1994).

Strategi definieras utifrån *Bonniers svenska ordbok* som konsten att planlägga ("Strategi", 1994). *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien* ("Strategi", 2009) beskriver begreppet som en långsiktig och övergripande plan samtidigt som *Nordstedts plusordbok* ("Strategi", 1997) menar att strategi är ett långsiktigt övergripande tillvägagångssätt.

METOD

Den här uppsatsen är en analys av kvalitativ forskning. Syftet med kvalitativ forskning är att bidra till evidensbaserad omvårdnad genom att sammanställa och tolka tidigare forskningsresultat. Den här modellen avser att analysera kvalitativa resultat där syftet är att skapa ny och praktisk användbar kunskap. Valet av den här modellen gjordes då den ansågs mest relevant för uppsatsens syfte då kvalitativ forskning har som främsta mål att ge en ökad förståelse angående en viss företeelse. En inledande litteratursökning gjordes för att få en överblick över problemområdet. Därefter genomfördes den egentliga litteratursökningen för att finna aktuella vetenskapliga artiklar på det valda området. Metodmodellen som användes i uppsatsen har sitt ursprung i en metasyntes där syftet är att sammanställa, tolka och analysera redan publicerad forskning (Friberg, 2006).

DATAINSAMLING

I sökningen efter aktuell forskning användes databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus. Sökorden som användes var *end-of-life, dying, experience, perceptions, perspective, hospital, inpatients, wards, nurs** och *caring*. För att sammanbinda sökorden användes boolesk sökteknik med termen AND. Ordet *nurs** valdes att trunkeas för att få fram samtliga varianter av begreppet (Östlundh, 2006). De begränsningar som användes i sökningarna anges i *tabell 1* där de utvalda artiklarna redovisas. Fler sökningar i databaserna gjordes men då dessa inte gav ytterligare relevanta artiklar redovisas de inte. Manuell sökning har även utförts i referenslistor i kurslitteratur samt i *Socialstyrelsens sammanställning av aktuell forskning* (Socialstyrelsen, 2007).

URVAL

Av de träffar som framkom vid sökningen lästes abstrakten till de artiklar där titeln upplevdes relevant för syftet. Om artikeln utifrån abstraktet verkade relevant för uppsatsens syfte lästes den i sin fulltext. De artiklar som inte var tillgängliga i fulltext exkluderades. Andra urvalskriterier var att artikeln skulle vara högst tio år gammal, gjord i västvärlden för att det skulle vara applicerbart i Sverige och beröra vuxna patienter. Artiklar som var inriktade på hospice och kommunal sjukvård valdes bort då syftet var inriktat på sjukhusvård.

Av de kvalitativa artiklar som lästes i fulltext valdes 12 ut. Vid en mer ingående läsning valdes tre kvalitativa artiklar bort då dessa inte besvarade syftet. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades efter Fribergs granskningsfrågor för kvalitativa studier (Friberg, 2006). Efter granskning av de 9 studierna visade sig samtliga vara relevanta för uppsatsens syfte, för sammanställning se *bilaga I*. I samtliga artiklar framgick det att

författarna hade fört ett etiskt resonemang och samtliga deltagare gav sitt samtycke att medverka i studierna. Sju av nio artiklar hade sökt och blivit etiskt godkända.

Databas	Sökdatum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Utvalda artiklar
Cinahl	2011-09-21	dying, nurs*, experience, hospital	peer-reviewed, research article, english	35	Graham et al. (2005) Hopkinson et al. (2003)
Cinahl	2011-10-05	end of life, nurs*, hospital, perceptions	english	34	Willard & Luker (2006)
Cinahl	2011-10-05	end-of-life, nurs*, ward	peer-reviewed, research article, english	5	Thompson et al. (2006)
Pubmed	2011-10-05	nurs*, dying, hospital, caring	humans, english, all adults	48	Fridh et al. (2009)
Scopus	2011-10-05	hospital, experience, dying, nurs*, wards	2001-2011, health sciences, alla "in Article Titel, Abstract, Keyword"	11	Costello (2006)
Manuell sökning	2011-09-26	Genom Socialstyrelsen (2007)			Blomberg & Sahlberg-Blom (2007) Sandgren et al. (2006)
Manuell sökning	2011-09-26	Genom Jakobsson, Andersson & Öhlén (2009)			Georges (2002)

Tabell 1. Presentation av litteratursökning

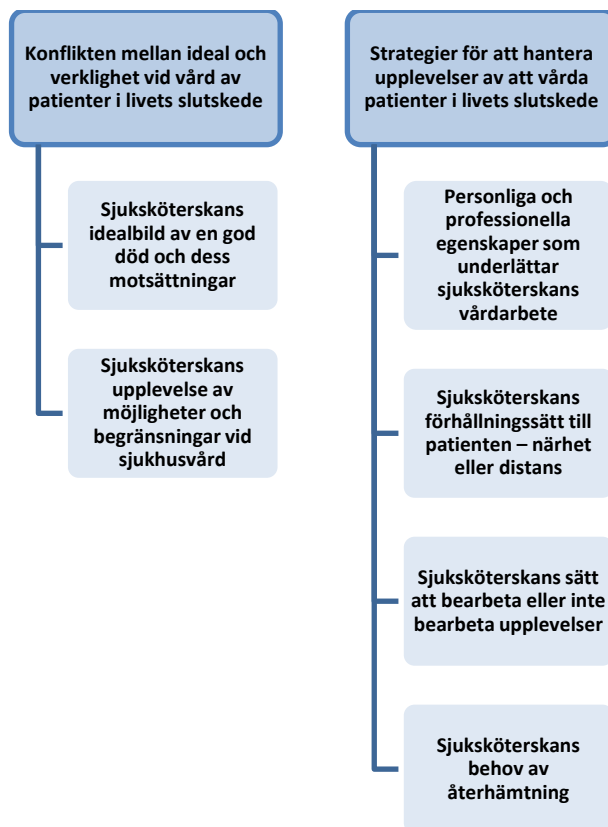
ANALYS

Analys av kvalitativ forskning kan ha som syfte att skapa något nytt genom att analysera tidigare forskningsresultat. Vid analys av kvalitativa artiklar läses studierna flera gånger för att få en ökad förståelse för dess innehåll, plocka ut nyckeldelarna ur varje studies resultat, sammanställning av studiernas resultat, plocka ut sambanden mellan de olika studierna och slutligen formulera nya teman på ett övergripande och tydligt sätt. Sättet att analysera kvalitativa studier kan ses som att gå från helhet till del för att slutligen sammanställa en ny helhet. För att kunna omsätta teoretisk kunskap om en specifik företeelse till praktisk användbar kunskap så krävs det att de analyserade studierna ska handla om samma företeelse (Friberg, 2006).

I början av analysprocessen lästes samtliga artiklar på djupet av båda författarna. Resultatdelen i artiklarna lästes om ett flertal gånger för att få en överskådlig bild av dess innehåll samt för att plocka ut nyckelfynd. Olika teman framkom efter analys av artiklarna som svarade på uppsatsens valda syfte, dessa var: *Konflikten mellan ideal och verklighet vid vård av patienter i livets slutskede* och *Strategier för att hantera upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede*. Dessa teman analyserades sedan ytterligare för att identifiera skillnader och likheter mellan de olika studiernas resultat samt för att finna subteman.

RESULTAT

I de artiklar som granskats i den här kvalitativa analysen framkom två huvudteman med två respektive fyra subteman, se *figur 1*. Det framgår att sjuksköterskor som vårdar patienter i livets slutskede på sjukhusavdelningar upplever starka känslor, såväl positiva som negativa. Graham, Andrewes och Clark (2005) beskriver sjuksköterskans upplevelse som en känslomässig berg-o-dalbana där man pendlar mellan ilska, rädsla och skam samt hopp, inspiration och lycka. Enligt Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) känner sjuksköterskor sig privilegierade över att få närvara under patientens sista tid samtidigt som ett flertal artiklar tar upp hur svårt det kan vara att hantera känslor som uppkommer vid vård av patienter i livets slutskede på sjukhus. När det personliga idealet inte överensstämmer med verkligheten kan sjuksköterskan uppleva hjälplöshet, skuld, osäkerhet, frustration, ensamhet, besvikelse, ilska, stress, oro, ångest, rädsla, tomhet, sorgsenhet, utmattning, känsla av misslyckande, skam och förvirring. För att hantera och bearbeta dessa känslor använder sig sjuksköterskorna en rad olika strategier.



Figur 1. Resultatets huvudteman och subteman

KONFLIKTEN MELLAN IDEAL OCH VERKLIGHET VID VÅRD AV PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE

I det dagliga vårdarbetet på en sjukhusavdelning upplever sjuksköterskan en konflikt mellan sjuksköterskans personliga ideal av en god död och de begränsningar som förhindrar att detta ideal uppnås. Idealet av en god vård i livets slutskede är en individuell uppfattning även om det finns stora likheter mellan flertalet av sjuksköterskornas ideal. I arbetsmiljön stöter sjuksköterskan på begränsningar som ibland går att anpassa sig till men som ibland kan vara svåra att påverka. Faktorer som benämns som begränsningar är exempelvis tidsbrist, samarbetssvårigheter samt frånvaro av privata utrymmen för den döende patienten och dennes närstående. Den här konflikten framkallar starka känslor som stress, hjälplöshet och frustration hos sjuksköterskan, samtidigt som vissa upplever de här känslorna så finns det de som anser att det är ett privilegium att få vara med en person under dess sista tid i livet.

Sjuksköterskans idealbild av en god död och dess motsättningar

Även om det finns stora likheter besitter varje sjuksköterska en egen föreställning om vad som är en god död. Hopkinson, Hallett och Luker (2003) benämner denna föreställning som det personliga idealet. Sjuksköterskorna i studien uttrycker sig ofta i termer som ”en god död”, ”rätt sak att göra” och ”hur det borde vara”. Exempelvis vill sjuksköterskorna ha tid till att tillfredsställa den döende patientens önskemål och behov. Det här var deras personliga uppfattning om det ideala sättet att dö, denna uppfattning var ej konstant utan utvecklades med tid och erfarenhet (Hopkinson et al., 2003).

Costello (2006) utvecklar vidare sjuksköterskors upplevelse av vad som möjliggör en ”god död” kontra en ”dålig död”, se *tabell 2*.

God död	Dålig död
Kontroll	Begränsad kontroll
Hög grad av förutsägbarhet	Ej förberedd pga. tid
Medvetenhet om situationen	Patient/ närstående ej införstådda
Döden är önskad	Ej fastställd diagnos
Lämplig tidpunkt	Traumatiskt dödsögonblick
	Brist på värdighet och respekt

Tabell 2. Faktorer som bidrar till en god respektive dålig död enligt sjuksköterskorna i studien av Costello (2006)

Alla sjuksköterskor har alltså en bild av hur en god död ser ut men externa faktorer gör att detta ideal inte alltid uppnås i verkligheten vilket återkommer senare i texten. Sammanfattningsvis så innebär en god död enligt Costello (2006) att döden är väntad, att samtliga parter är införstådda i det och med ”döden är önskad” menas att alla parter dessutom är överens om att det bästa för patienten vore att få dö. Enligt Thompson, McClement och Daeninck (2006) underlättar det redan vid vårdens övergång från kurativ till ett palliativt skede att samtliga parter är införstådda med vad som komma skall. Sjuksköterskorna ser de positiva konsekvenserna av ett lyckat byte av vårdinriktning eftersom de då kan etablera vårdplaner som speglar palliativa värderingar samt att patienten kan involveras i besluten angående dennes vård (Thompson et al., 2006).

Att ”vara där” innebär att både fysiskt och emotionellt närvara som stöd för såväl patient som närstående vilket anses viktigt för upplevelsen av en god död. Sjuksköterskor upplever att för att kunna ”vara där” krävs en trygghet kring döende och döden hos sjuksköterskan, medvetenhet om situationen hos patient och närstående samt att vårdsammanhanget tillåter det (Thompson et al., 2006). Då sjuksköterskan får vara närvarande uppstår möjligheten att ta farväl till de närstående vilket anses viktigt för att få ett avslut (Fridh et al., 2009; Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006; Thompson et al. 2006). I studien av Fridh et al. (2009) belyser sjuksköterskorna vikten av att patienter utan närstående inte försummas utan ges samma vård och närhet. Det upplevs som tragiskt då patienter utan närstående vårdas, känslor av tomhet och sorgsenhet upplevs av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna anser att det kanske är ännu viktigare att ”vara där” då man agerar både medmänniska och professionell (Fridh et al., 2009).

Georges, Grypdonck och Dierckx de Casterle (2002) studie framhäver dock även en annan grupp av sjuksköterskor som istället för att fokusera på patientens välbefinnande fokuserar på att anta ett objektivt synsätt. Dessa sjuksköterskor inriktar sig på att utföra sina uppgifter utan att involvera sig känslomässigt i patienten och de närståendes situation (Georges et al., 2002).

Sjuksköterskans upplevelse av möjligheter och begränsningar vid sjukhusvård

Det mest framträdande problemet med vård av döende patienter på en akut medicinavdelning enligt sjuksköterskorna i studien av Thompson et al. (2006) är att ständigt dras åt olika håll. Valet mellan att ge sin tid och energi till en döende patient eller en annan patient leder till en känsla av hjälplöshet (Hopkinson et al., 2003) men i Sandgren et al. (2006) studie hävdar sjuksköterskorna att de väljer att prioritera den

döende framför andra patienter. I Fridh et al. (2009) studie upplever sjuksköterskorna det svårt att gå från ett dödsfall till att vårda andra patienter utan att få tid för återhämtning där emellan.

Sjuksköterskor upplever det omtumlande att arbeta i oförutsägbar miljö där man ständigt ställs inför svåra situationer (Georges et al., 2002; Graham et al., 2005; Hopkinson et al., 2003). Tiden är en återkommande faktor som bidrar till sjuksköterskans stress och frustration. Ett flertal av punkterna Costello (2006) identifierar som bidragande orsaker till en ”dålig död” (se *tabell 2*, s. 11) är tidsrelaterade. Tidsbrist leder till att sjuksköterskan känner en begränsad kontroll och möjlighet till förberedelse inför dödsögonblicket. Med ”lämplig tidpunkt” (se *tabell 2*, s. 11) menar Costello (2006) att dödsögonblicket inträffar på en tidpunkt så att det inte stör de dagliga avdelningsrutinerna. Tidsbrist är även en aspekt som påverkar vårdrelationen till patient och närstående negativt (Costello, 2006). Att ha tid för att sitta ned med patienten gynnar en närmre relation vilket sjuksköterskorna uppskattar enligt en studie av Blomberg och Sahlberg-Blom (2007).

Sjuksköterskorna i Sandgren et al. (2006) studie uttrycker frustration och stress då de inte kan avsluta sina arbetsysslor för dagen, detta kan motverkas genom att lära sig prioritera alternativt att organisationen möjliggör flexibla arbetstider. Organisationen kan även underlätta genom att begränsa tillflödet av nya patienter (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Enligt Fridh et al. (2009) är den ständiga efterfrågan på vårdplatser en stor källa till stress i sjuksköterskornas vardag.

Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att rutiner och regler på avdelningen inte störs vid vård av patienter i livets slutskede (Costello, 2006; Georges et al., 2002). Sjuksköterskorna i Willard och Luker (2006) studie framhäver att övrig vårdpersonal på sjukhusavdelning prioriterar rutiner framför patientens välbefinnande. Fridh et al. (2009) belyser en annan åsikt där sjuksköterskor anser att vård av patienter i livets slutskede bör vara starkt individanpassad och att man därför varken kan följa forskning, litteratur eller riktlinjer. Även Thompson et al. (2006) ser att rutiner bör släppas på vid vård av döende patienter exempelvis genom att ha friare besökstider för närstående.

En förutsättning för att ge god vård i livets slutskede enligt sjuksköterskorna är att alla involverade, dvs. läkare, sjuksköterskor, den döende patienten och dess närstående, inser och accepterar att kurativ vård inte längre är aktuell (Costello, 2006; Thompson et al., 2006). Sjuksköterskorna upplever det frustrerande att fortsätta ge aktiv behandling då det inte ger någon effekt (Thompson et al., 2006; Willard & Luker, 2006). Fortsatt kurativ behandling trots utebliven effekt anses dessutom bidra till ett onödigt lidande för patienten då vården istället bör fokusera på att lindra lidandet (Hopkinson et al., 2003). En konflikt kan uppstå mellan den kurativa vården och den palliativa vården då dessa utövas på samma avdelning, både inom sjuksköterskan själv och mellan kollegor (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) fann att sjuksköterskorna anser att den palliativa vårdfilosofin är lugnande och underlättar närhet till patienter i större utsträckning än den mer traditionella vården. Willard och Luker (2006) tar upp en vidare problematik då det finns en negativ uppfattning om palliativ vård i personalgruppen vilket är en bidragande orsak till avsaknaden av palliativ vård på vårdavdelningar. Brist på kunskap om palliativ vård hos läkare anser sjuksköterskorna i Thompson et al. (2006) studie är ett problem då det hindrar dem från att ge patienten det de behöver för att lindra symtom. Ett annat problem är läkarnas bristande tillgänglighet som bidrar till att beslut tar längre tid än vad som är nödvändigt (Fridh et al., 2009).

Andra yrkesgrupper anses av sjuksköterskorna också vara mer inriktade på den kurativa vården och därmed ha svårt att frångå det uppgiftsorienterade förhållningssättet då patienten övergår till palliativ vård (Willard & Luker, 2006).

Att arbeta i team tillåter sjuksköterskan att ge uttryck för känslor som uppkommer i samband med vård av döende patienter enligt Blomberg och Sahlberg-Blom (2007). Då alla är olika kompletterar och stärker man varandra i teamet och de olika yrkesgrupperna bidrar med sina kunskaper i vården. Teamet ses av sjuksköterskorna som ett forum där man kan diskutera, lyfta frågor och dela kunskap, därför är det viktigt att det är i högt i tak. En tillåtande miljö ger även utrymme för att ge uttryck för känslor. Att ha gemensamma mål och strategier samt en öppen diskussion inger en känsla av gemenskap. Ett team kan dock även bidra till att en negativ känsla upplevs då man lämnas utanför besluten (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Att bli lämnad att hantera en situation man inte känner sig redo för kan innebära en känsla av ensamhet och övergivenhet. Sjuksköterskor upplever att de ibland känner sig isolerade då andra i teamet inte förstår vad de går igenom. Ensamheten kan ha sin grund i att sjuksköterskan är speciellt viktig för patienten eller de närstående, detta kan vara både tillfredsställande men också en börda som inte går att dela (Hopkinson et al., 2003).

Sjuksköterskan grundar sina omvårdnadsbeslut i sina personliga och kliniska erfarenheter (Fridh et al., 2009). Hopkinson et al. (2003) studie av nyutexaminerade sjuksköterskor visar att många med kort klinisk erfarenhet upplever sig oförberedda inför vissa situationer men säger samtidigt att vårda döende patienter är något man får acceptera som en del av jobbet (Hopkinson et al., 2003).

Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) anser att det krävs yrkesspecifik kunskap men även att vårdpersonalen vårdar utifrån ett sunt förnuft. Utbildning ses som en möjlighet att hålla sig uppdaterad och stärka sin professionella roll (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Enligt sjuksköterskorna är ett stort hinder för att ge optimal vård i livets slutskede på sjukhusavdelningar avsaknaden av enkelsalar (Fridh et al., 2009, Thompson et al., 2006). Det här ses som ett problem på grund av att döden anses vara en intim och privat tid för patienten och dess närstående (Thompson et al., 2006). Tillgång till ett speciellt rum anpassat för farväl uppskattas mycket av sjuksköterskorna och då detta inte finns upplevs det stressfullt då nya patienter väntar på vårdplats (Fridh et al., 2009).

STRATEGIER FÖR ATT HANTERA UPPELVELSER AV ATT VÅRDA PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE

Vilken strategi sjuksköterskan väljer att hantera sina upplevelser beror på sjuksköterskans emotionella kompetens, kunskap, erfarenhet men även externa faktorer så som tillgångar, tid, vårdkultur och vårdsammanhang påverkar. Strategierna är inte tydligt uppdelade utan går in i och överlappar varandra beroende på vilken typ av upplevelse som ska hanteras (Sandgren et al., 2006). Även Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) hävdar att sjuksköterskan val att undvika eller angripa upplevelsen oftast sker spontant.

Personliga och professionella egenskaper som underlättar sjuksköterskans vårdarbete

Sjuksköterskan använder sig själv som ett verktyg i det dagliga omvårdnadsarbetet vilket gör att det är viktigt för sjuksköterskan att ha god självkänedom för att vara medveten om sina gränser. En god självkänsla krävs för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i sig själv och därmed våga lita på sitt eget omdöme, detta kommer med personlig och professionell erfarenhet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Att hantera de känslor som uppstår i samband med vården av patienter i livets slutskede beror inte bara på organisationen och omgivningen utan även på sjuksköterskan själv med dennes personliga och professionella kompetens. I Sandgren et al. (2006) studie används begreppet emotionell kompetens för att sammanfatta sjuksköterskans förmåga att hantera svåra situationer då det finns mer eller mindre konstruktiva strategier att hantera svåra situationer på. En sjuksköterska med god emotionell kompetens har kontroll över sina tankar, känslor och beteende. Emotionell kompetens är en del av människans personlighet men är även en förmåga som går att utveckla (Sandgren et al., 2006).

I Graham et al. (2005) studie anser sjuksköterskorna att en känsla av misslyckande är något som kommer med yrket. Sjuksköterskorna tror att detta beror på yrkets sociala status, auktoritet och klassifikation som kvinnoarbete vilket bidrar till en känsla av misslyckande, skam, ångest och osäkerhet vilket har en negativ effekt på självkänsla (Graham et al., 2005).

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten – närhet eller distans

För att skydda sig själva från att bli för involverade väljer en del sjuksköterskor att distansera sig i mötet med patienten och närstående (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Sandgren et al, 2006; Georges et al., 2002). Att inte bli för personlig eller för involverad är något som enligt Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) kommer med erfarenhet.

Enligt Sandgren et al. (2006) ger en sund och professionell inställning kontroll över känslor i kritiska situationer vilket skyddar sjuksköterskan från att bli för känslomässigt involverad. Att vara professionell innebär att kunna skifta mellan sitt privatliv och sitt yrkesliv, att kunna vara personlig men däremot inte vara privat. Ett annat sätt att skydda sig från emotionell överbelastning är att sjuksköterskan medvetet visar empati och inte sympati (Sandgren et al., 2006). Vissa sjuksköterskor i Georges et al. (2002) studie anser att vara professionell är det samma som att inte engagera sig för mycket i patienterna.

Sandgren et al. (2006) skiljer på att vara professionell gentemot att gömma sig bakom professionen. Att gömma sig bakom yrkesrollen och använda den som ett skydd är en strategi där personliga rädslor inte tas itu med för att undvika att bli känslomässigt överväldigad (Georges et al., 2002; Graham et al., 2005; Sandgren et al., 2006). En del av sjuksköterskorna i Georges et al. (2002) studie har uppfattningen att arbeta med vård av döende patienter under för lång tid leder till utbrändhet.

Sjuksköterskor uppger att de kan se sig själva i patienten eller de närståendes situation. De beskriver hur de blir berörda av sårbarheten i patientens utsatthet och relaterar till personliga erfarenheter, vilket gör att känslor som ångest, oro och rädsla uppstår (Fridh et al., 2009; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Sjuksköterskor som arbetar på medicinavdelningar har ansvar för flera patienter och måste därmed prioritera var de ska lägga sin tid och energi. Då detta inte är möjligt upplever sjuksköterskorna en känsla av hopplöshet (Thompson et al., 2006). Georges et al. (2002) samt Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) tar upp hur sjuksköterskor prioriterar rutinuppgifter framför att interagera med patient och närstående för att undvika att bli för involverade. Vid symtomlindring väljs exempelvis att angripa de symtom som är mätbara så fysiska symtom prioriteras framför emotionella (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Sjuksköterskor upplever sig maktlösa då de ej lyckas lindra patientens symtom (Georges et al., 2002).

Sjuksköterskans sätt att bearbeta eller inte bearbeta upplevelser

Graham et al. (2005) beskriver hur deltagarna i studien upplever starka känslor i samband med vård av patienter i livets slutskede. Detta resulterar i att en tystnad uppstår där vad var och en går igenom inte diskuteras, sjuksköterskor beskriver ett tillstånd där alla tror sig veta vad andra tänker men ingen säger något. Dilemmat med tystanden är att den leder till ytterligare känsla av misslyckande vilket gör att de verkliga problemen kommer i skymundan (Graham et al., 2005).

En återkommande strategi för sjuksköterskor att hantera känslor är att få utrymme att prata med exempelvis kollegor (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Georges et al., 2002; Sandgren et al., 2006). Den emotionella belastningen är ständigt hög vilket utgör en risk för känslomässig överbelastning, därför prioriterar vissa sjuksköterskor att kontinuerligt ventilera sina känslor för att kunna släppa taget. Ventilering behöver inte vara en aktiv tvåvägskommunikation utan ibland räcker det att bara få ur sig det som tynger en (Sandgren et al., 2006).

Att få bekräftat från en annan sjuksköterska att man gjort allt man kan, att denna sjuksköterska hade gjort samma sak och att beslut och agerande har varit rimliga inger trygghet (Hopkinson et al., 2003; Sandgren et al., 2006). En nyutexaminerad sjuksköterska kan ställas inför svårhanterliga situationer då de kan behöva råd och hjälp ifrån de mer erfarna (Hopkinson et al., 2003). Sandgren et al. (2006) tar även upp aspekten av att få bekräftelse av patienten och dess närstående genom att de är nöjda med sjuksköterskans arbete. En annan typ av bekräftelse är den som sjuksköterskor får när patienten dör en god död där alla är tillfreds med händelseförloppet (Costello, 2006; Fridh et al., 2009).

Brist på emotionell kompetens, tid, energi eller kunskap kan leda till att känslor inte bearbetas efterhand som de kommer upp utan trycks undan för att tas itu med senare eller kanske inte alls. Detta är ofta ett resultat av att känslor inte förstås eller accepteras. Förträngning kan delas upp i att medvetet tränga undan känslor temporärt för att bearbeta senare samt att omedvetet tränga undan känslor som inte reflekterats över. I längden är det svårt att förtränga de känslor som uppstår och om sjuksköterskan fortsätter att arbeta finns det stor risk för att bli känslomässigt överväldigad (Sandgren et al., 2006).

Sjuksköterskans behov av återhämtning

Möjlighet till att kontinuerligt bearbeta och reflektera över upplevelser är nödvändigt samt att få extra tid till återhämtning efter svåra situationer (Fridh et al., 2009; Sandgren et al., 2006). Fridh et al. (2009) nämner att då dödsprocessen resulterar i vad som uppfattas som en god död går det snabbare att återhämta sig och fokusera på nya

patienter. Sandgren et al. (2006) ser den egna reflektionen som en konstant pågående process, under denna tid för återhämtning känner sjuksköterskan själv igen tecken på överbelastning och lär sig var hennes/ hans gränser går. Den inre stressen och höga, ibland orealistiska, förväntningar på sig själv utgör ett hinder för att bearbeta upplevelser vilket leder till en känsla av skuld och dåligt självförtroende (Sandgren et al., 2006). Georges et al. (2002) poängterar hur viktigt det är att upprätthålla ett realistiskt tankesätt då sjuksköterskan inser att hon/ han inte alltid kan göra allt för patienten.

Professionell hjälp utifrån kan underlätta för sjuksköterskan att diskutera och bearbeta känslor vilket kan hjälpa sjuksköterskan att återhämta sig efter svåra situationer (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Sandgren et al., 2006).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då problemområdet var av en subjektiv karaktär ansågs användning av enbart kvalitativa studier relevant. Metoden som valdes var därför en kvalitativ analys – en ansats till en metasyntes. De kvalitativa studierna grundar sig på intervjuer, diskussioner och observationer vilket ger en bättre förståelse av en subjektiv upplevelse. En kvalitativ analys ger en djup bild av problemområdet men inte en lika bred bild som om kvantitativa studier hade använts.

Främst fokuserades sökningen av artiklar i Cinahl då detta är en databas med inriktning på omvårdnad. Sökningar i databaserna PubMed samt Scopus utfördes för att få en bredare bild av problemområdet. De söktermer som användes av för att ringa in problemområdet var för omvårdnad: *nurs**, *caring*, för sjukhusvård: *hospital*, *inpatients*, *wards*, för upplevelse: *experience*, *perceptions*, *perspective* samt för patienterna i livets slutskede: *end-of-life*, *dying*. Ett flertal artiklar var återkommande genom olika kombinationer av söktermer under litteratursökningen.

Ursprungligen var syftet att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede på sjukhus. Sjuksköterskans strategier för att hantera upplevelser var ett återkommande ämne i litteratursökningen och ansågs därmed relevant att inkluderas i syftet. Termen inkluderas inte i sökningen då samtliga funna artiklar redan behandlade ämnet och informationsgrunden upplevdes tillräcklig.

Åldern på artiklar valdes att inte begränsas i sökningen då antalet träffar var hanterbart, dock var ingen av studierna som användes äldre än nio år vilket innebär att samtliga är aktuella. Valet att begränsa till enbart engelska studier gjordes då andra språk ändå hade exkluderats relaterat till språkhinder. Utöver dessa begränsningar i sökningen exkluderades sedan studier utförda på barn och ungdomar då denna vård ofta skiljer sig från vård av vuxna. Sökningen begränsades till studier som var utförda i västvärlden, den här begränsningen gjordes för att resultatet skulle vara applicerbart i Sverige. Ytterligare en del av urvalsprocessen var att endast använda de artiklar som var tillgängliga i fulltext.

Många abstrakt och artiklar lästes som ansågs till viss del beröra problemområdet men de nio artiklar som inkluderades i denna kvalitativa analys ansågs bäst besvara syftet. För att granska artiklarna följdes Fribergs granskningsfrågor (Friberg, 2006) och samtliga artiklar valdes därefter att inkluderas.

Etiskt ställningstagande var med i samtliga artiklars metod men diskuterades däremot inte tydligt i studiernas diskussion. Majoriteten av deltagarna i studierna var kvinnor, detta är kanske oundvikligt då yrket fortfarande är starkt kvinnodominerat men kan ändå påverka resultatet vilket även artikelförfattarna var medvetna om. Kulturella och religiösa aspekter var inte framträdande i artiklarna men var inte heller avsikten med uppsatsen.

Ett problem som stötts på i artiklarna är att det emellanåt har funnits brister i klargörandet av vad artikelförfattarna exakt refererar till, exempelvis nämns vårdpersonal utan att specificera vilken yrkesgrupp de syftar till.

Ett öppet förhållningssätt antogs då artiklarna lästes första gången för att finna samband dem emellan. Därefter lästes artiklarna med syftet i åtanke för att finna teman. Tidvis var det svårt att finna teman som var applicerbara i samtliga artiklar. Genom att ha antagit ett öppet förhållningssätt till de funna delarna har resultatet strukturerats och strukturerats om för att slutligen finna sammanhängande teman som bildar det slutgiltiga resultatet. Att strukturera och samla under teman är en tolkningsfråga vilket kan innebära att andra författare eventuellt skulle nå fram till andra teman men troligtvis ändå till ett likvärdigt resultat.

En möjlig felkälla vid tolkning av artiklarna är att engelska inte är författarnas modersmål vilket gör att missförstånd relaterat till översättning kan ha uppstått, författarna har tagit hjälp av lexikon då språkkunskaper inte varit tillräckliga.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur sjuksköterskan på sjukhusavdelningar upplever att vårda patienter i livets slutskede samt sjuksköterskans strategier för att hantera dessa upplevelser. Resultatet visar på att vård av patienter i livets slutskede på sjukhusavdelningar framkallar starka känslor hos de vårdande sjuksköterskorna. Flera faktorer spelar in men en framträdande källa till frustration är motsatsförhållandet mellan sjuksköterskans ideal och de begränsningar hon/ han stöter på i sjukhusvården. Huvudteman i resultatet var *Konflikten mellan ideal och verklighet vid vård av patienter i livets slutskede* och *Strategier för att hantera upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede*. Det första huvudtemat delas upp i två subteman och det andra huvudtemat delas upp i fyra subteman, se *figur 1* (s. 10).

Sjuksköterskan har höga förväntningar på sig själv, vilket har framträtt i de studier som ligger till grund för resultatet. Alla sjuksköterskor har en idealbild av hur en god död ser ut, även om detta är en individuell uppfattning finns det stora likheter mellan sjuksköterskors uppfattningar. Upplevelsen av vad som är idealet av en god död är en dynamisk process som förändras genom personliga och professionella erfarenheter (Hopkinson et al., 2003). Sjuksköterskan har givetvis inte enbart egna förväntningar på den vård hon/ han utöver utan det finns såväl nationella som internationella riktlinjer och regler att följa. Sjuksköterskans ansvar sträcker sig över flera nivåer allt från att sköta sin egen hälsa och den enskilda individens till att ha ett mer globalt synsätt genom att forska, utveckla och utbilda (Svensk sjuksköterskeförening, 2008; Socialstyrelsen, 2005). Enligt ICN (2010) ingår det i sjuksköterskans roll att främja hälsa, förebygga sjukdom och vårda sjuka, funktionshindrade och döende individer på lika villkor. Utöver att respektera alla människors lika värde ska man respektera individens värdighet (HSL, SFS 1982:763, 2 §). Socialstyrelsen har på förslag ett mål att oavsett var i vårdkedjan och vart i landet man vårdas ska man i livets slutskede få möjlighet till

allmän palliativ vård (SOU 2001:6). En nytexaminerad sjuksköterska och en erfaren sjuksköterska kan ha liknande idealbilder av hur en god död ska vara, denna bild kan bygga på teoretisk kunskap respektive erfarenhetsbaserad kunskap. De nytexaminerade sjuksköterskorna är dock troligtvis mindre förberedda på de överväldigande känslor som hon/ han ställs inför vid vård av döende på grund av sin korta erfarenhet.

En känsla av kontroll och förutsägbarhet är något som sjuksköterskor skattar som viktigt för att kunna förbereda en god död för patienten. Bland annat innefattar detta att alla involverade ska vara införstådda i att döden är oundviklig samt att den inträffar vid en lämplig tid på dygnet (Costello, 2006). De här faktorerna är inte mänskliga att förutse och styra över fullt ut, att veta eller bestämma exakt när och var någon dör är inte möjligt. Genom kommunikation och en god relation till de närstående kan sjuksköterskan hjälpa dem att komma till insikt om vad som komma skall men ibland har de närstående svårt att acceptera, detta är något sjuksköterskan inte kan styra över. Det finns dock faktorer som det går att styra över som bidrar till sjuksköterskornas ideal av en god död uppnås. Att vara närvarande för patienten och närstående såväl fysiskt som emotionellt är något som sjuksköterskor upplever som viktigt (Fridh et al., 2009; Sandgren et al., 2006; Thompson et al., 2006). Samtidigt som det finns sjuksköterskor som väljer att vara nära finns det även sjuksköterskor som anser att man bör anta ett uppgiftsinriktat förhållningssätt och undviker därmed känslomässig involvering (Georges et al., 2002). Enligt Eriksson (1988) är det en central del i sjuksköterskans förhållningssätt att patienten ses som en helhet och som en unik individ. Sjuksköterskan måste därmed ha förmågan att vårda patientens psykologiska, fysiologiska, biologiska, sociologiska och teologiska behov (Eriksson, 1988). Detta spektrum av behov tillgodoses inte om sjuksköterskan väljer ett uppgiftsinriktat förhållningssätt. En sjuksköterskas sätt att förhålla sig till patienten är ett mer eller mindre medvetet val och kan skilja sig från tillfälle till tillfälle. Kortsiktigt kan det kanske vara enklare för sjuksköterskan att ta avstånd men i längden får antagligen patienter mer stöd från en sjuksköterska som väljer att vara nära.

I ett flertal studier framkommer det att sjuksköterskorna känner sig stressade av sin arbetsmiljö, ständig efterfrågan på vårdplatser, att ständigt känna sig behövd någon annanstans och att gå direkt från ett dödsfall till en annan patient utan tid för återhämtning där emellan (Fridh et al., 2009; Thompson et al., 2006). Enligt Glasberg, Eriksson och Norberg (2007) benämns det dåliga samvetet sjuksköterskan upplever som samvetsstress. Att som sjuksköterska ständigt uppleva samvetsstress kan leda till utbrändhet (Glasberg et al., 2007). Tidsbrist har en negativ effekt på vårdrelationen samt möjligheten att planera vården kring patienten (Blomberg & Sahlgren-Blom, 2007; Costello, 2006). Hur sjukhuset strukturerar ut på avdelningarna tror vi påverkar sjuksköterskans möjlighet till att utöva sitt yrke på ett tillfredsställande sätt. Organisationen kräver ekonomiska besparingar i form av korta vårdtider vilket kommer i konflikt med sjuksköterskors ideal av god omvårdnad (Lidén, 2009). Tidsbrist är något som ständigt återkommer i sjuksköterskans vardag, förutsättningarna beror till stor del på organisationens uppbyggnad. Plötsliga förändringar i patienters tillstånd och ojämn patientbelastning på avdelningen gör vårdmiljön oförutsägbar och ibland omtumlande för sjuksköterskorna. Möjligheten för sjuksköterskans återhämtning beror på om tid finns.

I studierna framträder olika åsikter om vikten av att hålla på avdelningsrutiner vid vård i livets slutskede. Vissa sjuksköterskor uttrycker att rutiner bör följas vid vård av patienter i livets slutskede (Costello, 2006; Georges et al., 2002) medan vissa anser att

rutiner och regler bör släppas på för att ge en individanpassad vård till den döende patienten (Fridh et al., 2009; Thompson et al., 2006). Enligt Lidén (2009) är de rutiner och arbetsätt som används på en avdelning utformade efter vårdavdelningens mål och inriktning för att uppnå en effektiv vård. På vårdavdelningar på sjukhus arbetar sjuksköterskan utefter ett institutionellt ramverk vars inriktning kan vara långt ifrån det palliativa perspektivet (Lidén, 2009). Ska rutiner prioriteras över patientens välbefinnande i det dagliga arbetet på sjukhusavdelningen? Kanske är rutiner så starkt förankrade i vårdmiljön och därför svåra att rucka trots att patienten har andra behov? Enligt Eriksson (1995) ska sjuksköterskan ha ett etiskt förhållningssätt vilket innebär att hon/ han ska respektera och stötta patienten på dennes villkor. Det etiska förhållningssättet ska genomsyra all typ av vård oavsett var i livet patienten befinner sig. I livets slutskede befinner sig patienten i en utsatt situation där hon/ han ofta är sårbar och i behov av stöd.

Vetskapen om att den fysiska miljön inte är lämplig för vård av döende patienter är en källa till stress för sjuksköterskor på sjukhusavdelningar (Fridh et al., 2009; Thompson et al., 2006). Den konflikt som uppstår då ideal och verklighet inte stämmer överens kan vara extra frustrerande då det handlar om faktorer som inte går att påverka som exempelvis bristen på enkelsalar på en vårdavdelning.

Sjuksköterskan är inte ensam yrkesutövare på sjukhus utan yrkesrollen kräver en förmåga att idka samarbete med andra professioner kring vården av patienten. Att arbeta på en avdelning där det främsta målet är att bota kan leda till att det ibland uppstår en konflikt både mellan personal och hos sjuksköterskan själv då en döende patient vårdas (Blomberg & Sahlgren-Blom, 2007; Fridh et al., 2009; Thompson et al., 2006; Willard & Luker, 2006). Då vårdarbete är ett teamarbete krävs det att alla i teamet genom att bidra med sin specifika kunskap strävar efter gemensamma mål (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2009). Den specifika kunskapen som alla i teamet besitter kan innebära att istället för att komplettera varandra kan ett revirtänk uppstå där var och en går sin egen väg vilket är något som även SOU 2001:6 uppmärksammat. Kanske är det så att eftersom sjuksköterskan arbetar närmre patienten får hon/ han en bättre insyn i patientens situation till skillnad från läkaren som kanske är mer specialiserad på sitt område inom den kurativa vården? Ett fungerande team är en hjälp och ett forum där man kan lyfta frågor men ett ickefungerande team är ytterligare ett stressmoment för sjuksköterskan.

Varje sjuksköterska besitter en viss grad av emotionell kompetens som avgör hur väl hon/ han hanterar upplevelser i samband med vård i livets slutskede (Sandgren et al., 2006). Då sjuksköterskan stöter på en svår upplevelse hanteras den genom en strategi som oftast inte är medvetet vald. Kanske sjuksköterskan inte själv ser det som strategier hur hon/ han hanterar upplevelser utan valet att konfrontera eller undvika känslor är något som görs automatiskt.

I motsats till att sträva efter att fysiskt och emotionellt vara närvarande för patienten som tidigare diskuterats kan sjuksköterskan välja att ta avstånd från patienten för att känslomässigt skydda sig. Bland sjuksköterskorna i studierna råder det delad mening om vilket förhållningssätt som är professionellt. Sandgren et al. (2006) definierar ett professionellt förhållningssätt som att kunna urskilja vad som är privat men ändå kunna vara personlig med patienten, att visa empati men inte sympati. En annan grupp definierar professionell som att vara oengagerad (Georges et al., 2002). Vilken definition av ”professionell” sjuksköterskan väljer att anamma påverkar givetvis hur

hon/ han förhåller sig till patienter. Ny forskning på vad som är god omvårdnad kommer hela tiden vilket troligtvis gör att definitionen av att vara professionell som sjuksköterska ständigt är under utveckling. Kanske är det så att det förhållningssätt som sjuksköterskan fostras med under utbildningen är det hon/ han agerar efter. Ett flertal studier visar på att gömma sig bakom yrkesrollen är ett sätt att distansera sig själv och skydda sig från att bli känslomässigt överväldigad (Georges et al., 2002; Graham et al., 2005; Sandgren et al., 2006). Enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ha en helhetssyn vid vård av patienter vilket innebär att man ska se till både fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov (Jakobsson et al., 2009). Med detta som bakgrund kan man se att sjuksköterskor som väljer att ta avstånd och distansera sig från patienten antagligen inte når upp till dessa krav. Vi anser därför att för att ge god vård måste man våga involvera sig i patientens situation även om detta medför starka känslor som kan vara svåra att hantera.

Som tidigare diskuterats är tid en återkommande begränsning i sjuksköterskans arbete. Vårdarbete innebär en ständig balans av fördelning av tid och energi, sjuksköterskan måste kontinuerligt prioritera. En återkommande strategi i studierna är att sjuksköterskorna väljer att prioritera omvårdnadsåtgärder med mätbara resultat (Blomberg & Sahlgren-Blom, 2007; Georges et al., 2002). Helhetssyn, att se till hela människan och inte bara till symtom eller diagnos, är viktig inom all typ av vård (Jakobsson & Lützén, 2009) och palliativ vård ska prioriteras lika högt som övrig vård oavsett var man vårdas (Jakobsson, 2007). Sjuksköterskorna som prioriterar uppgiftsinriktade omvårdnadsåtgärder tillgodoser kanske enbart de fysiska behoven patienten har och hur blir det då med de psykiska, existentiella och sociala?

Att få tid till att prata med kollegor och ventilerka känslor är en del av sjuksköterskans bearbetning och återhämtning (Blomberg & Sahlgren-Blom, 2007; Georges et al., 2002; Sandgren et al., 2006). En annan del av sjuksköterskans bearbetningsprocess är att få bekräftelse för det utförda arbetet från såväl kollegor, patienter som närstående (Hopkinsson et al., 2003; Sandgren et al., 2006). Då sjuksköterskan upplever att hon/ han inte hinner bearbeta upplevelser alternativt medvetet trycker undan känslor blir hon/ han lätt känslomässigt överväldigad (Sandgren et al., 2006). Att medvetet välja att förtränga är därför kanske inte en hållbar strategi i längden då den känslomässiga belastningen på sikt antagligen blir för stor. En del av sjuksköterskans ansvarsområde är att ta tillvara på sin egen hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Det är därför viktigt att sjuksköterskan prioriterar sitt eget välmående genom att ta sig tid för bearbetning, detta är nödvändigt för att kunna utföra ett gott arbete. Vissa sjuksköterskor har däremot som utgångspunkt att arbete med palliativ vård inte är något som görs under en längre period då detta enligt dem leder till utbrändhet (Georges et al., 2002). I Graham et al. (2005) anser sjuksköterskorna att en känsla av misslyckande är något sjuksköterskan får acceptera då det är en del av yrket. Ska palliativ vård verkligen vara ett område sjuksköterskan inte kan arbeta med en längre tid? Är det inte bättre att utforma ett hållbart arbetssätt där sjuksköterskan med eller utan hjälp lär sig strategier för att hantera känslor som uppstår vid svåra upplevelser?

REFLEKTION

Konflikten som uppstår mellan sjuksköterskans ideal av god död och de begränsningar som sjuksköterskan upplever i verkligheten är en ständig belastning. Sjuksköterskans ideal grundar sig i förväntningar utifrån i form av lagar och riktlinjer men även egna

idéer om hur det borde vara. Att arbeta på en sjukhusavdelning innebär begränsningar som gör det svårt för sjuksköterskan att uppnå det personliga idealet av en god död, en del av begränsningarna är enklare att styra över än andra. Att starka känslor uppstår i sjuksköterskans vardag då begränsningarna övervinner idealet är inte särskilt märkligt. Med erfarenhet lär man sig kanske att arbete utifrån begränsningarna, även om idealet inte uppnås blir den erfarna sjuksköterskan inte lika starkt påverkad. Vägen från nyutexaminerad sjuksköterska till den mer erfarna är lång men under vägens gång tvingas sjuksköterskan finna strategier för att hantera svåra upplevelser. I strävan efter att undvika att bli emotionellt överbelastad väljer sjuksköterskor olika tillvägagångssätt, ibland genom att konfrontera sina upplevelser men de finns även de sjuksköterskor som väljer att undvika konfrontation.

Motsatsförhållandet mellan ideal och verklighet är något som framkallar starka och ibland överväldigande känslor hos sjuksköterskor i arbetet på sjukhusavdelningen. Att ständigt arbeta med den här konflikten i sin närhet kan inte vara hälsosamt vilket gör att sjuksköterskan måste finna strategier för att hantera upplevelser. Vilken är den egentliga orsaken till att sjuksköterskan upplever den här konflikten? Givetvis är det bra att sjuksköterskan har ett personligt ideal och strävar efter att ge en god omvårdnad till döende patienter, samtidigt leder det till att hon/ han upplever skuld och frustration då begränsningarna övervinner idealet. Vi upplever att det ibland verkar som att sjuksköterskan anser sig personligt ansvarig när vården inte är tillräckligt god, då den egentliga orsaken kanske är sjukvårdens begränsningar. Sjukvårdens begränsningar kan vara en bidragande orsak till de svårigheter sjuksköterskan upplever men samtidigt kanske inte alla sjuksköterskor är lämpade att arbeta med patienter i livets slutskede?

Tid har framkommit som en röd tråd genom sjuksköterskornas upplevelse av begränsningar men snarare är det kanske just en upplevelse än ett verkligt problem? Kanske är "tidsbrist" ibland en ursäkt för dålig planering och prioritering? Då sjuksköterskan stannar upp, tänker efter, planerar och prioriterar blir troligtvis mer åtgärdat och en god vård uppnås. Vi har insett hur viktigt det verkligen är att sjuksköterskan *hela* tiden har i åtanke att ha en helhetssyn för att kunna prioritera vad som är viktigast för patienten i stunden.

"Att skydda sig känslomässigt" är ursäkten till att undvika ett känslomässigt engagemang i patientens situation, att engagera sig behöver inte innebära att sjuksköterskan lider på samma sätt som om en liknande händelse skulle inträffa privat. I arbetet ska sjuksköterskan dock kunna visa empati för patienten. Vilken strategi som väljs för att hantera upplevelser är enligt resultatet inte alltid ett medvetet val. Kanske kan en förståelse för konsekvenserna av en undvikande strategi medföra att sjuksköterskan gör ett mer medvetet val av en strategi som är hållbar i längden? Att aldrig konfrontera de känslor som uppstår i svåra situationer innebär inte att känslor och tankar försvinner utan så småningom kommer de troligtvis fram. Genom att kontinuerligt bearbeta och reflektera vårdar sjuksköterskan sitt inre och förebygger att bli känslomässigt överväldigad.

SLUTSATS

Syftet med den här uppsatsen var att beskriva hur sjuksköterskan på sjukhusavdelningar upplever att vårda patienter i livets slutskede samt sjuksköterskans strategier för att hantera dessa upplevelser.

Vi fann att sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede är komplex och att situationer inte frambringar samma känslor hos alla sjuksköterskor. Dock fann vi att negativa känslor såsom frustration och oro var mer frekvent förekommande än positiva känslor. Orsaken till de negativa upplevelserna var ofta sjukvårdens begränsningar som sjuksköterskan hade svårt att påverka eller inte kunde påverka. Att dessa negativa upplevelser verkar vara en vedertagen del av sjuksköterskans vardag är oroväckande.

Alla sjuksköterskor är unika individer som har olika behov och sätt att hantera det de upplever i samband med vård av patienter i livets slutskede. Vi fann att sjuksköterskor valde mer eller mindre medvetet att konfrontera eller undvika de upplevelser som uppstod i mötet med döende patienter. På sikt kan undvikande strategier leda till att sjuksköterskan blir känslomässigt överbelastad och får svårt att utföra sitt arbete.

Vi ser ett behov på sjukhusavdelningar att avsätta tid till diskussion och reflektion, bland sjuksköterskor och annan vårdpersonal, om de känslor som uppstår vid vård av patienter i livets slutskede. Vi ser också ett behov av att uppmärksamma svårigheter kring vård av denna patientgrupp med hjälp av utbildning.

Vi anser att om sjuksköterskan får en ökad förståelse för konsekvenserna av att inte konfrontera sina känslor blir valet av strategi ett medvetet val. Sjuksköterskan kan då välja en hållbar strategi för att hantera sina upplevelser, vilket bidrar till ökat välbefinnande och trygghet i professionen. Det här kommer leda till en bättre vård för patienten som befinner sig i livets slutskede på sjukhus.

REFERENSLISTA

- Allmän palliativ vård. (2011). I *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2011-11-21, från Socialstyrelsen, <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4675>
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2009). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg, L. Wallin, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *J Clin Nurs*, 16(2), 244-254.
- Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *J Adv Nurs*, 54(5), 594-601.
- Eckerdal, G. (2008). *Det finns inga hopplösa fall* (7:e uppl.). Hämtad 2011-10-25, från Bräckediakoni, http://vard.vgregion.se/upload/Sjukdomar_besvar/Patientberattelser/palliativ.pdf
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Eriksson, K. (Red.) (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive Crit Care Nurs*, 25(5), 233-241.
- Georges, J. J., Grypdonck, M., & Dierckx de Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *J Clin Nurs*, 11(6), 785-793.
- Glasberg A.L., Eriksson S., Norberg A (2007). Burnout and "stress of conscience" among health care personnel. *J Adv Nurs*, 57(4), 392-403.
- Graham, I. W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: a nurse's story of caring for the living as they are dying. *Int J Nurs Pract*, 11(6), 277-285.
- Hanratty, J.F. & Higginson, I. (1997). *Palliativ vård vid terminal sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Henoch, I. (2007). *Palliativ vård – vad är det*. Hämtad 2011-10-20, från Vårdalinstitutet, <http://www.vardalinstitutet.net/art/begrepp.pdf>
- Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. (2003). Caring for dying people in hospital. *J Adv Nurs*, 44(5), 525-533.

- International Council of Nurses. (2010). *Definition of nursing*. Hämtad 2011-09-28, från ICN, <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Jakobsson, E. (2007). *Palliativa perspektiv*. Hämtad 2011-10-28, från Vårdalinstitutet, <http://www.vardalinstitutet.net/art/perspektiv.pdf>
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede - välbefinnande och död. I F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, E., & Lütznén, K. (2009). Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. I A. Ehrenberg, L. Wallin, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Kurativ. (2011). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2011-10-25, från <http://www.ne.se/>
- Lidén, E. (2009). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg, L. Wallin, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Nationella Rådet för Palliativ Vård (2010). *Vad är palliativ vård?*. Hämtad 2011-10-10, från NRPV, <http://www.nrpv.se/pages/589.asp?menuID=258>
- Palliativt förhållningssätt. (2011). I *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2011-10-10, från Socialstyrelsen, <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4670>
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qual Health Res*, 16(1), 79-96.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2011-10-20, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=1982:763>
- Sjukhus. (2011). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2011-10-15, från <http://www.ne.se/>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2011-10-23, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utveckling i landsting och kommuner*. Hämtad 2011-10-21, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf
- Socialstyrelsen (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede – Sammanställning av aktuell forskning*. Hämtad 2011-09-26, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9185/2007-123-13_200712313.pdf

Socialstyrelsen (u.å.). *Nationella riktlinjer för palliativ vård*. Hämtad 2011-10-19, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/palliativvard>

Statens offentliga utredningar SOU 2001:6 *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. Hämtad 2011-09-28, från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>

Strategi (1994). I *Bonniers svenska ordbok* (6:e uppl.) (s. 553). Stockholm: Bonnier Alba

Strategi (1997). I *Norstedts plusordbok*. (1:a uppl.) (s. 1077). Stockholm: Norstedt.

Strategi (2009). I *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien* (Band 2: M – Ö, s. 3010) (1:a uppl.). Stockholm: Norstedt.

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Danagårds Grafiska

Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *J Adv Nurs*, 53(2), 169-177.

Upplevelse (1994). I *Bonniers svenska ordbok* (6:e uppl.) (s. 623). Stockholm: Bonnier Alba

Upplevelse (1997). I *Norstedts plusordbok*. (1:a uppl.) (s. 1224). Stockholm: Norstedt.

Upplevelse (2009). I *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien* (Band 2: M – Ö, s. 3403) (1:a uppl.). Stockholm: Nordstedt.

Willard, C., & Luker, K. (2006). Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliat Med*, 20(6), 611-615.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA I

ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

Författare Blomberg, K., Sahlberg-Blom, E.

Titel Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care

År 2007

Land Sverige

Tidskrift Journal of Clinical Nursing 16 (2), pp. 244-254

Syfte Redogöra för hur vårdteammedlemmar som vårdar patienter med långt framskriden cancer beskriver hur de hanterade svåra situationer i den dagliga vården.

Metod Kvalitativt beskrivande studie baserad på 16 fokusgrupp intervjuer. Analysen var inspirerad av den fenomenologiska metoden.

Urval 77 deltagare från tre olika vårdenheter i två svenska städer. Alla var kvinnor med varierande ålder och yrkeserfarenhet. Deltagarna var sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, arbetsterapeuter & sjukgymnaster.

Resultat Vårdteammedlemmarna hanterade svåra situationer genom att pendla mellan närhet och distans, oftast ett spontant val men ibland medvetet. Variationer på närhet och distans identifierades som: identitet, mening, gränssättning och beröring, prioritering, teamet och organisationen. Dessa kunde även ses som verktyg som kunde förenkla eller försvåra användningen av närhet och distans.

Citeringar 14 (Scopus)

Författare Costello, J.

Titel Dying well: Nurses experiences of good and bad deaths in hospital

År 2005

Land Storbritannien

Tidskrift Journal of Advanced Nursing 54 (5), 594-601

Syfte Att undersöka sjuksköterskor som arbetar på sjukhus erfarenheter av död och döende.

Metod Djupintervjuer. Semiotisk analys användes för att tolka kommunikationens dolda signaler.

Urval 29 sjuksköterskor från tre avdelningar på två sjukhus.

Resultat Det hela resulterade i två stora uppdelningar: avgörande för en god död och avgörande för en dålig död. Avgörande för en god död kunde vara att sjuksköterskan kände att hon hade kontroll över dödsögonblicket och avgörande för en dålig död kunde vara att sjuksköterskan inte var förberedd på att patienten skulle dö.

Citeringar 20 (Scopus)

Författare Fridh, I., Forsberg, A., Bergbom, I.

Titel Doing one's utmost: Nurses descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment

År 2009

Land Sverige

Tidskrift Intensive and Critical Care Nursing 25, 233-241

Syfte Att undersöka sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede inom intensivvården, med fokus på ensamma patienter, närheten till familjemedlemmar och miljöaspekter.

Metod Intervjuer

Urval Nio sjuksköterskor från tre olika intensivvårdsenheter deltog i studien.

Resultat Studien resulterade i huvudkategorin ”att göra sitt yttersta”. Denna huvudkategori ledde till fyra underkategorier: Sörja för patientens värdighet och välbefinnande, vårda den ensamma patienten, ta hand om familjen och göra sitt yttersta trots de miljöhinder som finns.

Citeringar 2 (Scopus)

Författare Georges, J-J., Grypdonck, M., Dierckx de Casterle, B.

Titel Being a palliative care nurse in an academic hospital: A qualitative study about nurse's perceptions of palliative care nursing

År 2002

Land Nederländerna

Tidskrift Journal of Clinical Nursing 11: 785-793

Syfte Att få fram hur sjuksköterskor arbetar på en palliativ vårdavdelning på ett akademiskt sjukhus, hur de uppfattar sin roll samt att få en insikt i de problem de möter.

Metod Kvalitativ metod där författarna använde sig av både observationer och semi-strukturerade intervjuer.

Urval 10 sjuksköterskor på en palliativ vårdavdelning på ett sjukhus.

Resultat Resultatet presenterade två olika uppfattningar som innehas av sjuksköterskor, den första mer framträdande var att sträva efter att anta en välorganiserad och meningsfull strategi som sjuksköterska på ett akademiskt sjukhus, den andra var att sträva efter att öka välbefinnandet hos patienten.

Citeringar 19 (Scopus)

Författare Graham, I., W., Andrewes, T., Clark, L.

Titel Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying

År 2005

Land United Kingdom

Tidskrift International journal of nursing practice. 11 (6), pp. 277-285

Syfte Att förstå betydelsen av upplevelsen av ömsesidigt lidande i samband med vården av en döende patient.

Metod Parse's undersökningsmetod används för att finna essensen av det upplevda fenomenet, en fenomenologisk-hermeneutisk metod. Ostrukturerade diskussioner i ett flertal reflektionssessioner.

Urval Kvinnliga legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet på flera månader till flera år på en akut medicinavdelning.

Resultat Författarna fann fem essenser av ömsesidigt lidande; känsla av misslyckande, traumatiska/ frustrerande responser, omtumlande engagemang, gömma problem och ej uttryckta känslor. Ömsesidigt lidande var inget nytt för sjuksköterskorna men begreppet var det.

Citeringar 4 (Scopus)

Författare Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., Luker K. A.

Titel Caring for dying people in hospital

År 2003

Land United Kingdom

Tidskrift Journal of Advanced Nursing 44 (5), pp. 525-533

Syfte Utveckla en förståelse för vård av döende patienter från en nytexaminerad sjuksköterskas perspektiv. Därefter bilda en teori om hur sjuksköterskor kan bli hjälpta att leverera god vård till döende personer på sjukhus.

Metod En undersökande studie med djupintervjuer som underbyggdes av fenomenologisk filosofi.

Urval 28 nytexaminerade sjuksköterskor som varit yrkesverksamma i mer än 2 månader men mindre än 3 år.

Resultat Samtliga sjuksköterskors berättelser byggde på 6 essenser; personliga ideal, det faktiska, det okända, ensamheten, spänningen och anti-spänningen. Dessa essenser och förhållanden dem emellan användes för att bygga en modell av erfarenheter av att vårda döende på sjukhus.

Citeringar 21 (Scopus)

Författare Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., Petersson, K.

Titel Striving for emotional survival in palliative cancer nursing

År 2006

Land Sverige

Tidskrift Qualitative Health Research 16 (1) pp. 79-96

Syfte Att utveckla en Grounded Theory över hur sjuksköterskor vårdar palliativa cancerpatienter på sjukhus. Finna den huvudsakliga svårigheten för sjuksköterskor som vårdar palliativa cancerpatienter på sjukhus, och hur de hanterar det.

Metod Grounded Theory var metoden som användes för både datainsamling och analys. Resultatet grundar sig på 46 formella intervjuer, fältanteckningar och memos från informella intervjuer, observationer från konferenser och seminarium.

Urval 16 sjuksköterskor på onkologiska och kirurgiska avdelningar på sjukhus.

Resultat Man fann beteendemönstret "Strävan efter emotionell överlevnad" som användes av sjuksköterskor för att inte bli emotionellt överbelastade bestående av de tre huvudstrategierna: emotionellt skydd, emotionell bearbetning och emotionell uppskjutning.

Citeringar 17 (Scopus)

Författare Thompson, G., McClement, S., Daeninck, P.

Titel Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward

År 2006

Land Kanada

Tidskrift Journal of Advanced Nursing 53 (2), pp. 169-177

Syfte Att undersöka processen hur sjuksköterskan ger kvalitativ vård i livets slutskede på en akut medicinsk avdelning.

Metod Grounded Theory-metod grundad på semi-strukturerade intervjuer och observation av deltagarna.

Urval 10 sjuksköterskor på akut medicinavdelningar på två universitetssjukhus. Arbetat minst 3-6 månader på avdelningen.

Resultat Det grundläggande problemet för sjuksköterskor som strävade efter att ge kvalitativ vård i livets slutskede var att de drogs åt olika håll. De försökte skapa en fristad genom att underlätta vårdinriktningsbyten, få vad som behövdes, vara där och

manipulera vårdmiljön.
Citeringar 17 (Scopus)

Författare Willard, C., Luker, K.

Titel Challenges to end of life care in the acute hospital setting

År 2006

Land Storbritannien

Tidskrift Palliative Medicine 20: 611-615

Syfte Att diskutera de utmaningar som finns då man vårdar patienter i livets slutskede inom akutvården, belysa att vilken inställning vårdgivaren har bidrar till vilken typ av vård och behandling patienten och dennes familj får.

Metod Grounded theory där författarna både använde sig av observationer och semi-strukturerade intervjuer.

Urval 29 onkologisjuksköterskor från fem sjukhus

Resultat Vård i livets slutskede drevs och fokuserades mestadels på behandling, rutiner och negativa uppfattningar om palliativ vård. Alla dessa faktorer bidrog till hur man tog beslut och förhindrade till viss del patienter och deras familjer från att få vara delaktiga i beslut som gällde deras vård i livets slutskede.

Citeringar 9 (Scopus)
