

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:12

Sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet
En allmän litteraturöversikt

Tove Andreasson
Ammie Lindqvist



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet En allmän litteraturöversikt
Författare:	Tove Andreasson Ammie Lindqvist
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK12h
Handledare:	Lise-Lott Berg
Examinator:	Lars Sandman

Sammanfattning

Den palliativa vården i hemmet är olika organiserad i olika delar av landet, men möjligheten att få dö i sitt hem är ett val som alla har rätt till. Vård i hemmet ökar ständigt, dels på grund av en allt äldre befolkning, men även på grund av att fler väljer att dö i hemmet. Palliativ vård är inriktad på att lindra lidande och öka livskvaliteten och de vårdande sjuksköterskorna har en nyckelroll i detta. En god relation mellan patienter och sjuksköterskor är av största vikt för vårdens kvalitet. Att som sjuksköterska arbeta med palliativ vård beskrivs som komplext och känslösamt.

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Metoden som använts var en allmän litteraturöversikt. Tio kvalitativa artiklar granskades och analyserades enligt Friberg (2012, ss. 133-144) och resultatet sammanfördes till fyra huvudteman och elva underteman.

Resultatet visar att sjuksköterskor upplever den palliativa vården i hemmet som komplex och utmanande. Relationer till såväl patienter som kollegor är viktiga liksom stöd och utbyte av kunskap. Trots att sjuksköterskorna påverkas känslomässigt vid dödsfall känner de ändå mening och tillfredsställelse i arbetet. Specialistutbildning tillför kunskap och ger en större säkerhet i vårdandet. Brist på specialistutbildade sjuksköterskor leder till att grundutbildade sjuksköterskor anställs, detta ökar kraven på att utbyte av kunskap prioriteras. För att inte känna sig otillräckliga är det viktigt att sjuksköterskor får stöd i att möta människor i existentiell kris. De kan då stödja patienterna i livets slut. Sjuksköterskor känner sig beroende av läkarna och ibland frustrerade om detta samarbete inte fungerar väl vilket kan leda till ett vårdlidande för patienterna.

Nyckelord: *Palliativ vård, sjuksköterska, upplevelser, hemsjukvård, vårdande, samarbete, stöd*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hemsjukvård	1
Hemsjukvårdens organisation	1
Palliativ vård	2
Palliativ vård - ett förhållningssätt	3
Sjuksköterskans roll	3
Sjuksköterskan i hemsjukvården	3
Sjuksköterskan i den palliativa vården	4
Vårdrelationen	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Litteratursökning	6
Inklusions- och exklusionskriterier	6
Sökningsförfarande och urval	6
Dataanalys	6
RESULTAT	7
Arbetets utmaningar	7
Komplexiteten i arbetet	8
Utmaningar i att ha hemmet som vårdplats	9
Upplevelser av tidsbrist	9
Relationernas betydelse	10
Relationen till patient och närstående	10
Vikten av god kommunikation	10
Ärlighetens betydelse för vårdandet	11
Behov av kompetens	11
Utbildning och erfarenhet	11
Betydelsen av samarbetet med kollegorna	12
Behov av stöd i arbetet	13
Känslomässiga upplevelser	14
Sorg och otillräcklighet	14
Tillfredsställelse i arbetet	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	15
SLUTSATS	17
Betydelse för vårdandet	18
REFERENSER	19
Bilaga 1- Sökhistorik	

INLEDNING

Vi, båda författarna, kommer att arbeta inom hemsjukvården efter vår sjuksköterskeexamen. I hemsjukvården kommer vi att möta varierande patientkategorier däribland patienter i palliativt skede.

Varje år avlider cirka 100 000 människor i Sverige. De flesta behöver palliativ vård innan de avlider (Socialstyrelsen, 2015). Att vårda patienter i livets slut är en komplex uppgift som ställer höga krav på sjuksköterskor oavsett vårdplatsens lokalisering. Att vårda i hemmet ställer ytterligare krav då sjuksköterskor inte har tillgång till de resurser, stöd och rådgivning som finns när vården bedrivs inom sjukhuset eller på hospice. I takt med att vårdtiderna på sjukhusen kortas ner, människor blir allt äldre och fler väljer att dö i sitt hem kommer vården i hemmet att spela en allt större roll.

Vi vill med denna uppsats beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Genom fördjupad kunskap kring sjuksköterskors situation hoppas vi att sjuksköterskor ska kunna möta denna utmaning och bidra till en god vård.

BAKGRUND

Hemsjukvård

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) definieras hemsjukvård som hälso- och sjukvårdinsatser som bedrivs i ett enskilt hem där patientens tillstånd kräver regelbunden vård (Socialstyrelsen, 2014, ss. 12-13). Medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad utförs av legitimerad personal och annan personal med delegation, exempelvis personal från hemtjänsten. Både individer i ordinärt och särskilt boende omfattas av hemsjukvård (SOU, 2011, s. 11). Patienter i alla åldersgrupper vårdas, även om störst andel är äldre (Josefsson & Ljung, 2010, s. 28).

De flesta kommuner erbjuder hemsjukvård oavsett diagnos och ålder enligt tröskelprincipen. Detta innebär att vårdtagaren har rätt till hemsjukvård då personen inte själv kan ta sig till en landstingskommunal vårdinrättning. Landets kommuner har formulerat sina vårdavtal olika, arbetsrutiner varierar i regionerna. Vissa kommuner anger att vårdtagaren skall ha ett längre vårdbehov för att kvalificera sig, medan andra har inkluderat även akuta hembesök och tar ansvar för all vård, oavsett diagnos och ålder, från första dagen (SOU, 2011, ss. 11-13).

Hemsjukvårdens organisation

Politiken styr hur hemsjukvården organiseras och vilka resurser som tilldelas. I HSL beskrivs hur ansvaret för vården uppdelas mellan landsting och kommun. Hemsjukvården är indelad i avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) som ingår i den avancerade hälso- och sjukvården och är därmed ansluten till sjukhuset, samt grundläggande hemsjukvård som är ansluten till primärvården. ASIH, exempelvis palliativ vård, definieras som kvalificerad vård som tidigare enbart bedrivits på sjukhus och institutioner. Vid ASIH ska läkare och sjuksköterska finnas tillgänglig under

dygnets alla timmar till skillnad från grundläggande hemsjukvård, där tillgänglighet dagtid är tillräcklig (Josefsson & Ljung, 2010, ss. 16-17).

År 2008 var cirka 250 000 patienter inskrivna i hemsjukvården i Sverige. I takt med att den äldre delen av befolkningen ökar kommer sannolikt även andelen som drabbas av kroniska sjukdomar och multisjuka patienter att öka. I Sverige idag är nästan 19 procent, det vill säga 1,8 miljoner invånare, 65 år eller äldre. Samtidigt förkortas den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus, patienter skrivs ut till primär- och kommunsjukvård tidigare. Kraven på tillgång till god vård hos äldre kommer troligtvis att öka, och större krav ställas på samordning och kunskap kring organisation och omsorg (Socialstyrelsen, 2014, ss. 11-12).

Palliativ vård

Begreppet palliativ kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel. Manteln används som skydd mot omgivningen, men eliminerar inte problemet. I vården kan detta översättas till att sjukdomen lindras, men inte botas. I den svenska vårdkontexten används begreppet primärt om patienter som är i livets slutskede (Sandman & Woods, 2003, s. 11). Den palliativa vården har en bred definition och innebär att vården bedrivs av personal med rätt kompetens, med ett tydligt syfte på ett organiserat sätt (Socialstyrelsen, 2006, s.13).

Valet att dö i hemmet baseras bland annat på sjukdomsförloppet, tillgång till hjälp och stöd i form av sjukvård och närstående och dess inställning. Sedan Ädelreformen 1992, då mycket ansvar förflyttades från landsting till kommun, har andelen som avlider i hemmet ökat markant. Det är i större utsträckning äldre personer som dör i hemmet jämfört med yngre. Hemsjukvården möjliggör att livet kan förbli sig så likt som möjligt. För att en individuell och god palliativ vård ska kunna ges krävs resurser och kunskap (Socialstyrelsen, 2006, ss. 18-19). Avancerad palliativ vård i hemmet är teambaserad och leds av läkare och kan oftast ersätta sjukhusvård. Palliativa team som rådgivare finns i de flesta län och arbetar mot hemsjukvård, kliniker och särskilda boenden och möjliggör för patienter med mer komplex symtombild att få vårdas sista tiden i sitt hem (Melin-Johansson, 2010, ss. 178-180). Teamen sätts ihop för att täcka många kunskapsområden, till exempel medicin, rehabilitering, omsorg och sociala frågor (Socialstyrelsen, 2006, s. 13).

Den palliativa vården delas ofta in i två faser, en tidig palliativ fas samt palliativ vård i livets slutskede. I den tidiga fasen ligger fokus på att öka livskvaliteten samt att de livsförlängande insatserna är anpassade efter patientens behov och önskemål. I den senare fasen ligger fokus på att lindra lidande samt att öka livskvaliteten hos både patient och närstående. Övergången mellan faserna samt inträdandet i den första fasen är inte alltid tydliga, brytpunkter kan initieras av såväl läkare som patient (Socialstyrelsen, 2013, ss. 17-19).

Palliativ vård - ett förhållningssätt

Målet med palliativ vård är att uppnå en så god livskvalitet som möjligt, döendet ska varken påskyndas eller fördröjas. Vården syftar till att lindra smärta och andra besvärande symtom samt främja ett så aktivt liv som möjligt (WHO, 2015). Alla symtom är inte fysiska. För att öka livskvaliteten skall en helhet bestående av fysiska, psykiska, sociala samt andliga och existentiella problem beaktas. Döden är liksom födseln ett naturligt skeende, men såväl patient som närstående kan behöva hjälp och stöd för att hantera döendet (Strang, 2012a, ss. 30-32). Både patient och dess närstående ska inkluderas och tas hand om. (WHO, 2015).

Palliativ vård ska baseras på en humanistisk människosyn och byggs på fyra hörnstenar som ska ligga till grund för de insatser som görs. Dessa hörnstenar är symtomlindring, tillgång till multiprofessionella team, god kommunikation och relation samt närståendestöd vilket innebär att man respekterar de önskemål och behov de närstående har (Melin-Johansson, 2010, s. 178).

Att alla människor har rätt till lika vård befästs i *rättvisepincipen*. Ett verktyg hemsjukvården använder sig av för att säkerställa lika vård och att en god kvalitet (med de fyra hörnstenarna) tillgodoses är en *standardvårdplan* för döende patienter. Standardvårdplanen utgår ifrån omvårdnadsdiagnosen och målet är att ge nödvändig symtomlindring, bidra till bästa möjliga välbefinnande och en fridfull död (Levy, 2013, s. 142).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskors grundläggande områden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Att vara lyhörd för patienter och närståendes behov, visa respekt och medkänsla samt att vara trovärdig i sitt yrkesutövande är centralt i yrket. Sjuksköterskor har ett moraliskt ansvar gentemot patienter, men också sina kollegor och yrkets heder. Rätten till respektfullt bemötande oavsett kultur eller ålder samt självständigt beslutsfattande är värden som sjuksköterskor ska värna om (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012, ss. 3-6). Sjuksköterskor är omvårdnadsansvariga och i deras uppgifter ingår det att, efter patienters behov, samordna och fördela arbetet (Socialstyrelsen, 2005, s. 14), men även att ge råd och utbildning till patient och närstående kring egenvård och arbetsledning. De kan under vissa förutsättningar förskriva utvalda läkemedel, hjälpmedel och medicintekniska produkter, såsom inkontinensskydd och diabeteshjälpmedel (SOU, 2011, s. 13).

Sjuksköterskan i hemsjukvården

Sjuksköterskor har en nyckelroll i hemsjukvården med stora yrkeskrav på sig. Förutom ansvaret för teamarbete och omvårdnaden har sjuksköterskor även ansvar för förbättringsarbete, delegering och ska vidare bidra till hög kvalitet och säkerhet i sjukvårdssystemet. Samarbete med andra professioner samt över organisationsgränser ingår i det dagliga arbetet (Josefsson & Ljung, 2010, ss. 20-25).

Inom hemsjukvården vårdas en stor variation av patientkategorier, allt från det lilla barnet till den äldre (Josefsson & Ljung, 2010, ss. 20-21). Aktuell forskning visar att sjuksköterskor blir negativt påverkade av att växla mellan att vårda palliativa patienter och patienter som är tillfrisknande (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Vårdbehoven är vitt skilda och avgörs av patienters diagnos och behov. Sjuksköterskor möter allt från neonatal eftervård till cancer, demens, vård i livets slut, katetervård, näringstillförsel via dropp eller sond till såromläggning och läkemedelshantering. Det är patienters behov som ställer kravet på sjuksköterskors yrkeskompetens (Josefsson & Ljung, 2010, ss. 20-21).

Sjuksköterskan i den palliativa vården

Sjuksköterskor är ansvariga för att ge ordinerad smärtlindring och att säkerställa att patienter får ordinerade läkemedel på rätt sätt (SOU, 2011, s. 13). I den palliativa vården rekommenderas att man gör en smärtanalys, där smärtans karaktär och nivå skattas och ska regelbundet följas upp. Även andra symtom, exempelvis ångest och andnöd, kartläggs och följs upp. Detta för att på ett bättre sätt kunna lindra smärta och andra symtom (Socialstyrelsen, 2013, ss. 44-47). Då vårdenheten är ansluten till Palliativregistret registrerar sjuksköterskor brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsoskattning och ordinationer mot ångest samt dödsfall, vilket syftar till att ge en bild av hur de som avlider har det den sista tiden i livet (Svenska Palliativregistret, 2015, ss. 10-11).

Caritasmotivet innebär att medmänsklig omtanke är motivet till att vårda. Att se någon lida väcker viljan att vårda (Wiklund, 2003, s. 31). Lidande kan delas in efter olika ursprung, sjukdoms-, livs- och vårdlidande. Vårdlidandet uppstår då patientens lidande orsakas av brister i vården, felaktigheter i vårdandet eller utebliven vård. Vårdlidandet kan påverkas och förhindras om sjuksköterskor uppmärksammar och motverkar bristerna (Wiklund, 2003, ss. 102-108). Allt lidande går dock inte att bota. Mänsklig närvaro kan behövas för att lindra de existentiella aspekterna av lidandet, då läkemedel inte alltid är tillräckligt. Sjuksköterskor behöver därför ha kunskap i att möta en människa i existentiell kris (Strang, 2012b, s. 95). Sjuksköterskors förhållningssätt, med empati, sympati och medlidande, är avgörande för att lindra lidande (Wiklund, 2003, s.166). Individer i palliativt skede uttrycker förlust, krisreaktioner och dödsångest utöver sina fysiska symtom. Sjuksköterskor som vårdar den allvarligt sjuke möter lidande hos både patient och närstående. Aktuell forskning har visat att sjuksköterskor upplever det känslösamt att arbeta med palliativ vård. De behöver stöd, utbildning och förberedelse inför mötet med patienter och anhöriga, liksom möjligheter till reflektion (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37).

Vårdrelationen

Vårdrelationen definieras som den plats mellan två människor där vårdandet sker. För en fungerande vårdprocess krävs en god vårdrelation. Patienter ges då möjlighet att uttrycka sina behov och problem, och sjuksköterskor kan sätta upp mål för vården och ge det stöd patienter behöver för att komma vidare i sin hälsoprocess (Wiklund, 2003, s. 155). Människan ska ses som en helhet, där kropp, själ och ande utgör en enhet och inte går att reduceras till separata delar. Utan att ha en helhetssyn på människan kan man

inte förstå henne i sitt rätta sammanhang (Wiklund, 2003, ss. 46-47). Inom vårdvetenskapen talas om *den levda kroppen* med innebörden att det är genom kroppen vi förhåller oss till omvärlden och ger oss ett förhållande till tid och rum. Med en helhetssyn kan vi förstå hur en skada, sjukdom eller riktad vårdhandling påverkar hela människan (Wiklund, 2003, s. 58). Vårdrelationen ses som asymmetrisk, där vårdaren har en maktposition gentemot patienten (Wiklund, 2003, s. 167). Sjuksköterskor måste ha förståelse för hemmets betydelse och symbolik för vårdtagarna, att de är både professionella, gäster och vänner. Hemmet som plats kan påverka relationen mellan patient och vårdgivare att bli av mer vänskaplig karaktär. Detta ställer krav på sjuksköterskor att kunna ansvara för relationen och balansera närhet och distans (Josefsson & Ljung, 2010, ss. 21-22). Enligt Wiklund (2003, s. 157) kan inte vårdrelationen, på grund av sin asymmetriska karaktär, bygga på ett "vi" i fullständig ömsesidighet. Snarare skapas en förbindelse i de givna rollerna där patienter bjuder in och vårdgivare gör sig tillgängliga och står till förfogande.

Öppenhet och följsamhet krävs för att kunna möta patienter och svara an på deras lidande. Att respektera gränser för beröring och integritet är ett etiskt ansvarstagande, det är alltid patienten som bestämmer graden av närhet till sin vårdare (Dahlberg & Segesten, 2010, ss. 193-194). Då sjuksköterskor möter patienter med en caritativ hållning och tar ansvar för vårdssituationen kan patienter uppleva tillit och får potential att växa (Wiklund, 2003, ss. 156-157).

PROBLEMFORMULERING

I takt med att allt fler patienter vårdas i hemmet ökar vårdtyngden och den palliativa vården i hemmet. Detta innebär att sjuksköterskor i hemsjukvården möter nya utmaningar i form av bredare patientkategorier. Vården inkluderar patienter med många olika tillstånd samt i alla åldrar, från barn till den äldre. Att arbeta med palliativ vård i hemmet är avancerat och komplext och ställer höga krav på sjuksköterskor exempelvis inom det tekniska området. Då hemmet är vårdplatsen är sjuksköterskor ensamma på plats vilket bland annat kräver ansvarstagande och självständigt beslutsfattande.

Sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård i hemmet har blandade känslor kring sitt arbete. Genom att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda palliativt, valideras upplevelser och erfarenheter kan på så sätt delas för att ge stöd åt andra sjuksköterskor.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet.

METOD

Som metod för denna uppsats har vi valt allmän litteraturoversikt enligt Friberg (2012). En litteraturoversikt är ett strukturerat sätt att skapa en översikt över ett valt område. Resultat från aktuell forskning söks fram i relevanta databaser, sammanställs och analyseras (Friberg, 2012, ss. 133-144). En litteraturoversikt valdes då det ger möjlighet att på begränsad tid överblicka en större mängd data än vid en empirisk studie.

Litteratursökning

Problemområde valdes vilket blev palliativ vård i hemmet. Under perioden 2015-03-20 till 2015-03-25 gjordes en inledande litteratursökning i syfte att skapa en överblick av vad som fanns publicerat inom området palliativ hemsjukvård. Det noterades att det fanns fler artiklar utifrån sjuksköterskors perspektiv varför denna inriktning valdes.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier som enades kring var att artiklarna skulle vara *vårdvetenskapliga* och fokusera på *sjuksköterskors upplevelse av palliativ vård* och att vården skulle ske *i hemmet*. Sökningen avgränsades till att de skulle vara *research article* och *peer-reviewed* samt publicerade mellan 2005-2015. Artiklar som inte var äldre än tio år studerades för att använda så aktuell forskning som möjligt. Inga exklusionskriterier användes vid själva sökningen, däremot valdes artiklar bort som inte utgick ifrån sjuksköterskors upplevelse, då vården ej hade skett i hemmet, eller ej var skrivna på svenska, engelska eller norska.

Sökningsförfarande och urval

Litteratursökning gjordes i Cinahl och Medline den 2015-03-26 (Bilaga 1). Dessa databaser valdes då de är inriktade på forskning inom omvårdnad och medicin.

Två sökningar gjordes i Medline och en i Cinahl. Sökningen i Cinahl gav 46 träffar. Alla artiklars titlar lästes, av dessa lästes 35 abstract då övriga titlar inte verkade relevanta. 13 artiklar bedömdes stämma in på inklusionskriterierna och syftet och lästes i fulltext. Fyra av dessa artiklar visade sig vid mer noggrann läsning inte svara på syftet. Övriga nio artiklar behölls för vidare analys. Första sökningen i Medline gav 25 träffar. Alla titlar lästes, sju av artiklarna hade redan sökts fram i Cinahl eller bedömdes inte relevanta. 18 abstract lästes varav två artiklar valdes ut. Andra sökningen i Medline gav åtta träffar. Alla åtta abstract lästes och två artiklar behölls. Sökningarna resulterade i totalt 13 artiklar som behölls för vidare analys. Artiklarna var från Tanzania, Singapore, Storbritannien, Kanada och Sverige, samtliga skrivna på engelska.

I litteraturöversikten har tio kvalitativa artiklar använts. Initialt inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar, men då de kvalitativa bättre svarade på syftet valdes de kvantitativa bort. Samtliga artiklar beskrev sjuksköterskors upplevelse av palliativ vård i hemmet och var etiskt godkända.

Dataanalys

Utvalda artiklar kvalitetsgranskades enligt Fribergs granskningsmodell för kvalitativa studier (Friberg, 2012, ss. 138-139), dessa presenteras i Bilaga 2. I första analyssteget lästes de 13 artiklarna var och en för sig, överstrykningspennor användes för att markera sjuksköterskors upplevelser. Sedan lästes artiklarna tillsammans innan gemensam diskussion av deras innehåll. Under analysarbetet valdes tre artiklar bort. Två av dem på grund av att de inte svarade på syftet och en då sjuksköterskeperspektivet inte var

tillräckligt tydligt. Vissa artiklar presenterade sitt resultat utifrån två olika kontexter, institutionell- och hemsjukvård. I dessa artiklar fokuserades på resultatet som rörde sjuksköterskors upplevelse av vård i hemmet. Flera artiklar berörde sjuksköterskors relation till andra i sitt resultat, medan andra beskrev upplevelsen av att utföra vissa behandlingar i den palliativa vården. En artikel beskrev specifikt hur det upplevs att vårda döende barn och unga i hemmet.

Analysarbetet fortsatte med en gemensam genomgång och jämförelse av gjorda överstrykningar i artiklarna. Resultatet i artiklarna diskuterades, sammanställdes och delades in i tio färgteman utifrån syftet för att få en överblick över likheter och olikheter. I nästa steg söktes efter gemensamma nämnare i färgtemana. Likheter i sjuksköterskornas upplevelser söktes, identifierades och sorterades därefter. Dessa områden bearbetades ytterligare och bakades ihop till följande huvudteman: *Arbetets utmaningar*, *Relationernas betydelse*, *Behov av kompetens* och *Känslomässiga upplevelser*. Innehållet i huvudtemana sorterades i delar som handlade om samma sak. Dessa delar blev totalt elva underteman.

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturoversikt beskriver sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Fyra huvudteman och elva underteman har identifierats (Tabell 1).

Tabell 1	
Huvudteman	Underteman
Arbetets utmaningar	Komplexiteten i arbetet Utmaningar i att ha hemmet som vårdplats Upplevelser av tidsbrist
Relationernas betydelse	Relationen till patient och närstående Vikten av god kommunikation Ärlighetens betydelse för vårdandet
Behov av kompetens	Utbildning & erfarenhet Betydelsen av samarbetet med kollegorna Behov av stöd i arbetet
Känslomässiga upplevelser	Sorg och otillräcklighet Tillfredsställelse i arbetet

Arbetets utmaningar

Palliativ vård i hemmet är ett komplext arbete som ställer krav på sjuksköterskors förmåga att ta självständiga beslut. Det krävs både ett personligt engagemang och ansvarstagande för att ge patienter en god vård. Att arbeta i någons hem skiljer sig väsentligt från andra vårdformer. Sjuksköterskor uttrycker att det ställs höga krav på dem från både anhöriga och sig själva. Både resor mellan patienter och palliativ vård är tidskrävande vilket ställer ytterligare krav på sjuksköterskor att kunna planera och

prioritera sitt arbete. Att vårda döende människor upplevs både som känslösamt krävande och meningsfullt.

Komplexiteten i arbetet

Att arbeta med palliativ vård i hemmet upplevs av sjuksköterskor som självständigt och oberoende samt stimulerande och utmanande (Iranmanesh, Häggström, Axelsson & Sävenstedt, 2009, ss. 245-250). Engagemang, flexibilitet och individfokus beskrivs som förutsättningar för att kunna ge en god vård (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Arbetet upplevs utmattande (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155; Reid, 2013, ss. 542-544). Det personliga engagemanget gör att det är svårt att lägga arbetet åt sidan. Sjuksköterskorna beskriver hur de går utanför yrkets skyldigheter för att säkra familjernas behov (Reid, 2013, ss. 542-544), då de strävar efter att alltid vara tillgängliga för patienterna. Att lägga arbetet åt sidan beskrivs som något man måste lära sig (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Det anses svårt och krävande att växla mellan patienter i palliativt skede och andra patientkategorier. Att ansvara för vården av flera patienter i palliativt skede samtidigt är extra krävande och sjuksköterskorna uttrycker att det är meningslöst att planera tiden då de ständigt måste omprioritera (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Om det inte tas hänsyn till vårdtyngd och geografiskt avstånd vid planering och fördelning av arbete, ökar arbetsbelastningen ytterligare (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155).

Sjuksköterskor upplever svårigheter att hantera och kontrollera patienters lidande i den palliativa fasen (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378). De känner ibland otillräcklighet då de möter patienters existentiella lidande (Iranmanesh et al., 2009, ss. 245-250). Smärta anses vara det allra svåraste symtomet att lindra (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378), sjuksköterskor upplever ofta att patienter inte får tillräcklig smärtlindring och känner sig då maktlösa (Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva & Berggren, 2010, ss. 226-228). Om patienter dessutom inte vill ta emot den hjälp sjuksköterskor har att erbjuda känner de ytterligare besvikelse och frustration (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228; Iranmanesh et al., 2009, ss. 245-250).

Sjuksköterskor upplever att förväntningarna att ge en exceptionellt god vård är höga inom palliativ vård (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Ansvar upplevs som tungt och kravet på självständighet ökar om kollegor är osäkra. Sjuksköterskor upplever att de ofta får ta på sig en del av läkares ansvar både gällande initiativtagande och i relation till patienter (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). När läkare har bristande kunskap gällande behandlingar, exempelvis vid parenteral nutrition i hemmet, upplever sjuksköterskor att ansvaret läggs på dem. Utvärdering och beslut, speciellt vid avslutande av behandling, upplevs betungande. Att avsluta parenteral nutrition skapar vånda då detta förknippas med att släcka hoppet. Reaktionen hos närstående kan vara svåra att hantera (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362), och kan leda till att de känner sig otillräckliga och rädda att inte fatta rätt beslut (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93). Då de inte kan förklara, eller inte själva förstår, utebliven effekt av behandling kan dessutom en känsla av oärlighet uppstå (Erichsen, Danielsson & Friedrichsen, 2010, ss. 42-45). Kunskapsbrist och oklara målsättningar med behandlingar upplevs försvåra arbetet ytterligare (Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, Berggren & Söderlund, 2013, ss. 834-835). Sjuksköterskor uttrycker ett behov

av en behandlingsplan för att minska osäkerheten (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93).

Utmaningar i att ha hemmet som vårdplats

Att arbeta i patienters privata hem innebär utmaningar i att ständigt vara tvungen att balansera mellan att vara personlig och professionell (Reid, 2013, ss. 542-544; Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Sjuksköterskor som arbetar med palliativ hemsjukvård på landsbygden har dessutom en ökad oro att inte lyckas hålla isär sin privata och sin professionella hållning i mindre samhällen. Det upplevs betungande för sjuksköterskorna att de förväntas anta rollen både som vårdare till patient, stöttande för familjen och stöttepelare i samhället samtidigt som de ska bearbeta sina egna känslor (Reid, 2013, ss. 542-544).

I hemmet ges förutsättningar att skapa nära och långvariga relationer som ger speciella band mellan patienter, närstående och sjuksköterskor. Sjuksköterskor upplever att närheten ibland kan försvåra att ge svåra besked gällande diagnos och prognos (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). När vården sker i hemmet krävs att sjuksköterskorna bjuds in till vardagen för att kunna ge en långsiktigt god vård. De upplever att de är en egen person då de vårdar i hemmet jämfört med på sjukhus där de snarare är en i mängden. Detta innebär även att de blir en del av familjens konflikter. Vissa sjuksköterskor upplever att det är viktigt att inte försöka lösa konflikterna, utan snarare anta rollen som stödjande (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250), medan andra upplever att de får agera medlare (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93).

Att vårda i hemmet skapar ibland osäkerhet då det kan vara svårt att göra hemmet till en säker och god vårdplats. Medicinsk utrustning kan förändra hemmet så att det blir mer likt sjukhusmiljö. Detta upplevs som obekvämt då hemmets lugn och harmoni blir förändrat på ett negativt sätt för patient och anhöriga. Det händer att patienter, trots sin önskan, inte får möjlighet att dö i sitt hem, vilket skapar frustration hos sjuksköterskorna (Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835). Orsaker till detta kan vara närståendes bristande tillit till sjuksköterskornas förmåga att tillgodose patienters behov (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228).

Upplevelser av tidsbrist

Palliativ vård är svårplanerad då oförutsedda händelser ofta dyker upp och sjuksköterskor upplever ständig tidsbrist. Vid ansvar för flera patienter i palliativt skede samtidigt upplevs planering som meningslöst eftersom de blir avbrutna i sitt arbete och omprioriteringar måste göras för att försöka skapa mer tid (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). När vården dessutom bedrivs i hemmet tar resor till och från patienter mycket tid vilket skapar stress (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37; Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835). Vissa behandlingar, exempelvis parenteral nutrition, är tidskrävande då det behövs kontinuerligt handhavande (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93). På kvällar och helger är bemanningen i hemsjukvården lägre vilket skapar ytterligare problem för sjuksköterskorna att hinna med (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37; Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835).

Relationernas betydelse

Vård i hemmet resulterar ofta i långa och nära relationer. Relationer byggs på tillit som skapas ur ärlighet och god kommunikation. En god relation är en förutsättning för en god vård och därmed avgörande för patienter i livets slutskede. Problem kan uppstå då patient och närstående vill olika eller då tilliten till sjuksköterskorna brister.

Relationen till patient och närstående

Nära och långvariga relationer mellan sjuksköterskor, patienter och närstående är gynnsamma för vårdandet och skapar meningsfullhet i arbetet (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Goda relationer, byggs på ett ömsesidigt förtroende, ärlighet, tillgänglighet och tillit (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93), och ger mod att ställa raka frågor för att bättre kunna hjälpa patienterna (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228). Ibland känner sig sjuksköterskor otillräckliga då patienter är i behov av att diskutera sina existentiella tankar inför döden (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250).

Då patienterna är i palliativt skede är det viktigt att relationerna mellan sjuksköterskor, patienter och närstående ges rätt förutsättningar från början. Om övertagandet av en patient inte sker i rätt tid eller med bristfällig information upplever sjuksköterskor sig dåligt förberedda. Detta påverkar relationen negativt då förtroende och tillit blir lidande och kan ta lång tid att reparera (Reid, 2013, ss. 542-544; Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378).

Att se människan som unik anser sjuksköterskor är en förutsättning för en god relation (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). Goda relationer, till patienter och närstående, är en förutsättning för att kunna ge en god vård (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). De närstående anses vara en av de viktigaste resurserna i palliativ vård, då deras närvaro utgör extra ögon för sjuksköterskorna. De närstående har ofta vetskap om patienternas önskningsar eller värderingar och kan framföra detta då patienterna själva inte förmår (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). Ett familjeperspektiv i vårdandet ger förutsättningar för en god vård (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250).

Vikten av god kommunikation

Sjuksköterskor upplever att det är viktigt att vara kompetent och att ha känsla för kommunikation (Reid, 2013, ss. 542-544). Svårigheter att kommunicera med en döende patient på ett effektivt sätt upplevs obekvämt och skapar osäkerhet. Reaktionen i form av ilska och negativa känsloutbrott, upplevs vara svåra att hantera och tas ibland personligt (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378).

Det är viktigt att ge de närstående stöd, sjuksköterskor upplever att även icke verbal kommunikation kan verka tröstande och stödjande. Det är viktigt att vara ärlig och närvarande i mötet och att våga prata om det som är svårt. De upplever obehag då närstående inte har fått tillräcklig information i anslutning till döden (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). Grundutbildade sjuksköterskor upplever ibland att det är svårt att

kommunicera med barn som närstående och är rädda att exkludera dem från information (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378).

Ärlighetens betydelse för vårdandet

Ärlighet är en dygd och ett förhållningssätt, som lönar sig i längden. Det är ett uttryck för empati och en del av professionen och upplevs essentiellt i den palliativa vården. Ömsesidig ärlighet är grunden till att skapa en god vårdrelation. Med ärlighet ges förutsättningar för tillit, säkerhet och trygghet och är därmed en förutsättning för god vård. Sjuksköterskor anser att patienter har rätt att veta sanningen och upplever att det ger patienter hopp. Trots detta upplever sjuksköterskorna att de ibland saknar mod att vara ärliga, vilket skrämmer dem. Att ge halva sanningen anses dock inte vara detsamma som att vara oärlig utan snarare ett sätt att ta hänsyn till patienters mottaglighet för information. Det är viktigt att sjuksköterskor är lyhörda för patienters önskan att veta eller inte veta (Erichsen, Danielsson & Friedrichsen, 2010, ss. 42-45).

Om de närstående vill att sjuksköterskor undanhåller information från patienter upplever de sig tvingade att välja sida, antingen närståendes önskan eller patienters önskan och rättighet till information (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362; Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378; Erichsen, Danielsson & Friedrichsen, 2010, ss. 42-45). Det är inte ovanligt att sjuksköterskor upplever maktlöshet och frustration då patient och närstående vill olika. De kan i dessa lägen inte tillmötesgå både patient och närstående. Etiska dilemman uppstår och skapar osäkerhet (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228), vilket kan bli ett hinder att ge en god vård till patienter i livets slut (Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835).

Behov av kompetens

Vikten av fungerande samarbete med kollegor och läkare är av yttersta vikt för att främja sjuksköterskors förmåga att ge en god palliativ vård. Att vara specialistutbildad sjuksköterska eller att ha ökad kunskap genom erfarenhet minskar osäkerheten hos sjuksköterskor i palliativ vård.

Utbildning och erfarenhet

Dagliga möten med patienter, närstående och kollegor ökar sjuksköterskors yrkesskicklighet (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362; Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Närhet och utbyte i relationer upplevs leda till utveckling (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378). Med tid och erfarenhet lär de sig att följa sin intuition och använda den för att hjälpa döende patienter (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). De erfarna sjuksköterskorna ser andra saker än de oerfarna, exempelvis tecken på att en patient är nära döden (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). Erfarenhet minskar den känsla av osäkerhet som vissa sjuksköterskor upplever (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93) och gör att de inser att de klarar mer än de tror. Det ökade självförtroendet hjälper sjuksköterskor att stanna nära patienter och dess närstående även i svåra stunder (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250).

Att vårda patienter som är döende upplevs utvecklande på ett personligt plan, men även personliga erfarenheter av en närståendes död motiverar och skapar mening att fortsätta vårda patienter som är döende (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250).

Att vara ny inom palliativ vård i hemmet ger känslor av osäkerhet och stress på grund av att arbetet i stor utsträckning utförs ensamt, jämfört med tidigare erfarenheter (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Specialistutbildade palliativsjuusköterskor upplever att grundutbildade sjuusköterskor inom hemsjukvården inte alltid använder sig av det specialiststöd som erbjuds. Detta uppfattas bero på rädsla att ses som inkompetenta, trots att de anses duktiga inom hemsjukvård saknas kompetens inom det palliativa området. De specialistutbildade sjuusköterskorna anser att palliativ vård i hemmet borde vara en egen vårdform separerat från den allmänna hemsjukvården då det är en svår och komplex vårdform (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362) som ställer höga krav på kunskap (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37).

Grundutbildade sjuusköterskor känner sig dåligt förberedda för palliativ vård av barn och unga. De känner sig osäkra inför den familjecentrerade vården och kommunikationen med barn (Reid, 2013, ss. 542-544), både som patient och anhörig. Då de exkluderar barn från information, av rädsla att barnen inte kan hantera svåra besked, upplever de sig otillräckliga. De uttrycker ett behov av mer kunskap för att kunna inkludera barn och unga närstående i kommunikationen (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378). De specialistutbildade sjuusköterskorna upplever sig ha ett ökat självförtroende i vårdandet och känner sig bättre rustade inför barns död. De känner sig trygga i hur de ska anpassa dels sin kommunikation till barn och unga, men även i vården av hela familjens individuella behov (Reid, 2013, ss. 542-544). Dock inser de att de har begränsningar trots sin vidareutbildning (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362).

Betydelsen av samarbetet med kollegorna

Palliativsjuusköterskor är experter på palliativ vård, medan sjuusköterskor i hemsjukvården är experter på att vårda och möta patienter och närstående i hemmet. Specialistsjuusköterskor inom palliativ vård anser att det är viktigt att mötas med respekt för varandras kunskap. Möten ska ses som tillfällen att utbyta information och kunskap snarare än som rådgivande (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). För sjuusköterskor, som arbetar med palliativ vård i hemmet, upplevs samarbete med kollegor som viktigt för att trivas med sitt arbete. Många sjuusköterskor upplever att samarbetet är välfungerande (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37) och att man då kompletterar varandra i praktisk kunskap och samarbete (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Att arbeta i team upplevs stimulerande och då konsensus råder ger det förutsättningar att kunna hantera svåra beslut. Det är viktigt att lita på varandra i kollegiet och att respektera varandras värderingar (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). Arbetsgruppen upplevs som en plats för hjälp och uppmuntran, men är också energikrävande när meningsskiljaktigheter leder till konflikter (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Konflikter påverkar vårdkvaliteten negativt (Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835), exempelvis kan kontinuitet i smärtlindring påverkas av att nivån av kunskap i smärtskattning varierar i kollegiet (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228). Då konflikter

uppstår kan dessa lättare lösas om fokus läggs på patienten istället för på sakfrågor (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155).

För att kunna ge optimal symtomlindring är tillgång till palliativa team och läkare nödvändigt, sjuksköterskor är beroende av läkarna för att kunna ge god smärtlindring. Under kvällar och helger upplever sjuksköterskor tillgången till detta samarbete tidvis bristfälligt (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378). Sjuksköterskor upplever beroendet av läkare som bekymmersamt då samarbetet inte alltid fungerar optimalt, det ger en känsla av maktlöshet då sjuksköterskornas möjlighet att smärtlindra begränsas. Detta förstärks om läkarnas tillit till sjuksköterskorna brister (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Läkarna uppfattas inte alltid ha patienternas livskvalitet i fokus vid beslut gällande behandlingar. Då patienter inte själva har förmåga att protestera eller föra fram sin talan uppstår känslan av maktlöshet hos sjuksköterskorna. I vissa fall upplevs läkarna frånvarande och bristande i engagemanget (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228). När läkarna inte stödjer sjuksköterskornas bedömningar, gällande patienternas behov, kan konflikter uppstå. Det kan till exempel handla om att sjuksköterskorna bedömer patienterna för svaga att påbörja eller fortsätta en behandling (Karlsson, M. et al., 2013, ss. 834-835).

Behov av stöd i arbetet

Sjuksköterskor behöver stöd såväl i utförandet av arbetet, men också vid sorgehantering då patienter avlider. Möjlighet till dagliga möten med kollegor i syfte att stödja varandra upplevs begränsad på landsbygden på grund av långa avstånd (Reid, 2013, ss. 542-544). Sjuksköterskor upplever att det är viktigt att mötas för att utbyta stöd och erfarenheter. De upplever erfarna kollegor som värdefulla att ta stöd av vid beslut gällande behandlingar och insatser (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). Trots teamarbete upplever vissa sjuksköterskor sig isolerade. Nyanställda palliativsjuksköterskor upplever arbetet skrämmande och känner sig osäkra. Rädslan kan vara så stark att de ibland överväger att sluta (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Stöd upplevs öka tryggheten och minska känslan av stress (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). Exempel på stöd, som sjuksköterskor önskar att arbetsgivaren tillhandahåller, kan vara möjlighet att gå på begravingar och skriva dagbok på arbetstid, debriefing och reflektion i arbetsgruppen (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Strukturerat och professionellt ledda diskussioner och reflektioner upplevs som effektivt för att hantera problem och möjliggör utveckling både för individen och för teamet (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). Ett öppet klimat anses som en nödvändig förutsättning för att lära (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Sjuksköterskor saknar organiserat stöd då det bortprioriteras (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93; Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). De upplever även bristande stöd och engagemang hos ledningen gällande deras egen hälsa (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Även sjuksköterskorna själva kompromissar bort sin egen sorgehantering då de inte vill uttrycka sin sorg i sitt privata nätverk (Reid, 2013, ss. 542-544).

Känslomässiga upplevelser

Att arbeta med palliativ vård i hemmet skapar känslor av sorg och otillräcklighet, men också tillfredsställelse och en känsla av att vara behövd. Övriga dödsfall eller ungas död beskrivs som extra prövande.

Sorg och otillräcklighet

Vissa sjuksköterskor upplever sorg, förlust och ibland otillräcklighet i sitt arbete då patienterna dör (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155; Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Då sjuksköterskorna identifierar sig med patienter blir de extra berörda och upplever att det är svårt att släppa taget (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250; Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37). Vid oväntade dödsfall är sorgen särskilt tung (Wallerstedt & Andershed, 2007, ss. 34-37) och rädsla att ha missat något är vanligt (Chong & Poon, 2011, ss. 153-155). Palliativutbildade sjuksköterskor däremot uttrycker att de kan uppleva sorg och förlust utan att bli överväldigade, de klarar att hålla sin professionella hållning (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362).

Sjuksköterskor upplever frustration då de inte kan hjälpa patienter (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250) och sorg då patienter dör utan att ha fått en god vård (Karlsson et al., 2010, ss. 226-228). Med tid och erfarenhet upplever de att de kommer till insikt med att vården har begränsningar, detta upplevs hjärtekrossande (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250). Sjuksköterskor som arbetar med barn och unga i palliativt skede upplever dödsfall som svåra att förlika sig med. Dödsfallen väcker känslor av sorg, rädslor och känslomässiga konflikter på ett personligt plan (Reid, 2013, ss. 542-544).

Tillfredsställelse i arbetet

Trots att arbetet med palliativ vård i hemmet är krävande och stundtals smärtsamt känner sig sjuksköterskor privilegierade i sitt yrke (Reid, 2013, ss. 542-544). Att vara behövd och att prestera något meningsfullt upplevs som positivt (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005, ss. 375-378). Då kommunikation, samarbete och stöd, i förhållande till både patient och närstående, men även mellan kollegor, är välfungerande skapar det en känsla av tillfredsställelse (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). När patienter är i behov av dagliga besök känner sig sjuksköterskorna behövda. Vid besöken kan de finnas som stöd och avlastning även för närstående (Holmdahl, Sävenstedt & Imoni, 2014, ss. 91-93).

Arbetet innebär ett ständigt lärande (Arnaert & Wainwright, 2009, ss. 359-362). Professionell och personlig utveckling upplevs som en av yrkets fördelar. Sjuksköterskor beskriver att deras syn på livet och perspektiv förändras. Insikten att döden är en del av livet gör att de njuter och tar vara på livet (Iranmenesh et al., 2009, ss. 245-250).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att göra en litteraturöversikt ger en överblick över aktuell forskning inom valt område. Det är viktigt i yrket som sjuksköterska att ha förmåga att kunna värdera och granska forskning. Vid arbetet med en litteraturöversikt tränas denna färdighet. En empirisk studie hade kunnat ge nyare och mer detaljerad data, men även fördjupad kunskap. På grund av tidsaspekter valdes detta alternativ bort.

De databaser som använts i sökningarna, Cinahl och Medline, valdes då de är inriktade på omvårdnad, medicin och angränsande områden. Sökningar i Medline resulterade i flera artiklar som redan hade sökts fram i Cinahl, varför fler databaser inte användes. De valda databaserna ansågs relevanta och tillräckliga. Vi hade dock hoppats på att finna fler nypublicerade artiklar då den palliativa vården i hemmet är högprioriterad och utvecklas snabbt.

Inga artiklar exkluderades på grund av geografisk spridning eller kulturellt kontext. Studierna har haft en stor bredd, miljö och vårdssituationer varierade. Detta kan ses som en svaghet då det skulle kunna vara på bekostnad av innehållets djup. Vi kunde dock inte hitta några signifikanta skillnader i studiernas resultat, utan snarare identifierades många likheter i sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Variationen i studierna anses ha berikat vårt resultat och ökat överförbarheten till andra sammanhang.

Alla artiklarna granskades och uppfyllde kraven för vetenskaplighet. Artiklarna var skrivna av forskare, var etiskt godkända, granskade av experter och tillgängliga via Högskolan i Borås. Detta anses öka trovärdigheten i vårt resultat.

Denna litteraturöversikt har gjorts av två studenter, samarbetet har fungerat väl och anses ha varit berikande då olika perspektiv har kunnat diskuteras och reflekteras. Ett nära samarbete har möjliggjorts tack vare en god relation och korta avstånd mellan bostäder.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Fyra huvudteman och elva underteman identifierades. Sjuksköterskor upplever arbetet med palliativ vård i hemmet som ett komplext och ansvarsfyllt arbete med utmaningar som sträcker sig utanför den institutionella vården. Arbetet beskrivs som ensamt och de känner sig beroende av andra kollegors och professioners stöd för att ge en god vård och för att hantera sina egna känslöintryck. Många, men inte alla, sjuksköterskor upplever att de har mycket stöd och glädje av sina kollegor. Att göra gott skapar mening i arbetet och nära relationer med patienter och närstående ger sjuksköterskorna tillfredsställelse. De sjuksköterskor som har en specialistutbildning upplevde sig bättre rustade att möta svårigheter i arbetet.

Resultatet visar att sjuksköterskor upplever det viktigt att upprätta en god kommunikation med patienterna, men att detta kan vara svårt, exempelvis vid

existentiella frågor. Detta bekräftas av både Strang (2012b, s.95) och Krook (2012, ss. 46-47) som beskriver hur ärliga och orädda samtal, samt närvaro av en annan människa kan lindra ångesten inför döden. Boston & Mount (2006, ss. 15-23) beskriver att existentiella frågor måste beaktas i den palliativa vården då de är av vikt för en god livskvalitet. Att möta dessa frågor har länge varit en utmaning då de är svårdefinierade och omätbara jämfört med fysisk symtomlindring. Sjuksköterskors inställning till existentiella frågor och andlighet kan påverka kommunikationen till patienter. Strang (2012b, s. 95) anser att sjuksköterskor behöver resurser i form av kunskap och tid för att kunna möta människor i existentiell kris. Detta styrks av Melin-Johansson (2011, s. 190) som menar att bristerna hos sjuksköterskorna oftast beror på att de saknar rätt förutsättningar, snarare än att de inte vet om att ansvaret är deras. Wiklund (2003, ss. 170-171) menar att ett vårdande samtal kan skapa en fristad där den lidande människan att reflektera över livet och finna en mening i lidandet samt få mod till att leva och att dö. En egen reflektion kring detta är att sjuksköterskor måste vara uppmärksamma på varje patients behov samt vara följsamma och anpassningsbara i sin kommunikation för att kunna hjälpa dem i livets slut. I vissa fall kan det handla om att aktivt möta svåra frågor, medan i andra fall småprata under de dagliga bestyren. Kroppskontakt kan då ord är överflödiga verka tröstande och lugnande.

Resultatet visar vidare att det är stor skillnad i hur grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor upplever sin kunskap, kompetens och trygghet i arbetet. Socialstyrelsen (2006, s. 8) rapporterar att utbildningen i palliativ vård varierar mycket mellan olika lärosäten i landet. Det är angeläget att palliativ vård uppmärksammas i grundutbildningarna i större utsträckning än det görs idag. Olsson (2015, s. 18) menar att bristen på specialistsjuksköterskor är ett problem och leder till att grundutbildade och oerfarna sjuksköterskor anställs för att utföra avancerad sjukvård. Pavlish & Ceronsky (2009, ss. 406-409) bekräftar att utbildning och fördjupad kunskap är av stor vikt, exempelvis för att kunna bedöma behovet av palliativ vård. Studier inom cancersjukvården visar att patienter får palliativ vård relativt sent i sitt sjukdomsförlopp och därmed går miste om det som den palliativa vården har att tillföra. En egen reflektion är att som ny sjuksköterska ha tillgång till stöd och kunskap, genom en mentor, skulle arbetet i den palliativa vården kunna kännas mindre betungande. Sanzero Eller, Lev & Feurer (2014, ss. 817-818) beskriver vad ett bra mentorskap bör innehålla. Både mentorer och adepter är överens om att en öppen och ärlig kommunikation samt tillgång till varandra krävs för att samarbetet ska fungera. Att kunna säga vad man är osäker på och ha konstruktiva samtal ger förutsättningar för att utvecklas professionellt. En mentor ska fungera som en kollega och förebild, inte en överordnad.

Resultatet visar också att sjuksköterskor upplever frustration då läkare inte alltid är närvarande eller inte tar beslut utifrån patienternas förutsättningar. Detta bekräftas av Frank (2009, ss. 613-615) som menar att sjuksköterskor har en stor roll när det kommer till beslutsfattande i den palliativa vården. Deras kunskap, både professionella och om patienten, ger dem förutsättningar att påverka både läkare och patienter. Brinkkemper, Klinkenberg, Deliens, Eliel, Rietjens, Zuurmond & Perez (2011, ss. 1722-1724) menar att läkare ibland är frånvarande i situationer då de förväntas vara tillgängliga och hur de emellanåt förskriver läkemedel på rutin. Sjuksköterskor väljer ibland att gå emot läkare genom att vägra utföra deras ordinationer. De flesta anser dock att behandlingarna är motiverade och utförs på ett korrekt sätt, men önskar förbättring i hur kommunikation,

kontroll och utvärdering av pågående behandlingar görs. Frank (2009, ss. 613-615) beskriver att det alltför ofta händer att patienters autonomi fräntas dem, genom att de inte blir lyssnade på eller inte får möjlighet att framföra sin önskan. Vidare belyses vikten av att patienter, i livets slut, får möjlighet och förutsättningar att vara delaktiga i besluten gällande sin egen vård. Sjuksköterskor upplever ibland läkare som paternalistiska i sina beslut, på grund av rädsla att misslyckas medicinskt, och tar därmed inte hänsyn till patienternas tillstånd och önskemål. En egen reflektion var att man kan ifrågasätta om de krav som ställs på sjuksköterskans kunskap, säkerhet och självförtroende är rimliga, då många saknar specialistkunskap inom palliativ vård. Sjuksköterskor riskerar att hamna i kläm mellan olika beslutsfattare och sin egen plikt gentemot patienterna. Detta skapar etiska dilemman för sjuksköterskorna och kan resultera i ett vårdlidande. Wiklund (2003, ss. 104-108) menar att brister i vården, såsom utebliven smärtlindring eller att man inte lyssnar på hur patienten beskriver sina besvär, skapar ett vårdlidande. Att som patient inte bli hörd eller tagen på allvar då man berättar om sina smärtor och symtom kan upplevas kränkande och leda till en känsla av förlorad kontroll.

SLUTSATS

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Att arbeta med palliativ vård i hemmet ger tillfredsställelse men innebär även utmaningar, både professionellt och personligt. Sjuksköterskor som vårdar palliativt i hemmet möter både patienter och närstående och får ofta nära relationer till dem som vårdas. Att lindra symtom är en central uppgift för sjuksköterskor, om detta inte är möjligt uppstår frustration och känslor av maktlöshet. De upplever behov av samarbete och stöd från kollegor och ökad kunskap som viktigt för att bemästra det komplexa arbetet. Om samarbetet inte fungerar kan detta leda till att patienterna inte får bästa möjliga vård.

Upplevelser av att vårda palliativt i hemmet skiljer sig mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Att känna sig trygg i arbetet är viktigt för att kunna ge god vård. För att sjuksköterskorna ska behålla sin arbetsglädje och hälsa är det viktigt med kompetensutbyte och utveckling. Om detta inte möjliggörs riskerar patienterna att drabbas.

Sjuksköterskor upplever tidsbrist men kan bara påverka detta marginellt genom att planera och omprioritera. Det är viktigt för ledare i vården att beakta tidsbristen, geografiska avstånd och tillgång till läkares bedömningar i den dagliga vården som viktiga faktorer. Det är önskvärt med mer resurser till den palliativa vården som bedrivs i hemmen.

Palliativ vård i hemmet är en högprioriterad vårdform som är under ständig utveckling. Det är av högsta vikt att framtida forskning fortsätter att studera sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med palliativ vård i hemmet. Forskningen kan bidra till sjuksköterskors hälsa och ge förutsättningar för en god vård i livets slut.

Betydelse för vårdandet

- Organiserat stöd till sjuksköterskor kan hjälpa dem i sitt arbete samt bidra till en bibehållen hälsa.
- Vidareutbildningar och fortbildningar kan bidra till att sjuksköterskor utvecklas professionellt och att de känner sig tryggare i sitt arbete.
- Om samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare förbättras kan det bidra till en bättre vård.
- Genom att ta hänsyn till vårdtyngd och geografiskt avstånd vid planering och ansvarsfördelning av patienter kan arbetsbelastningen minska och därmed risk för utmattning.

REFERENSER

- Arnaert, A. & Wainwright, M. (2009). Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse- specialists in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 7, ss. 357-364.
- Boston, P. H., & Mount, B. M. (2006). The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 32, ss. 13-26.
- Brinkkemper, T., Klinkenberg, M., Deliëns, L., Eliel, M., Rietjens, J. A. C., Zuurmond, W. W. A. & Perez, R. S. G. M. (2011). Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 67, ss. 1719-1728.
- Chong, P. H. & Poon, W.H. (2011). The lived experience of palliative homecare nurses in Singapore. *Singapore Medical Journal*. Vol. 52, ss. 151-157.
- Dahlberg, K. och Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dunne, K., Sullivan, K. & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: District nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 50, ss. 372-380.
- Erichsen, E., Hadd Danielsson, E. & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*. Vol. 17, ss.39-50.
- Frank, R., K. (2009) Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*. Vol. 18, ss. 612-618.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I (Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmdahl, S., Sävenstedt, S. & Imoni, R-M. (2014). Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses in experiences. *Scandinavian Journal of care and sciences*. Vol. 28, ss. 89-96.
- Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K. & Sävenstedt, S. (2009). Swedish Nurses' Experiences of Caring for Dying People. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 23, ss. 243-252.
- Josefsson, K och Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I Drevenhorn, E. (red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur ss. 15-35.
- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I. & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of care and sciences*. Vol. 27, ss. 831-838.

Karlsson, M., Roxberg, Å. , Barbosa da Silva, A. & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 16. 224-231.

Krook, C. (2012). Existentiell smärta- ett andligt perspektiv. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber ss. 46-49.

Levy, E. (2013). *Hemsjukvård*. Stockholm: Elisabeth Levy och Sanoma Utbildning AB.

Melin-Johansson, C. (2010). Vård i livets slutskede. I Drevenhorn, E. (Red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss.175-195.

Olsson, A. (2015) Här räddar gåvor kompetensen. *Vårdfokus*. Vol. 4, ss. 18-21.

Pavlish, C. & Ceronsky, L. (2009). Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 13, ss. 404-412.

Reid, F. C. (2013). Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 19, ss. 541-547.

Sandman, L. & Woods, S. (2003) Introduktion. I Sandman, L & Woods, S. (red.) *God palliativ vård- etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur ss. 9-27.

Sanzero Eller, L., Lev, E. L. & Feurer, A. (2014). Key components of an effective mentoring relationship: A qualitative study. *Nurse Education Today*. Vol. 34, ss. 815-820.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2015-04-30]

Socialstyrelsen (2006) *Vård i livets slutskede*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf [2015-02-27]

Socialstyrelsen (2013) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf> [2015-03-19]

Socialstyrelsen. (2014). Hemvård - en kartläggning av översikter. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19630/2014-12-22.pdf>

Socialstyrelsen (2015) <http://www.socialstyrelsen.se/palliativvard> [2015-02-27]

SOU (2011). Kommunaliserad hemsjukvård. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/11/33/9d9c777c.pdf> [2015-03-23]

Strang, P (2012a). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber ss. 30-34.

Strang, P (2012b). Lidande i palliativ vård. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber ss. 95-101.

Svenska palliativregistret (2015)
http://palliativ.se/wp-content/uploads/2015/03/Svenska-palliativregistret-%C3%A5rsrapport-2015_2.pdf [2015-04-10]

Svensk Sjuksköterskeförening (2012) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.
http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2015-03-19]

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of care and sciences*. Vol. 21, ss. 32-40.

WHO (2015) <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [2015-03-19]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1- Sökhistorik

Databas	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Inkluderade artiklar	Använda artiklar
Cinahl	2005-2015 Peer-reviewed Research article	palliative care AND home care AND experiences AND nursing	46	9	6
Medline	2005-2015	palliative care AND home care AND experiences AND nurse AND nursing	25	2	2
Medline	2005-2015	home care OR home nursing AND palliative OR "end of life" OR "terminally ill" AND experiences OR perceptions AND professionel AND sweden OR swedish OR norway OR norweigan OR danish OR denmark OR scandinavia*	8	2	2

Bilaga 2- Artikelöversikt

	Perspektiv	Problem / Syfte	Metod / Urval	Resultat	Diskussion
<p>Titel: Swedish Nurses´ Experiences of Caring for Dying People</p> <p>Författare: Sedigheh Iranmanesh, Terttu Häggström, Karin Axelsson, Stefan Sävenstedt</p> <p>Tidskrift: Holistic Nursing Practice</p> <p>Årtal: 2009</p>	Sjuksköterskans perspektiv	<p>Belysa meningen av sjuksköterskors erfarenhet av att vårda döende patienter i hemmet</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Fenomenologisk, hermeneutisk ansats</p> <p>Individuella ostrukturerade intervjuer av narrativ karaktär. Bandade intervjuer.</p> <p>Urval: 4 deltagare från palliativ enhet på sjukhus 4 deltagare från palliativ vård i hemmet</p>	<p>3 huvudteman:</p> <p>Mötet med patient och anhörig Att lära sig i en utmanande miljö</p> <p>Personlig styrka</p> <p>8 underteman</p>	<p>Det krävs av sjuksköterskor att skapa nära relationer till varje enskild patient och närstående i palliativ vård.</p>
<p>Titel: Caring for dying patients outside special palliative care settings: experience from a nursing perspective.</p> <p>Författare: Birgitta Wallerstedt och Birgitta Andershed</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal Caring Science</p> <p>Årtal: 2007</p>	Sjuksköterskans perspektiv	<p>Beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda döende patienter utanför en palliativ enhet</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Bandinspelade intervjuer</p> <p>Analyserad med fenomenologisk metod</p> <p>Urval: 9 deltagare i hemsjukvård, kommunsjuk- vård och sjuk- hus.</p>	<p>Tre huvudteman:</p> <p>Ambition och hängivenhet</p> <p>Vardagliga möten</p> <p>Tillfredsställelse / otillfredsställelse</p> <p>7 underteman</p>	<p>Sjuksköterskor behöver resurser, tid och verktyg för kommunikation och samarbete.</p>

<p>Titel: Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study</p> <p>Författare: Margareta Karlsson, Åsa Roxberg, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren</p> <p>Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Belysa sjuksköterskors erfarenheter av etiska dilemman i palliativ vård</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys gjordes på skriftliga narrativer.</p> <p>Urval: 7 deltagare kommunsjuksköterskor med palliativ erfarenhet.</p>	<p>3 huvudteman: Maktlöshet Frustration Oro/angelägna (concern)</p> <p>8 underteman</p>	<p>Det behövs mer kunskap i hur kommunsjuksköterskor hanterar beslutsfattandet då etiska dilemman råder.</p>
<p>Titel: Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home</p> <p>Författare: Margareta Karlsson, Christina Karlsson, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren, Maud Söderlund</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Fördjupa förståelsen för kommun-sjuksköterskors upplevelser av etiska problem vid vård i livets slut i hemmet.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer med hermeneutisk ansats</p> <p>Urval: 10 deltagare kommunsjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård i hemmet.</p>	<p>2 huvudteman: Obehagskänslor Brist på samarbete</p> <p>ytterligare nivåer av underteman</p>	<p>Sjuksköterskor är engagerade och vill göra gott i den palliativa vården. De har kraft att reagera och agera vid problem.</p>

<p>Titel: The lived experience of palliative homecare nurses in Singapore</p> <p>Författare: P H Chong, W H Poon</p> <p>Tidskrift: Singapore Medical Journal</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Beskriva den levda erfarenheten hos sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård i hemmet i för att förstå deras uppfattning av att vara sitt yrke.</p>	<p>Bandinspelade gruppdiskussioner</p> <p>Hermeneutisk fenomenologi</p> <p>Urval: 10 deltagare</p>	<p>6 teman: Introduktion till palliativ vård Initiala erfarenheter Utmaningar Teamarbete Samarbete med läkare Stöd</p>	<p>Sjuksköterskor har en viktig roll i teamet runt patienten tack vare sin fördjupade relation till patienten.</p> <p>Trots att yrket medför sorg och prövningar ses yrket som ett privilegium och ett kall.</p>
<p>Titel: Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences</p> <p>Författare: Kathleen Dunne, Kate Sullivan, George Kernohan</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Utforska distriktsköterskors erfarenhet av att ge palliativ vård till patienter med cancer och dess familjer</p>	<p>Husserls fenomenologi</p> <p>Bandinspelade intervjuer</p> <p>Analys enligt Colaizzi</p> <p>Urval: 25 deltagare</p>	<p>4 teman: Kommunikation Familjen som en del av vården Utmaningar i symtomlindring Personliga uppföringar</p>	<p>Sjuksköterskor upplever jobbet utmanande men belönande. De känslomässiga påfrestringarna i yrket kan inte underskattas. Distriktsköterskor skall ses som nyckelpersoner i den palliativa vården.</p>

<p>Titel: Providing care and sharing expertise: Reflections of nursespecialists in palliative home care.</p> <p>Författare: Antonia Arnaert, Megan Wainwright</p> <p>Tidskrift: Palliative and Supportive Care</p> <p>Årtal: 2009</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Utforska specialistsjuksköterskornas erfarenheter, perspektiv och reflektioner av att arbeta med palliativ vård i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Djupintervjuer, öppna frågor</p> <p>Urval: 5 deltagare</p>	<p>3 huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> -insikt om egna begränsningar -bygga ett samarbete & teamarbete -att implementera lagarbete i teamen. 	<p>Specialistsjuksköterskor är både vårdare och har en fördjupad expertkunskap. Specialistsjuksköterskor kan samarbeta med hemsjuksköterskor i vården kring patienten.</p>
<p>Titel: Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas.</p> <p>Författare: Fiona Catryn Reid</p> <p>Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing.</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Att utforska erfarenheten av att ge palliativ vård till barn i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk ansats.</p> <p>Individuella ostrukturerade intervjuer</p> <p>Urval: 10 distriktsköterskor arbetande i glesbygd</p>	<p>4 teman :</p> <ul style="list-style-type: none"> -känslomässig förberedelse - "styra längs professionens väg" -bli en del av familjen - "det är allas angelägenhet" 	<p>Sjuksköterskor upplever sorg då ett barn eller ungdom dör. Deras copingstrategier bör lyftas fram och forskas vidare kring.</p>

<p>Titel: A Phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care.</p> <p>Författare: Eva Erichsen, Elisabeth Hadd Danielsson och Maria Friedrichsen</p> <p>Tidskrift: Nursing Ethics</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Beskriva hur sjuksköterskan upplever vikten av ärlighet i det palliativa arbetet i hemmet.</p>	<p>Fenomenologisk ansats kvalitativa intervjuer</p> <p>Urval: 16 sjuksköterskor</p>	<p>3 teman; -Ärlighetens innebörd -Anledning att vara ärlig -Moralisk konflikt relaterat till ärlighet</p>	<p>Ssk upplever ärlighet som dygd, som en egenskap varje sjuksköterska bör besitta.</p> <p>Genom att belysa sjuksköterskans förhållande till ärlighet i den palliativa vården skapas ökad medvetenhet och öppenhet kring etiska förhållningssätt och diskussioner</p>
<p>Titel: Parental nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences.</p> <p>Författare: Solveig Holmdahl, Stefan Sävenstedt och RoseMarie Imoni</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>Beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att vårda patienter med parenteral näringstillförsel i ett palliativt skede i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ ansats med innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Urval: 12 distriktssköterskor</p>	<p>Ett huvudtema: Våndan över att släcka hoppet.</p> <p>3 underkategorier</p>	<p>Att upprätta en behandlingsplan inför uppstart av parenteral nutrition i hemmet kan stödja distriktssköterskorna och</p> <p>förtydliga behandlingsmålet, ppföljning och bedömning inför avslut enklare.</p> <p>En plan skulle minska sjuksköterskornas känsla av vånda vid avslut av behandling.</p>