



Ett känslomässigt yrke

- En litteraturbaserad studie av sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med cancer i palliativt skede

Linda Johansson

Linnea Lavén

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsövetenskap/Högskolan Väst
Höstterminen 2015**

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Cancer och symtom	1
Palliativ vård	2
Sjuksköterskans möte med patienten	3
Vårdlidande	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Litteratursökning	5
Urval	6
Analys	6
Resultat	8
Sjuksköterskans känslor	8
Känslomässigt krävande	8
Känslor av otillräcklighet	9
Att känna sig överväldigad	9
Känslan av ett betydande ansvar	9
Strategier för att hantera känslor	9
Att få uppleva meningsfullhet och tacksamhet	10
Vårdrelationens betydelse	11
Att kunna skapa tillit	11
Kommunikationsbarriärer i vårdandet	11
Möjligheter och hinder i relationen med närstående	12
Att balansera mellan närhet och distans	12
Viljan att ge god vård	13
Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård	14
Upplevelser av tidsbrist	14
Att känna hög arbetsbelastning	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Sjuksköterskans känslor	16

Vårdrelationens betydelse.....	17
Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård	18
Slutsatser	19
Praktiska implikationer	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	20
Referenser	21

Bilagor

Bilaga I. Sökhistorik

Bilaga II. Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III. Översikt över analyserad litteratur

Titel	Ett känslomässigt yrke – En litteraturbaserad studie av sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med cancer ett palliativt skede. An emotional profession – A literature-based study of nurses' experiences of meeting patients with cancer in a palliative phase.
Författare	Linda Johansson Linnea Lavén
Handledare	Maria Rönnerhag
Examinator	Annika Janson Fagring
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp
Termin/år	HT 2015
Antal sidor	20

Abstract

Background	The word cancer is a term used to describe about 200 different diseases. Cancer patients often receive palliative care, where the purpose is to relieve suffering and promote quality of life. Previous research show that nurses often have a negative approach towards cancer, especially because the lack of knowledge and insecurity in how to communicate with these patients.
Aim	The aim of this study was to describe nurses' experiences of caring for patients with cancer receiving palliative care in a hospital ward.
Method	The method used in this study was a literature review based on qualitative studies. Fourteen articles were analysed according to Friberg's (2006) qualitative content analyse in five steps for literature-based studies.
Results	The result showed that nurses have mixed feelings about meeting patients with cancer in a palliative phase. They had feelings of inadequacy and they felt a great responsibility, many nurses experienced feelings of gratitude towards working with palliative patients with cancer. Nurses also expressed that communication and a trusting relationship with the patients was important. The nurses often felt that they didn't have enough time to give the care that the patients deserved because of a high workload.
Conclusion	Patients with cancer in a palliative phase is a complex area. Nurses may experience providing care to patients in palliative care as emotionally stressful. To be able to provide high quality care trusting relationships were essential between nurses and patients. Patients with cancer are in need of support from the nurse, but the nurses experienced that time is not enough.
Keywords	Cancer patients, emotional professions, nurses' experience, palliative care, qualitative study

Inledning

Cancer är den ledande dödsorsaken i världen (World Health Organization, WHO, 2015). Enligt Stewart och Wild (2014) diagnostiseras varje år cirka 14 miljoner människor världen över med cancer och cirka 8 miljoner människor avlider till följd av cancer. Cancer har länge förknippats med lidande, utanförskap, skuld och döden. Ordets negativa laddning gör att det i olika sammanhang ofta symboliseras med det onda och livets sårbarhet (Bolund & Brandberg, 2008).

Sjuksköterskan möter i sitt yrke många olika patienter vilket innefattar patienter med cancer. När det inte längre finns något bot för dessa patienter kan palliativ vård erbjudas vilket syftar till att lindra symtom och ge ökat välbefinnande, sjuksköterskan får då en central roll i patientens vardag. Eftersom cancervård och palliativ vård är komplext, är det viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap och förståelse för dessa patienter. Detta är betydelsefullt om sjuksköterskan ska kunna möta patienter i palliativ vård och deras unika behov. I vården kring patienten som får palliativ vård blir mötet, relationen och kommunikationen centrala delar.

Bakgrund

Cancer och symtom

Ordet cancer används som en term för cirka 200 olika sjukdomar där okontrollerad celledelning är den gemensamma nämnaren, cellerna bildar en tumör som växer med tiden. Cancercellerna kan sprida sig till andra ställen i kroppen och bilda sekundärtumörer där, vilket kallas metastaser (Socialstyrelsen, 2013a). Enligt Statens offentliga utredning (2009:11) har antalet personer som insjuknar i cancer ökat de senaste decennierna, i genomsnitt har en ökning varje år skett med 1,7 % för män och 1,1 % för kvinnor. Det kommer i framtiden att ske en ökning av risken att insjukna i cancer. Patienter med cancer som är i livets slutskede vårdas inom alla typer av vårdsystem (Svenska Palliativregistret, 2014). Enligt Biörnstad (2014) har prognosen för personer med cancer förbättrats de senaste årtiondena, trots det skiljer sig prognosen fortfarande mellan de olika cancerdiagnoserna. Från den första sjuka cellen till upptäckt av tumör kan det ta mer än 20 år, det tar lång tid för cancer att utvecklas och det kan ta lång tid innan några symtom uppstår. Vid cancer bildar cellerna en tumör som tar upp plats i det organ som tumören kan lokaliseras, denna tumör kan liknas vid en knöl som senare kan kännas eller ses i det drabbade organet. Det leder till sist att funktionen det drabbade organet har delvis satts ur funktion.

Symtom som smärta kan uppkomma om organets känselnerver retas, vilket är vanligt förekommande vid en tumör. Vid cancer kan symtom som viktnedgång, trötthet, feber, nedsatt aptit och illamående ses, detta beror på en inflammatorisk reaktion som kan uppstå i kroppen vid cancer (Biörnstad, 2014). Hur allvarlig en cancersjukdom är beror ofta på förekomsten av metastaser. Vid diagnostillfället har var tredje person metastaser och det är oftast metastaser och utbredning av sjukdomen som gör det livshotande (Cancerfonden, 2014a).

I en studie av Saarnio, Arman och Ekstrand (2012) beskrivs patienters upplevelser av att drabbas av cancer. Det upplevs som hårt, känslor som orättvisa uppstår, de beskriver också ett lidande i samband med cancer. För det allra flesta är behandlingen mot cancer påfrestande, behandlingen pågår ofta under en längre tid.

I en annan studie av Sæteren, Lindström och Nåden (2010) beskrivs hur patienter, inom ramen för en allvarlig cancersjukdom, upplever hälsa och lidande då de står mellan livet och döden. Flera patienter i studien uttrycker behov av att prata om deras oro. En patient beskriver att när döden är nära är det betydelsefullt att veta att det finns människor omkring som förstår den existentiella situation som de befinner sig i. En patient upplever att sjuksköterskorna är rädda för att fråga hur denne mår då de inte vet hur de ska tala om ämnet som rör lidande och död. De patienter som själva tog initiativ att prata om deras inre rädsla och om döden upplever en större öppenhet från sjuksköterskorna än de som inte tar egna initiativ. De tycker att det är viktigt att bli sedda och bekräftade som unika individer och vill bli bemötta med respekt av sjuksköterskan. En så enkel fråga som "hur mår du idag?" anser många patienter är viktig. Patienterna upplever känslor som smärta, osäkerhet, rädsla inför framtiden, sorg, ångest förtvivlan och ensamhet. Att leva med en allvarlig sjukdom ses som en ensam upplevelse och de anser att det är svårt för andra att förstå deras situation, andra människor kan inte förstå hur de känner. Flera av patienterna försökte lindra sitt eget lidande genom att prata med andra patienter eller att i ensamhet gråta (Sæteren et al., 2010).

Palliativ vård

Flera patienter med cancer som kommer i kontakt med vården kan ha en cancersjukdom som är i ett avancerat stadie. För dessa patienter är det betydelsefullt med relevanta behandlingsmetoder så som smärtlindring och palliativ vård (WHO, u.å). Socialstyrelsen (2013b) definierar palliativ vård som hälso- och sjukvård för patienter med obotlig sjukdom eller skada där syftet är att lindra lidande och främja livskvalitén. SOU (2001:6) beskriver en annan definition av palliativ vård, som innebär en aktiv helhetsvård i ett skede av patientens sjukdom som inte längre svarar på en botande behandling, där kontroll och lindring av symtom är av största vikt. Enligt Cancerfonden (2014b) kan palliativ vård pågå under en mycket kort tid eller omfatta en ganska lång tid vilket inkluderar livets slut. Målsättningen för vården ändras när en cancersjukdom inte längre är botbar. Palliativ vård startas då upp, det handlar då om att lindra de symtom som uppkommit av sjukdomen. Målet är att patienten med obotlig cancer ska få ha en god livskvalité den sista tiden i livet, detta ska göras genom effektiv behandling av de symtom som patienten har.

SOU (2001:6) beskriver uppbyggnaden av den palliativa vården som fyra hörnstenar: symtomkontroll, samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Symtomkontroll innebär att lindra smärta och andra symtom, det avser såväl fysiska, psykiska, sociala som existentiella behov. Samarbetet av ett mångprofessionellt arbetslag innefattar bland annat läkare, sjuksköterskor, undersköterskor som arbetar i ett team för att vårda patienterna. Syftet med kommunikation och relation är att främja patientens livskvalité, vilket innefattar kommunikationen och relationen i såväl arbetslaget som med patienterna. Stöd till närstående innebär stöd både under sjukdomen och efter dödsfallet, där närstående bör erbjudas att delta i vården samtidigt som de själva ska få stöd (SOU, 2001:6).

Palliativ vård är en process och innefattar tre olika faser där övergången mellan dessa kan vara "flytande". Den tidiga fasen börjar vanligtvis när det konstaterats att en patient har en progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Hänsyn måste dock tas till varje unik situation. Brytpunkt kallas det när en övergång mellan olika faser sker, det handlar om en övergång från den tidiga fasen av palliativ vård till vård i livets slutskede. Detta beslut fattas av ansvarig läkare alternativt av patienten själv i samråd med läkare. Denna övergång ska ske när det anses att behandlingen som är livsförlängande inte längre ses som meningsfull utan gör mer skada än är lindrande. Den sena fasen av palliativ vård benämns som vård i livets

slutskede. Döden går då inte längre att undvika och kan förväntas inom en snar framtid. Målet i denna fas är att lindra lidandet (Socialstyrelsen, 2013b).

Enligt Socialstyrelsen (2013b) bygger palliativ vård på att vårdpersonalen har till avsikt att skaffa sig en helhetssyn av människan via stöd och vägledning. Genom tidig upptäckt och noggrann analys och behandling kan det förebygga och lindra lidandet för patienten. Ferrell, Virani, Malloy och Kelly (2010) skriver att det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap och förståelse för vad palliativ vård innebär för att kunna lindra lidande för patienterna.

Sjuksköterskans möte med patienten

Svensk Sjuksköterskeförening (2014) definierar mötet mellan patient och vårdpersonal som ett tillfälle där verkligheten förstås och delas om det finns ömsesidig öppenhet. Travelbee (2001) skriver att i det första mötet mellan två individer som är främmande för varandra finns det ofta uppfattningar och förväntningar på varandra. Med hjälp av observationer, intryck och bedömningar får de i det första mötet en känsla av varandras personligheter samt ett första intryck. Det är här viktigt att sjuksköterskan förbiser stereotypa uppfattningar kring individen så att denne kan se den unika individen. Sjuksköterskans intresse för människan som en egen individ ökar förmågan att se varje unik person vilket är viktigt för en god mellanmänsklig relation.

Enligt Travelbee (2001) är målet med omvårdnaden att stödja patienten till att finna en mening i sin upplevelse samt att hjälpa denne att klara av sin sjukdom och sitt lidande. Lidandet hos en person kan lindras genom att sjuksköterskan visar medkänsla och sympati, detta leder till att personen inte känner sig ensam med sin sjukdom. Sympati kommer i uttryck i omvårdnaden och umgänget med patienten, det är en slags omsorg. Det krävs att sjuksköterskan har en äkta medkänsla och en vilja att lindra lidandet för att kunna visa sympati för personen. Resultatet av att sjuksköterskan fortlöpande lindrar patientens plågor bidrar till en god relation mellan patient och sjuksköterska. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten är viktig, den ska leda till att omvårdnadsbehoven tillgodoses. Genom en god mellanmänsklig relation uppnås omvårdnadens syfte. Ansvar för att relationen etableras och upprätthålls har sjuksköterskan, men det förutsätter att den är ömsesidig (Travelbee, 2001). En av den viktigaste förmågan sjuksköterskan har är kommunikation. Det är en process där tankar och känslor ömsesidigt delas och förmedlas mellan två parter. Genom god kommunikation kan sjuksköterskan upprätta en mellanmänsklig relation till personen och på så sätt uppnås målet för omvårdnaden (Berhin, Lundgren & Theodoridis, 2014; Travelbee, 2001).

Vården ska bedrivas så att goda kontakter kan skapas mellan patient och vårdpersonal (SFS 1982:763) Sjuksköterskan ska ha förmåga att på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt kommunicera med patienter. Sjuksköterskan ska kunna ge vägledning och stöd i vården och hjälpa patienten att vara en del av sin behandling (Socialstyrelsen, 2005). Kvalitén på vården är beroende av en bra relation mellan personal och patient. Vården av patienter med cancer har fått kritik, bland annat när det gäller kontinuitet, information och kommunikation. Det är av stor vikt att vården för patienter med cancer organiseras och utförs på ett sätt så att ett förtroende för vården skapas och att patienterna bemöts med respekt (SOU 2009:11).

Enligt Halldorsdottir (2008) ska vården innehålla byggstenar för att utveckla en god relation med patienterna. Genuin omtänksamhet för patienten både som person och patient. Vårdpersonalens kompetens är betydelsefull, det vill säga att vårdpersonalen har de nödvändiga färdigheter som krävs för att kunna skapa goda relationer med patienterna samt

att ha professionell visdom som är en kombination av kunskap och erfarenhet. Dessa tre aspekter av professionell omvårdnad kan skapa en känsla av tillit hos patienter vilket är viktigt för en god relation mellan dessa parter. Halldorsdottir (2008) skriver att det finns två avgörande metaforer vad gäller kommunikation, "Bron" representerar öppenhet och en god/positiv relation mellan sjuksköterska och patient. "Vägg" representerar en negativ kommunikation alternativt ingen kommunikation alls, där likgiltighet upplevs och en misstro skapas i relationen. Öppenhet i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är viktig för mötet och tillit.

I en review av Corner (2002) beskrivs i tidigare forskning att många sjuksköterskor har negativa attityder till cancer, de saknar särskild kunskap och känner osäkerhet i hur de bör kommunicera med dessa patienter. Sjuksköterskor uttrycker att det är svårt och stressande att arbeta med patienter med cancer. Sjuksköterskor beskriver arbetet med patienter med cancer som att vara i frontlinjen av ett krig mot döden och ett intensivt lidande. De beskriver att det krävs god prestation, prioritering samt samordning av flera komplexa uppgifter.

Vårdlidande

Vårdlidande innebär att bli förnekad som en lidande människa. Genom att som patient bli åsidosatt inom vården uppstår ett vårdlidande, lidandet uppmärksammas inte och värdigheten kränks. Att inte bli sedd eller hörd som patient gör att denne blir förödmjukad och förolämpad. När patienten får stå utanför sin vård utan att förstå vad som händer blir denne maktlös vilket kan kopplas till vårdlidande (Dahlberg, 2002). Enligt Eriksson (1994) kan ordet vårdlidande sammanfattas som kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Genom att inte se en människa, nonchalera denne vid tilltal kränks personens värdighet vilket leder till ett vårdlidande.

Fördömelse och straff inom vården leder till kränkning av människans värde. Nonchalans av patienter eller att inte ge dessa caritativ vård (en god vård för människan), innebär att patienterna straffas. Fördömelse handlar om att vårdaren bestämmer vad som är rätt och fel om saker som gäller patienten. Att utöva makt inom vården är något som leder till ett vårdlidande, det kan handla om att vårdaren tvingar en patient till något denne inte orkar med eller att vårdaren inte tar patienten på allvar. Genom att inte se och bedöma vad varje enskild patient behöver leder det till utebliven vård, det kan också handla om slarv eller direkt vanvård (Eriksson, 1994). Fukui, Ogawa, Ohtsuka och Fukui (2009) skriver att psykiskt lidande är vanligt hos patienter med en cancerdiagnos, men att det ofta är svårt för vårdpersonalen att upptäcka detta lidande och att det krävs mer kunskap inom området. De menar att en tidig upptäckt av det psykiska lidandet kan minska långvariga konsekvenser. Att inte se detta kan innebära ett vårdlidande för patienter med cancer.

Onödigt lidande inom vården är något som kan förhindras genom att ha en bra vårdkultur där patienten respekteras, känner sig välkommen och får god omvårdnad. Ödmjukhet är något som krävs från medmänniskan vid mötet. Genom en vänlig blick, ett ord, en smekning eller något annat som uttrycker medlidande kan lindra ett lidande för en stund. Viktigast av allt är att våga, att våga möta lidandet och den lidande människan (Eriksson, 1994).

Problemformulering

Sjuksköterskan möter patienter med olika sjukdomar och patienter med cancer. Flera av de patienter som får palliativ vård är patienter med cancer. Patienter som får palliativ vård, vårdas ofta på vårdavdelning. Det är viktigt att ha kunskap och förståelse för vad palliativ vård innebär för att kunna lindra lidandet för patienten. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever att det är svårt att veta hur dessa patienter ska mötas och det uppstår en osäkerhet kring detta möte. Sjuksköterskan ska kunna möta alla patienter och kunna ha ett professionellt förhållningssätt.

Det krävs mer kunskap om hur dessa patienter bör mötas då antalet insjuknande i cancer har ökat och att risken för insjuknade i cancer också kommer att öka. Palliativ vård kan pågå under en längre tid, vilket innebär att sjuksköterskan har en central roll och betydelse i patientens vardag. Det är därför viktigt att en god relation etableras mellan sjuksköterska och patient för att kunna tillgodose patientens behov. Genom att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med cancer som får palliativ vård, kan det bidra med ökad kunskap om hur sjuksköterskor ska kunna möta dessa patienter och deras komplexa behov. Detta kan därmed öka tryggheten hos sjuksköterskor som vårdar dessa patienter.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med cancer som erhåller palliativ vård på vårdavdelning.

Metod

Denna studie är en litteraturstudie baserad på kvalitativa studier då motivet med denna studie är att beskriva erfarenheter hos sjuksköterskor. Enligt Friberg (2006) är motivet med att skapa evidensbaserad omvårdnad med kvalitativ analys, att öka förståelsen inom det valda området samt att sammanställa tidigare forskning för att ge en ny helhet inom området och för att identifiera den vetenskapliga kunskapen till praktiskt användbar kunskap.

Litteratursökning

Först genomfördes en sökning som hade för avsikt att få en överblick av forskningsområdet, för att sedan övergå till den systematiska sökningen där sökord utformades utifrån syfte, detta enligt Östlundh, (2006). Artiklar söktes både systematiskt och osystematiskt. Enligt Östlundh (2006) är både systematiska och osystematiska sökningar viktiga för att få ett bra informationssökningsresultat. En systematisk sökning innebär att processens ska vara planerad, tillvägagångssättet ska dokumenteras, databasens hjälpverktyg och relevant söktechnik ska användas under sökningen. Artiklar till studien söktes systematiskt i Cinahl, följande sökord och ämnesord användes "nurs* experience*", cancer patients (MH), qualitative studies (MH), "caring", nurse attitudes (MH), "barrier*", nurse-patient relations (MH), neoplasms (MH), "cancer care", support, psychosocial (MH), "psychological care", "work experience", "end of life care", palliative care (MH), terminal care (MH), work experience (MH), nurses (MH), prognosis (MH), attitude of Health Personnel (MH) och oncologic care (MH). Dessa sökord och ämnesord kombinerades med varandra för att finna relevanta artiklar. Titlar och abstract lästes för att sortera ut de artiklar som svarade mot studiens syfte. De systematiska sökningarna dokumenterades och presenteras i tabell 1 (bilaga I). En osystematisk sökning gjordes i olika artiklars referenslistor där två artiklar fanns och kunde användas till resultatet. Enligt Östlundh (2006) kan en osystematisk sökning användas som komplettering till de systematiska sökningarna. Sökningen är inte metodisk och kan ske planlöst i en databas och behöver inte dokumenteras.

Sökningar i PubMed genomfördes, liknande sökord som i Cinahl användes, där kom flera av redan funna artiklar fram och många artiklar som inte svarade mot denna studies syfte. Flera av de studier som finns i PubMed är medicinskt inriktade och detta gjorde att inga fler artiklar av relevans som svarade mot denna studies syfte kunde hittas. Därför har inga artiklar till resultatet sökts fram via PubMed.

Urval

Genom att avgränsa sökningen sorteras artiklar bort som inte är relevanta för intresseområdet vilket underlättar urvalet (Östlundh, 2006). Avgränsningarna som gjordes var publiceringsår 2005-2015, engelskt språk samt peer reviewed. Inklusionskriterierna var att patienterna i studierna skulle vara över 18 år, de som vårdade skulle vara utbildade sjuksköterskor och belysa deras erfarenheter, artiklarna skulle vara kvalitativa. Totalt lästes 18 artiklar, varav 14 valdes till resultatet. 12 av artiklarna söktes fram systematiskt och två osystematiskt. De inkluderade studierna var genomförda i Kina, Singapore, Sverige, Australien, USA, Brasilien, Norge och Kanada. Inga artiklar exkluderades på grund av vilket land de var genomförda i. Artiklar som exkluderades svarade inte mot studiens syfte, utgick från ett patientperspektiv samt som enbart baserades på vård utanför sjukhus eller var medicinskt inriktade. Alla valda artiklar till resultatet kvalitetsgranskades med hjälp av en mall av Högskolan Väst (bilaga II) där kriterier som urval, giltighet, kommunicerbarhet och huvudfynd bedöms före analys. Enligt Friberg (2006) ska studiernas kvalitetsgranskas före analys, detta för att valda artiklar ska hålla god kvalitet.

Analys

Fribergs (2006) analysmetod för kvalitativa analyser användes vid analysen, denna sker i fem steg. Genom att använda sig av denna modell utgörs en helhet av valda artiklar. Friberg (2006) beskriver att första steget i analysprocessen innebär att studierna ska läsas flera gånger med fokus på resultatet för att få en uppfattning om studiens innehåll. Analysen startade därför med att läsa varje artikels resultat grundligt flera gånger för att få en helhet av dessa, detta gjordes enskilt. Sedan diskuterades de olika resultaten mot studiens syfte och de fynd som ansågs relevanta. En jämförelse gjordes på de enskilda anteckningarna för att se om tolkningarna överensstämde med varandra och att dessa var väl överensstämmande. Det andra steget innebär enligt Friberg (2006) om att hitta nyckelfynden i studiernas resultat. Resultatens nyckelfynd identifierades och ströks under med överstrykningspenna i varje artikel, detta gjordes i alla artiklar av båda författarna. Nyckelfynden översattes från engelska till svenska och sammanfattades i dokument för att få en översikt av dessa fynd. Steg tre innebär att få en översikt av artiklarnas resultat, detta fås genom en sammanställning av resultaten (Friberg, 2006). En sammanfattning av lästa resultat som inkluderades gjordes i tabell 2 (bilaga III) för att få en översikt av artiklarna. Sedan parades olika dokument ihop utifrån dess innehåll. Likheter och skillnader identifierades och fick olika färger utifrån innehåll. De underteman som hade gemensamt innehåll fick en färg. Detta är det fjärde steget i analysen enligt Friberg (2006) där resultaten ska relateras till varandra utifrån likheter och skillnader. Först växte underteman fram och därefter placeras grupper av underteman som beskriver likheter tillsammans. Dessa grupper av underteman bildade därefter ett huvudtema som beskrev innehållet i samtliga underteman. Tre huvudtema skapades och fick tre olika färger. Till sist formulerades en beskrivning med utgångspunkt i de teman som framkom, detta är enligt Friberg (2006) det sista och femte steget i analysen. Tabell 3 visar på hur tre huvudtema växte fram.

Tabell 3, innehåller exempel på citat, kondensering, underteman och huvudteman.

Citat	Kondensering	Undertema	Huvudtema
<p><i>“I will say it is emotionally demanding and it is a thing you find so hard to, I guess it is a thing that affects the whole world. You take it home with you when you go, there is no way you can leave it behind you a lot of the time.”</i>(Mohan, Wilkies, Ogunsiji & Walker, 2005, s. 259).</p>	<p>Jag tycker att det är känslomässigt krävande vilket gör det svårt. Du tar med dig jobbet hem och det är svårt att släppa det.</p>	<p>Känslomässigt krävande.</p>	<p>Sjuksköterskans känslor.</p>
<p><i>“To provide effective psychosocial care, there was a requirement to build a relationship with the patient. To build this relationship, there was a need to first gain the patient’s trust, and it was not until this trust had been gained that psychosocial care could be provided.”</i> (Botti, Endacott, Watts, Cairns, Lewis & Kenny, 2006. s. 312)</p>	<p>För att kunna bygga en relation med patienten var det viktigt att först skapa tillit. Först därefter var det möjligt att ge psykosocial omsorg.</p>	<p>Att kunna skapa tillit.</p>	<p>Vårdrelationens betydelse.</p>
<p><i>“I think you should have more time to maybe just sit with the patient, because they are often very anxious and so, and then it can often be very soothing to just sit down and have time to talk, so they become calmer, but I think that it is rare to have time for that”</i> (Tishelman et al., 2004, s. 426)</p>	<p>Jag behöver mer tid för att bara kunna sitta med patienten eftersom de ofta är oroliga och kan genom samtal bli lugnare. Men tiden är otillräcklig.</p>	<p>Upplevelser av tidsbrist.</p>	<p>Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård</p>

Resultat

Tabell 4. Sammanfattning av resultatets huvudteman och underteman.

Temat	Undertemat
Sjuksköterskans Känslor	<ul style="list-style-type: none">- Känslomässigt krävande- Känslor av otillräcklighet- Att känna sig överväldigad- Känslan av ett betydande ansvar- Strategier för att hantera känslor- Att få uppleva meningsfullhet och tacksamhet
Vårdrelationens betydelse	<ul style="list-style-type: none">- Att kunna skapa tillit- Kommunikationsbarriärer i vårdandet- Möjligheter och hinder i relationen med närstående- Att balansera mellan närhet och distans- Viljan att ge god vård
Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård	<ul style="list-style-type: none">- Upplevelser av tidsbrist- Att känna hög arbetsbelastning

Sjuksköterskans känslor

Sjuksköterskorna uppgav i detta huvudtema att många känslor uppstod i arbetet med palliativa patienter med cancer. Känslorna uttrycktes på olika sätt och det fanns många blandade känslor hos sjuksköterskorna inom detta yrke. Utifrån dessa beskrivningar om känslor växte följande undertema fram: känslomässigt krävande, känslor av otillräcklighet, att känna sig överväldigad, känslan av ett betydande ansvar, att få uppleva meningsfullhet och tacksamhet samt strategier för att hantera känslor.

Känslomässigt krävande

Sjuksköterskorna upplevde känslor som förnekelse, ilska, sorg och ångest i samband med vården av döende patienter (Almeida, Sales & Marcon, 2014). Palliativ vård ansågs som krävande, det kunde gå från lycka till djup sorg och stor tragedi (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuksköterskor som vårdade patienter i palliativt skede inklusive livets slutskede beskrev att det framkallade många olika känslor, de beskrev situationer som väckte ambivalenta men också förbjudna känslor (Mohan et al., 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskorna upplevde sitt arbete som känslomässigt dränerande (Daines et al., 2013; Mohan et al., 2005). Känslorna varierade från tillfredsställelse till missnöje, de kände en stark känsla av att göra sitt bästa men det var inte alltid lätt. Att vara sjuksköterska och ta hand om både döende patienter och kurativa patienter beskrevs metaforiskt som att flytta fram och tillbaka mellan två olika världar (Johansson & Lindahl, 2011). Vården av patienter med cancer beskrevs som känslomässigt krävande och de var ofta de tog med sig känslorna hem och det hade svårt att lämna känslorna bakom sig. Sjuksköterskorna upplevde det ännu svårare och mer känslomässigt att vårda unga patienter med cancer då de ansåg att dessa patienter behövde mer stöd (Mohan et al., 2005).

Känslor av otillräcklighet

Känslor av otillräcklighet kunde innefatta upplevelser som smärtsamt, ledsamt, utmanande, hjälplöshet och beskrevs i arbetet med patienter med cancer. Sjuksköterskorna kände sig hjälplösa då det inte fanns något de kunde göra för att hindra cancers spridning och när de inte kunde lindra patientens symtom (Daines et al., 2013; Mohan et al., 2005). En del kände sig maktlösa och oförberedda på att ta hand om döende patienter, när de såg en person dö kände sjuksköterskorna att det inte fanns någonting de kunde göra. Det kunde kännas som en chock men samtidigt ville de arbeta med detta och beskrev att de då måste härda ut. Sjuksköterskorna beskrev att känslorna var konsekvenserna av deras val av yrke (Almeida et al., 2014). När en patient avled uppstod känslor hos sjuksköterskorna som otillräcklighet, frustration och sorg, liksom känslan av att inte längre ha styrkan att klara av arbetet (Wallerstedt & Andershed, 2007). De kände att de inte kunde göra tillräckligt för patienterna. Sjuksköterskorna hade en vilja att försöka hjälpa patienter att uppnå sin sista vilja och att göra skillnad i hur patienternas sista dagar i livet skulle se ut (Daines et al., 2013).

Att känna sig överväldigad

Eftersom det uppstod emotionellt laddade situationer dagligen riskerade sjuksköterskorna att bli emotionellt överbelastade vilket ansågs vara ett bekymmer. Emotionell överbelastning innebar att sjuksköterskorna blev känslomässigt överväldigade av alla de känslor som uppstod i vården av patienter med cancer. Sjuksköterskorna berättade att det var ett högt känslomässigt tryck och en känslomässig intensivitet i arbetet. En sjuksköterska berättade att arbetet påverkades av egna känslor, ett tillräckligt bra arbete kunde inte utföras på grund av att dennes egna känslor tog över för mycket (Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006). Risken att bli emotionellt överbelastad påverkades av flera faktorer så som sjuksköterskans emotionella kompetens, erfarenhet och kunskap. Emotionell kompetens berodde bland annat på sjuksköterskans personlighet men det var en färdighet som kunde förbättras genom arbetslivserfarenhet (Sandgren et al., 2006).

Känslan av ett betydande ansvar

Sjuksköterskor som tog hand om allvarligt sjuka och döende patienter upplevde att det var ett betydande ansvar. De beskrev svårigheter i vården av patienter i en palliativ fas samtidigt som de vårdade andra patienter i en kurativ fas (Wallerstedt & Andershed, 2007). Vissa sjuksköterskor upplevde ibland känslan av att de valt fel yrke, de visste inte alltid vad de skulle göra. Ena stunden kändes allt rätt och andra stunden kändes allt fel, vilket orsakade en känsla av osäkerhet. Något som gjorde att sjuksköterskorna ofta kände sig stressade och frustrerade var när patienternas smärtlindring inte var tillräcklig (Daines et al., 2013; Mohan et al., 2005). Enligt Mohan et al. (2005); Zheng, Guo, Dong och Owens (2015) upplevde sjuksköterskor, speciellt oerfarna, att de kände en svårighet i yrket när det gällde kunskap kring palliativ vård och vård i livets slutskede. Bristen på kunskap i sig gjorde att sjuksköterskorna tvekade på sig själva och ifrågasatte sina val inom yrket. Men de kände att de ville lära sig mer om vård i livets slutskede. Wallerstedt och Andershed (2007) beskrev att förhållningssättet till patienterna och hur sjuksköterskorna agerade var betydelsefullt. Att alla handlingar och ord från sjuksköterskan hade en långvarig effekt på patienten och dess närstående, vilket kunde upplevas som påfrestande ansvar.

Strategier för att hantera känslor

Behovet av vägledning och reflektion var betydande inom palliativ vård. Personalen mötte ofta svåra och känslomässiga situationer i vården av patienter med framskriden cancer där

kort överlevnadstid var förväntad (Tishelman et al., 2004). Obearbetade känslor kunde leda till att sjuksköterskan istället skärmade av sig, gömde sig bakom yrkesrollen och distanserade sig från den känslomässiga upplevelsen som framkallades av yrket. Genom kommunikation, bekräftelse, funderande och självreflektion kunde de påfrestande känslorna hanteras så att de själva eller andra i omgivningen inte påverkades negativt (Sandgren et al., 2006).

Enligt Sandgren et al. (2006) upplevde sjuksköterskorna att en inre spänning minskade genom ventilering av känslorna. Efter en svår händelse ansågs det som viktigt att ventileras känslorna direkt efter, de satte andra saker åt sidan för en stund, eftersom de behövde få ut sina känslor. Efter ventilation av känslorna upplevde sjuksköterskorna att de påfrestande känslorna försvann. Det fanns mer eller mindre effektiva sätt att hantera risken för emotionell överbelastning. Emotionell kompetens innebar sjuksköterskors färdigheter att hantera känslomässigt laddade situationer. Sjuksköterskor med god emotionell kompetens kunde kontrollera sina tankar och känslor på ett bra sätt att inte de själva, patienten eller andra i omgivningen påverkades negativt. Det underlättade sjuksköterskans förståelse för sina känslor och de emotionella konsekvenserna av att vårda palliativa patienter med cancer (Sandgren et al., 2006).

Sandgren et al. (2006) beskrev att en sjuksköterska pratade om den öppna atmosfären på avdelningen, att de kunde ha nära till både skratt och tårar samtidigt som de kunde skämta om allvarliga saker utan att det blev oförskämt. De uttryckte vikten av att skratta när de blev emotionellt överbelastade. Bearbetning av egna känslor om rädslor och döden ansågs som viktigt, erfarenheten av tidigare bearbetade händelser hjälpte till att hantera nya känslor som uppstod. Sjuksköterskorna gav mycket av sig själva och påverkades känslomässigt i sitt arbete med patienterna, vilket innebar att känslorna inte kunde försvinna när de kommit hem. Att hålla känslor av sorg eller ilska inom sig tog extra energi och påverkade dem både personligt och professionellt, därför ansågs det som viktigt att bearbeta känslorna (Sandgren et al., 2006).

Att få uppleva meningsfullhet och tacksamhet

I det dagliga mötet med svårt sjuka patienter ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att se arbetet som meningsfullt (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Att vara sjuksköterska och vårda patienter i livets slutskede och deras anhöriga gav en känsla av tacksamhet. Att vara tacksam för att få ta del av slutet i en annan människas liv innebar att ständigt arbeta mot målet att uppnå den bästa vården för patienten och dess närstående (Johansson & Lindahl, 2011). Sandgren et al. (2006) beskrev att sjuksköterskor som arbetade med patienter med cancer och som var i ett palliativ skede upplevde sitt arbete som värdefullt och stödjande för patienten. Genom att vara nära döden fick sjuksköterskorna en känsla av att livet och döden är en naturlig del av livet. Att få möjlighet att skapa ett gott slut i livet, resulterade i att sjuksköterskorna kände en mening med deras arbete och en känsla av tacksamhet (Johansson & Lindahl, 2011). De berättade att de fick mycket i gengäld av att vårda döende patienter vilket gav bekräftelse och stimulans i arbetet. Detta hjälpte till att få kraft, att bry sig om och finna en mening i vad de utförde för dessa patienter. Vård av palliativa patienter beskrevs som att känslomässigt gå upp och ned, men det gav så mycket tillbaka (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuksköterskorna upplevde glädje över att kunna hjälpa människor och patienterna var oftast tacksamma (Almeida et al., 2014). Sjuksköterskorna upplevde det som positivt, om de kunde få patienten att skratta en liten stund, då kände de att de gjort patientens dag lite bättre (Mohan et al., 2005).

Vården av patienter med cancer gav en känsla av tillfredsställelse, det gav tillfredsställelse att se att patienten inte led och att de kunde få hjälpa patienterna i deras sista dagar i livet (Almeida et al., 2014; Daines et al., 2013; Wallerstedt & Andershed, 2007). Trots att det var ett påfrestande arbete där många var svårt sjuka och döende upplevde sjuksköterskorna att belöningen var stor (Sandgren et al., 2006). Vård av döende patienter beskrevs som en djup och unik upplevelse som gav en positiv och meningsfull erfarenhet (Zheng et al., 2015).

Vårdrelationens betydelse

I detta huvudtema beskrivs vikten av en god relation mellan sjuksköterska och patient och deras vilja att ge god vård. De betonar vikten av att kunna distansera sig. Relationen mellan sjuksköterskan och de närstående beskrivs under detta tema. De underteman som framkom var att kunna skapa tillit, kommunikationsbarriärer i vårdandet, möjligheter och hinder i relationen med närstående, viljan att ge god vård och att balansera mellan närhet och distans

Att kunna skapa tillit

Eftersom sjuksköterskan ofta var den första personen som patienten mötte inom sjukvården var det första mötet viktigt för relationen mellan patient och sjuksköterska. För att kunna skapa en god relation var det viktigt att sjuksköterskan vid första mötet skapade tillit hos patienten (Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis, 2010). Enligt Arving och Holmström (2011) var det viktigt att inte vara dömande som sjuksköterska för att kunna skapa en tillit hos patienten. Viktiga personliga egenskaper för att tillhandahålla optimal palliativ vård och att kunna möta patienterna, beskrevs som ett genuint intresse för människor så som att vara nyfiken, empatisk, känslig, modig samt ha ett sinne för humor (Tishelman et al., 2004). En annan viktig kvalitet var att ha mod (Arving & Holmström, 2011; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Botti et al. (2006) kom fram till att sjuksköterskor kände ett behov av en bra relation med patienterna för att kunna komma nära patienten. Det framkom att en förutsättning för att kunna ge bästa möjliga vård var en god relation mellan sjuksköterska och patient.

Varje patient reagerade olika på sin sjukdom och prognos, det var därför viktigt för sjuksköterskan att lära känna personen för att kunna ge bästa möjliga stöd. För att kunna skapa de goda relationerna med patienterna använde sig sjuksköterskorna av patientens egenbestämmande, för att vården och relationen skulle bli så bra som möjligt (Reinke et al., 2010). Det dagliga mötet med patienterna var en del av den palliativa vården och därför var en god relation viktig för sjuksköterskans arbete (Wallerstedt & Andershed, 2007). Flera av sjuksköterskorna kände sig privilegierade att få utveckla en relation med sina patienter och vara en person som de anförtrode sig till (Daines et al., 2013). Sjuksköterskor ansåg att med hjälp av samtal och goda relationer, kunde de få ta del av patientens upplevelser av vård och behandling. När sjuksköterskorna samtalade med patienten, upplevde sjuksköterskorna ibland att de hade ett tvådelat yrke, både sjuksköterska och terapeut. Samtidigt beskrev sjuksköterskorna att det var viktigt att ha en ömsesidig dialog med patienterna (Arving & Holmström, 2011). Genom bra samarbete och god kommunikation kunde sjuksköterskorna förbättra den personcentrerade vården och bidra till en god relation (Daines et al., 2013).

Kommunikationsbarriärer i vårdandet

Kommunikation med döende patienter beskrevs som svårt för många sjuksköterskor (Daines et al., 2013). Vissa sjuksköterskor noterade att deras egen rädsla kunde hämma kommunikationen, särskilt om det gällde frågor som de inte hade svar på. Flera av

sjuusköterskorna beskrev ett obehag när det handlade om samtal som rörde döden och döende (Tay, Ang & Hegney, 2012; Zheng et al., 2015). Det fanns en rädsla av att omedvetet kränka patienter, speciellt vid samtal med patienter från en annan kultur, vilket ibland kunde hindra kommunikationen över lag. En annan kommunikationsbarriär var att patienter i palliativ vård, ofta upplevdes som tysta, vilket försvårade kommunikationen med dessa patienter (Tay et al., 2012). Botti et al. (2006) kom fram till att kommunikationssvårigheter och brister i dialogen mellan sjuusköterska och patient skapade en stress hos sjuusköterskan.

Möjligheter och hinder i relationen med närstående

Sjuusköterskorna fick i sitt arbete ofta samtala med närstående, det var viktigt att visa respekt och låta de närstående vara delaktiga i vården av patienten i livets slut (Zheng et al., 2015). Vissa sjuusköterskor upplevde att det var påfrestande att gå in till en del patienter som var döende och att de nästan drog sig för detta, på grund av att de fick känslan av att närstående observerade dem (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Det var en ständig utmaning att hitta den rätta balansen mellan vad patienten behövde och vad familjen trodde var det bästa för patienten (Daines et al., 2013). En påfrestande erfarenhet för sjuusköterskorna var när de var tvungna att ge råd och ibland tysta närstående då de kunde störa arbetet kring patienten (Mohan et al., 2005). Sjuusköterskorna berättade att de hade svårt att hantera om en närstående blev arg (Mohan et al., 2005). De upplevde ibland att de blev nekade av närstående att samtala med patienten om allmänna saker som innefattade vårdandet, vilket bidrog till en sämre relation mellan sjuusköterska och patient men också med de närstående (Zheng et al., 2015). Ett samarbete med närstående var viktigt för sjuusköterskorna, eftersom relationen med närstående hade betydelse för vården av patienten (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Att balansera mellan närhet och distans

Sjuusköterskorna beskrev vikten av att balansera mellan närhet och distans till patienten (Sandberg et al., 2006; Tishelman et al., 2004). Balansen var ett viktigt skydd mot emotionell överbelastning. Det var viktigt att inte vara alltför privat och detta krävde förmågan att hitta en balans i närhet och avstånd (Johansson & Lindahl, 2011; Sandgren et al., 2006). Att komma för nära en patient resulterade i att inte kunna ge dessa ett professionellt stöd som var en viktig del i sjuusköterskans arbete (Johansson & Lindahl, 2011). För att undvika att dras in i patientens emotionella värld och bli dränerade av energi beskrev flera sjuusköterskor att de hade satt personliga gränser när det gällde mängden personlig information som de ville lämna ut (Botti et al., 2006).

Sjuusköterskorna beskrev hur de ibland prioriterade bort svåra situationer och istället koncentrerade sig på praktiska uppgifter som ett sätt att distansera sig. Sjuusköterskorna ansåg att det var viktigt att inte komma för nära patienten för att rädda sig själva (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). En sjuusköterska beskrev att om de anslöt sig för mycket till patienten, skulle det resultera i nedbrytning av de själva och att de tillslut inte kunde arbeta med den typ av vård (Sandgren et al., 2006). Genom att ha för god kontakt med en patient och vara alltför fäst vid denne kunde det i slutändan leda till ett lidande för sjuusköterskan (Almeida et al., 2014). Det var viktigt att kunna skapa ett avstånd för att ha styrkan till att arbeta med patienter i palliativ vård. En skyddad inställning till känslomässigt svåra händelser var att kunna skärma av. Detta för att inte bli allt för känslomässigt involverad med patienten och de anhöriga (Sandgren et al., 2006). Om de kom för nära patienten ansåg

sjuksköterskorna att de fanns en risk att förlora den professionella distansen (Tishelman et al., 2004).

Vissa sjuksköterskor kunde identifiera sig med patienten vilket ansågs som påfrestande, de kunde känna igen sig i patientens vardagliga problem. Flertalet sjuksköterskor berättade att de kände en närhet till vissa patienter, vilket gjorde det svårt att inte tänka på dem. Det hela resulterade i att de var mer benägna att ta med sitt arbete och sina tankar hem. En sjuksköterska beskrev hur hon vaknade mitt i natten och började tänka på en patient (Wallerstedt & Andershed, 2007). För att skydda sig själva och inte bli för känslomässigt bundna till patienterna valde sjuksköterskorna vad de pratade med patienterna om. Sjuksköterskorna upplevde att det tog mycket energi att arbeta med patienter i palliativ vård, vilket gjorde det svårt att inte bli för känslomässigt påverkade av patienternas situation (Botti et al., 2006).

Enligt Sandgren et al. (2006) var det viktigt för sjuksköterskorna att hålla distans till patienten för att kunna bevara deras egen energi och kunna hjälpa patienterna, de måste bevara sin professionalitet genom att hålla distans. Genom att visa empati istället för sympati skyddades sjuksköterskan från emotionell överbelastning och risken att identifiera sig med patienten minimerades. För att kunna hantera det dagliga arbetet ansåg sjuksköterskorna att det var av vikt att upprätthålla ett visst avstånd i vårdrelationen och därmed inte bli för personligt involverad (Johansson & Lindahl, 2011).

Viljan att ge god vård

Sjuksköterskorna ansåg att god omvårdnad i livets slut var av stor vikt, de arbetade med ambitionen att omvårdnaden skulle vara så bra som möjligt (Tishelman et al., 2004; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskorna såg varje patient som unik och strävade efter att göra sitt bästa, både för patienten och dess närstående (Johansson & Lindahl, 2011). Att låta patienterna få behålla sin identitet och värdighet var något som var essentiellt i sjuksköterskans arbete och kunna uppfylla patienternas önskan kring vården i livets slutskede i största möjliga mån (Rotegård, Ruland & Fagermoen, 2011; Zheng et al., 2015). Sjuksköterskorna påpekade vikten av symtomlindring hos patienter med cancer i palliativ vård (Mohan et al., 2005; Zheng et al., 2015). När sjuksköterskorna lyckades hitta en bra kombination av medicinsk och icke-medicinsk behandling för patienten kände de sig nöjda (Daines et al., 2013). Men när en patient inte ville ha någon vård alls, ansåg sjuksköterskorna att det var påfrestande att se dem lida (Mohan et al., 2005).

Sjuksköterskorna upplevde att de krävdes ett stort engagemang i vården av patienter i palliativ vård, det största fokus behövde ligga på den personcentrerade vården (Wallerstedt & Andershed, 2007). Att prata om livskvalitet med patienterna var något som sjuksköterskor använde sig av för att vården skulle vara så personcentrerad som möjligt. Genom att prata om det kunde sjuksköterskorna ge patienten den vården som önskades (Reinke et al., 2011). En del sjuksköterskor upplevde att konsten av att ge hopp till patienter och anhöriga tillhörde den palliativa vården, trots att prognosen inte var bra. Det var viktigt för sjuksköterskorna att kunna ge ett allmänt stöd till patienterna (Reinke et al., 2010).

För att kunna ge palliativa patienter den goda vård de förtjänade upplevde sjuksköterskorna att dessa patienter enbart skulle vårdas på palliativa vårdavdelningar (Johansson & Lindahl, 2011). För att kunna ge patienterna en god vård var god klinisk kunskap viktigt, sjuksköterskorna beskrev att erfarenhet ger mognad (Tishelman et al., 2004). Enligt Mohan et

al. (2005) föreslog sjuksköterskorna att de behövde lära sig färdigheter så som coping och rådgivning, som gav dem stöd i att ta hand om patienter med cancer.

Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård

I detta huvudtema beskrivs förhållanden som inverkade på möjligheten att ge god vård. Sjuksköterskorna upplevde tidsbrist och hög arbetsbelastning vilket påverkade kvalitén av vården till patienten. Underteman som framkom var upplevelser av tidsbrist och att känna hög arbetsbelastning.

Upplevelser av tidsbrist

Sjuksköterskorna upplevde att tidsbrist var ett av de större hindren i vården för patienterna (Rotegård et al., 2011; Tishelman et al., 2004). Sjuksköterskor upplevde att de behövde mer tid för att kunna stanna upp och samtala med patienterna. Fera patienter med cancer upplevde ångest vilket innebar att de behövde tid för samtal (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Tishelman et al., 2004). Ibland upplevde sjuksköterskorna att det bara fanns tid att lyssna på mindre problem. När de var ansvariga för många döende patienter samtidigt kände de att tiden inte räckte till för varje enskild patient (Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskorna berättade att de knappt hann med den allmänna omvårdnaden för patienterna och än mindre ge den extra omvårdnaden som kan vara betydelsefull för patienterna i palliativ vård (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Johansson & Lindahl, 2011; Mohan et al., 2005). Sjuksköterskorna berättade att de saknade tid och möjlighet att tillsammans diskutera hur de skulle ta hand om patienterna på bästa sätt och hur de skulle hantera svåra situationer och få återkoppling på deras egna handlingar och reaktioner (Tishelman et al., 2004).

Att känna hög arbetsbelastning

Sjuksköterskorna saknade brist på förståelse för deras höga arbetsbelastning från både patienter och deras närstående (Tay et al., 2012). En tidpunkt då sjuksköterskorna ofta upplevde att det var mycket att göra, var på kvällar och nätter då bemanningen av sjuksköterskor var betydligt lägre. Det blev vid dessa tillfällen svårare att kombinera palliativ vård med "vanlig" vård, vilket resulterade i att vården inte blev optimal och de palliativa patienterna inte fick den tid som de behövde (Wallerstedt & Andershed, 2007). I flera studier upplevde sjuksköterskorna hög arbetsbelastning i förhållande till bemanning som ett problem för att kunna ge en god vård, och att patienterna fick lida för det. Det gjorde att sjuksköterskorna blev mer stressade och mårde sämre (Botti et al., 2006; Sandgren et al., 2006; Tishelman et al., 2004). Enligt sjuksköterskorna krävs det mycket kunskap och erfarenhet för att arbeta med döende personer (Wallerstedt & Andershed, 2007). De sjuksköterskor som hade lite erfarenhet av cancervård upplevde att de inte visste vad de skulle göra när arbetsbelastningen blev för hög (Botti et al., 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valdes var en litteraturbaserad studie grundad på analys av kvalitativa studier då syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter. Metoden ansågs som lämplig och enligt Friberg (2006) används denna metod för att öka förståelsen för ett valt fenomen. För att undersöka detta fenomen hade en intervjustudie kunnat genomföras, dock fanns en

tidsbegränsning på tio veckor därför ansågs tiden för kort för att kunna genomföra en sådan typ av studie.

En översiktssökning genomfördes först för att få en överblick av forskningsområdet. Det är en fördel att börja söka brett för att sedan smalna av sökningarna för att komma fram till kärnan av ämnet (Östlundh, 2006). Fördelen med översiktssökningen är dels att författarna får en inblick i hur det valda forskningsområdet ser ut, dels vilken typ av forskning som finns. Översiktssökningen underlättar valet av sökord till den faktiska sökningen som görs efteråt. Artiklarna skulle vara publicerade de senaste tio åren för att kunna beskriva aktuell forskning. Östlundh (2006) anser att vetenskapligt material är färskvara och vill forskaren kunna utgå från aktuell forskning bör en avgränsning i tidsperiod göras. En av de osystematiska artiklarna var publicerad 2004 och borde därför exkluderas, trots det ansågs resultatet i den artikeln relevant mot syftet. Resultatet i denna artikel från 2004, styrktes genom att andra studier beskrev liknande innehåll och var publicerade under de senaste åren, det vill säga de senaste tio åren. Därför bedömdes ändå denna artikel som relevant för denna studie.

Östlundh (2006) skriver att använda sig av olika begränsningar kan underlätta urvalet av artiklar. Genom valda begränsningar samt granskning som genomförts på alla valda artiklar kan ett brett men ändå gott resultat av artiklar hittas. Genom adekvat avgränsning och granskning kan resultatets trovärdighet styrkas. Språkavgränsningar genomförs för att sortera bort artiklar som är skrivna på ett språk som inte behärskas. Språket engelska var en begränsning då de flesta vetenskapliga artiklarna skrivs på detta språk. Skulle svenska valts som en begränsning skulle träffresultatet minskat då svenska språket inte är lika vanligt förekommande i vetenskapliga sammanhang. Eftersom alla valda artiklar var skrivna på engelska kan det förekomma tolkningsfel eftersom engelska inte är författarnas modersmål. För att förebygga den risken användes en engelsk-svensk ordbok samt Google Translate.

Analysprocessen följde noggrant den metod Friberg (2006) beskriver för att få en ny helhet av resultaten. Författarna försökte vara så neutrala som möjligt under analysen för att påverka processen så lite som möjligt. Det är viktigt att läsa artiklarna med öppenhet och följsamhet (Friberg, 2006). Båda författarna har tidigare erfarenheter av att möta patienter med cancer i ett palliativt skede, vilket kan vara en svaghet då egna värderingar kan ha påverkat studiens resultat. Dock har författarna försökt bortse från egna erfarenheter när artiklarna har analyserats och tolkats, detta för att inte påverka studiens tillförlitlighet.

När artiklarna analyserats framkom olika teman utifrån artiklarnas innehåll. Enligt Polit och Beck (2012) innebär en tematisk analys att forskaren finner mönster mellan olika studier, samt likheter/skillnader. Därefter kan författarna skapa flera olika huvudteman och underteman. Redan när artiklarna lästes igenom i sin helhet upptäckte författarna tänkbara teman till resultatet. Trots att denna förförståelse försökts läggas åt sidan kan det ha påverkat tematiseringen av resultatet i form av vilka teman som framkommit. Fokus kan omedvetet ha lagts på valda områden. Enligt Dahlberg (1997) finns det alltid möjlighet att en annan person hade fått fram andra teman utifrån samma material, det är forskaren som skapar teman. Under analysprocessen framkom tre olika huvudteman. Det kan antas att andra huvudteman hade kommit fram om det var någon annan som hade analyserat artiklarna, det handlar om hur dessa resultat tolkas av de forskare som analyserar. Först lästes alla artiklar igenom enskilt för att undvika risken att påverka varandra, sedan diskuterades tolkningarna av resultaten vilka var likvärdiga, detta ökar trovärdigheten av studiens resultat. Det är viktigt att forskarna under hela processen noggrant tänker över alla ställningstaganden för att öka trovärdigheten och tillförlitligheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är det läsaren som avgör om resultatet är överförbart, men det är

författarna som skapar de förutsättningarna. Överförbarhet innebär enligt Polit, Beck och Hungler (2001) i vilken grad den data som samlats in kan överföras till andra situationer. Enligt Axelsson (2012) kan artiklarnas ursprung ha inverkan på studiens giltighet, vilket författarna av denna studie anser att det har. Valda artiklar speglar ett flertal olika länder världen över. Det påverkar studiens giltighet då resultatet speglar flera kulturer och kan överföras till Sverige som är ett mångkulturellt land.

Under hela processen har etiska överväganden gjorts och när de valda artiklarna granskades, var etiskt resonemang en viktig del för de skulle anses ha god kvalitet. Alla valda artiklar har godkänts av en etisk kommitté samt att forskarna i studierna som har inkluderats i denna litteraturstudie har fört ett etiskt resonemang. Enligt Vetenskapsrådet (2011) finns fyra allmänna huvudkrav på forskningen när det gäller forskningsetik. Dessa krav är informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Enligt Axelsson (2012) ska alla artiklar som inkluderas i litteraturstudien kvalitetsgranskas, det gör det enklare för läsaren att bedöma studiens relevans och trovärdighet. Kvalitetsgranskning gjordes på alla valda artiklar för att dessa skulle upprätthålla en god kvalitet. Författarna valde att bara inkludera de artiklar som erhöll medel eller hög kvalitet under granskningen (Bilaga III).

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans känslor

Resultatet visar på att sjuksköterskorna upplever flera olika känslor i arbetet med patienter med cancer i palliativ vård. Känslor som förnekelse, ilska, sorg och ångest beskrevs (Almeida et al., 2014). Tidigare forskning beskriver sjuksköterskors känslor som uppstår i samband med vården av döende patienter, vilka är sorg, hjälplöshet, ångest och rädsla. Studien visar också på att sjuksköterskor som har större rädsla för döden har en mer negativ attityd till att vårda döende patienter (Cevik & Kav, 2013). Det sistnämnda framkommer inte i resultatet men det kan vara en aspekt som spelar in på attityden. Sjuksköterskor känner maktlöshet i samband med vårdandet av palliativa patienter med cancer, de känner att det inte finns någonting att göra när de ser en patient dö (Almeida et al., 2014). Tidigare forskning visar på att sjuksköterskor upplever en känsla av maktlöshet kring vården av palliativa patienter, då de upplever att de inte kan göra tillräckligt för dessa patienter (McGrath & Holewa, 2006).

Sjuksköterskor beskriver att arbetet kan vara känslomässigt krävande och dränerande. I en studie av McGrath och Holewa (2006) beskrivs att, sjuksköterskor upplever en känslomässig stress av att vårda döende patienter med cancer. Det tycker att det är svårt att vårda en döende patient samtidigt som de i andra stunden går in till en patient som är i en kurativ fas. Det framkommer i resultatet, att det finns en svårighet att vårda dessa två olika typer av patientgrupper (Wallerstedt & Andershed, 2007). Resultatet visar på att både positiva och negativa känslor uppstår i vården av patienter med cancer i ett palliativ skede. Arbetet är ibland både frustrerande och känslomässigt krävande men sjuksköterskorna upplever också känslor som tacksamhet, vilket ger de kraft att fortsätta arbeta med dessa patienter. Tidigare forskning beskriver att sjuksköterskor känner att arbetet med palliativ vård är givande. De har en positiv inställning till palliativ vård (Vejlgaard & Addington-Hall, 2005).

Resultatet visar att sjuksköterskornas egna känslor ibland kan ta överhand vilket leder till att arbetet påverkas. Ett högt känslomässigt tryck kan leda till att sjuksköterskorna blir emotionellt överväldigade. Sjuksköterskorna uttrycker att emotionell kompetens, erfarenhet och kunskap är faktorer som minskar risken att bli överväldigad (Sandgren et al., 2006). Det

kan därför anses som viktigt att ha erfarenhet och kunskap för att kunna arbeta med patienter med cancer i ett palliativ skede, för att kunna klara av detta känslomässiga arbete. Vikten av att hantera sina känslor framkommer i resultatet. Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att ventiler sina känslor för att kunna bearbeta dessa på ett adekvat sätt. En god stämning på avdelningen är viktigt, att sjuksköterskorna både kan skratta och gråta tillsammans (Sandgren et al., 2006). I och med att detta arbete kan vara känslomässigt krävande kan det anses som extra viktigt med ett förtroendefullt samarbete och en god stämning personalen emellan. Det för att känna att de kan ventiler sina känslor med kollegorna och att kunna ha roligt tillsammans.

Vårdrelationens betydelse

Resultatet visar på att sjuksköterskorna anser att det är viktigt att lära känna patienten för att kunna ge ett bra stöd. För att god vård ska kunna bedrivas krävs goda relationer mellan sjuksköterska och patient (Socialstyrelsen, 2005). Travelbee (2001) skriver att en uppgift i omvårdnaden är att stödja patienten och att hjälpa denne att klara av sitt lidande vilket stödjer denna studies resultat. SOU (2009:11) skriver att det är viktigt att skapa förtroende och tillit hos patienten för att en god relation ska kunna bildas. Resultatet visar på att tillit anses som viktigt för relationen. I en studie av Mok och Chiu (2004) beskriver sjuksköterskor att det är viktigt att skapa goda relationer med patienterna. Sjuksköterskorna blir nästan en del av patientens familj. Sjuksköterskor beskriver att relationen med patienterna kan inkludera en vänskap som ger större möjlighet att kunna ge god vård. Författarna till denna studie anser att relationen alltid är en viktig del inom vården och att den kan anses som extra viktig vid vård av patienter med cancer i palliativ vård. Det är viktigt för att sjuksköterskan ska få patientens tillit och kunna stödja för att kunna göra den sista tiden i livet så bra som möjligt för patienten.

God kommunikationen är en viktig del i vården av dessa patienter, men det finns flera barriärer. Vissa sjuksköterskor anser att deras egen rädsla kan hämma kommunikation och att de känner ett obehag vid samtal om döden. Flertalet sjuksköterskor upplever att de inte är bekväma att prata om döden och att det anses som en utmaning (Tay et al., 2012; Zheng et al., 2015). Det kan styrkas av tidigare forskning i en studie av Cevik och Kav (2013) som visar att sjuksköterskorna känner sig obekväma att samtala om döden med patienter. En annan studie visar på att det är bristen på erfarenhet som gör att det är svårt att kommunicera med patienten. Det finns en oro över att säga fel sak till patienten (Peterson et. al., 2010). Sjuksköterskan ska ha förmåga att på ett empatiskt, respektfullt och öppet sätt kunna kommunicera med patienter (Socialstyrelsen, 2005). För att kunna samtala med patienten om ämnen som döden, är det som sjuksköterska viktigt att komma över den rädsla som resultatet påvisar. Eriksson (1994) skriver att det viktigaste av allt är att våga möta den lidande människan och lidandet. För att kunna stödja patienten i livets slutskede krävs tillit och god kommunikation. Det krävs att sjuksköterskan vågar möta den döende patienten och samtala om ämnen som kan vara känslomässigt påfrestande för båda parter.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskor ibland upplever närstående som en påfrestning kring deras arbete med patienterna. Detta styrks av en studie som beskriver att sjuksköterskor ofta distanserar sig när de möts av aggression hos närstående. De känner att det är påfrestande att bemöta närstående och att de ofta undviker att göra det (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005).

Resultatet visar att sjuksköterskorna har en vilja av att ge god omvårdnad i livets slut och ser det som en betydande del i arbetet. En annan studie visar att sjuksköterskorna beskriver att syftet med yrket är att tillgodose patientens behov och få dem att känna sig väl omhändertagna. Det kan sammanfattas som en vilja att göra gott (Ekedahl & Wengström, 2007). Peterson et al. (2010) beskriver att en av de viktigaste aspekterna i vården för döende patienter är att se till att de är bekväma. I studien beskrivs också ett orosmoment hos sjuksköterskorna, vilket är patientens lidande, de försöker i största möjliga mån lindra lidandet. Sjuksköterskorna beskriver vikten av att tillgodose patienternas fysiska och känslomässiga behov (Peterson et al., 2010). Resultatet visar på att sjuksköterskorna strävar efter att kunna ge patienter i livets slutskede bästa möjliga vård (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuksköterskornas vilja att göra gott kan kopplas till de mål som Cancerfonden (2014b) beskriver för patienter med obotlig cancer. Patienten ska den sista tiden i livet få ha en god livskvalité, det ska genomföras genom symtomlindring och god vård. Eriksson (1994) skriver att vårdlidande innebär bli förnekad som en lidande människa. I resultatet framgår att sjuksköterskorna tycker att det är viktigt att se varje patient som unik och att de får behålla sin identitet och värdighet, vilket minimerar risken för vårdlidande.

Enligt Barnard, Hollingum och Hartfiel (2006); Peterson et. al (2010) uttrycker några av sjuksköterskorna att de har en oro att bli alltför involverade med patienten. De anser att det är viktigt att hålla deras egna känslor separata. De menar att det alltid finns en risk som sjuksköterska bli för involverad känslomässigt, då dessa patienter befinner sig i en svår situation. Att kunna upprätthålla professionell distans i vården av döende patienter kan innebära en svårighet för sjuksköterskor. Det stödjer resultatet där sjuksköterskorna berättar att de lätt blir för känslomässigt involverade och vikten av en god balans mellan närhet och distans poängteras (Sandberg et al., 2006; Tishelman et al., 2004). Det kan vara svårt att hitta en god balans men det anses vara av vikt utifrån studiens resultat. Att bli för involverad kan leda till att sjuksköterskorna påverkas på ett personligt plan. Genom att distansera sig för mycket kan det leda till att patienten upplever att sjuksköterskan är känslökall. Att komma för nära patienten kan leda till att sjuksköterskans privatliv påverkas, känslorna tenderar att dröja kvar trots att sjuksköterskorna har lämnat sin arbetsplats.

Förhållanden som inverkar på möjligheten att ge god vård

Sjuksköterskorna upplever att tidsbrist och hög arbetsbelastning i den palliativa vården av patienter med cancer inverkar på deras möjlighet att ge dessa patienter en god vård med kvalitet. Ekedahl och Wengström (2007) beskriver också att sjuksköterskorna upplever tidsbrist i arbetet med patienter i palliativ vård. Sjuksköterskorna försöker att få mer tid till patienten som ska stå i fokus, men de pressas av tiden som ska räcka till administrativa uppgifter. I resultatet framkommer det inte att närstående påverkar sjuksköterskans tid med patienten. I tidigare forskning anges däremot att närstående ofta tar tid från sjuksköterskan, vilket påverkar möjligheten att ge god vård i livets slut till patienterna. Frustration uppstår hos sjuksköterskorna när närstående efterfrågar uppdateringar kring patientens situation vilket tar tid (Beckstrand & Kirchoff, 2005; Beckstrand, Moore, Callister & Bond, 2009).

Resultatet visar att sjuksköterskor upplever vården av patienter med cancer i palliativ vård som stressande, sjuksköterskorna upplever en hög arbetsbelastning, vilket påverkar kvaliteten på vården (Botti et al., 2006; Sandgren et al., 2006; Tishelman et al., 2004). Iranmanesh, Abbaszadeh, Dargahi och Cheraghi (2009) beskriver att det är en hög arbetsbelastning för sjuksköterskor som arbetar med patienter i livets slut och att det påverkar deras kapacitet att interagera med patienterna. Detta kan leda till en mindre effektiv vård med lägre kvalitet.

Resultatet visar att sjuksköterskorna anser att lite erfarenhet av palliativ cancervård och hög arbetsbelastning kan leda till att vissa sjuksköterskor inte vet vad de ska göra. Resultatet pekar på att det kan vara viktigt som sjuksköterska att ha erfarenheter före ett arbete i palliativ vård av patienter med cancer, eftersom arbetet kan upplevas som krävande, påfrestande och för att känslor som maktlöshet kan uppstå.

Slutsatser

Patienter med cancer som är i ett palliativt skede har komplexa behov. Sjuksköterskorna som möter dessa patienter behöver specifika färdigheter så som emotionell kompetens, copingstrategier och handledning för att kunna ge stöd till dessa patienter. Det är ett känslomässigt arbete och en svårighet är att inte bli för känslomässigt involverad med patienten. Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att hålla en god balans mellan närhet och distans till patienten. Ju tryggare sjuksköterskan är i sin yrkesroll desto lättare blir det att vara nära patienten. Sjuksköterskan blir inte rädd för de eventuella känslor som uppstår hos patienten, närstående eller hos sig själv för att sjuksköterskan har kompetens att hantera situationen. Sjuksköterskorna försöker att ge patienterna bästa möjliga vård och strävar efter att patienten ska få bevara en god livskvalitet fram till den sista dagen i deras liv. För att vården ska vara av god kvalitet, är en god relation mellan sjuksköterska och patient betydelsefull. Tillit är viktigt för att sjuksköterskan ska få patientens förtroende som i sin tur leder till en god relation. Dessa patienter behöver stöd av sjuksköterskan, men en begränsning som framkom är tiden. Att kunna ge extra omsorg till dessa patienter kan ha betydelse för patienter i palliativ vård. Sjuksköterskorna vill ge en för patienten god omvårdnad men blir begränsade av tiden och den höga arbetsbelastningen. Trots att arbetet upplevs som känslomässigt, upplever sjuksköterskorna att de får mycket tillbaka av patienterna vilket ger bekräftelse och stimulans i arbetet. Detta ger kraft och mening i vad de utför för dessa patienter. De kan på detta sätt få styrkan att arbeta med patienter med cancer i palliativ fas.

Praktiska implikationer

Sjuksköterskan möter patienter med cancer i ett palliativt skede på vårdavdelningar. Bemötandet är en viktig del i omvårdnaden av patienter med cancer i palliativ vård. Att kunna ta del av andra sjuksköterskors erfarenheter inom området är något som kan bidra i mötet med dessa patienter. Relationen mellan patient och sjuksköterska utgör grunden för hur vården uppfattas av patienten, relationen grundar sig i tillit och god kommunikation. Som sjuksköterska är det därför viktigt att beakta hur dessa patienter bemöts, patienter i palliativ vård kan ha en annan upplevelse av livet, än en patient som inte erhåller palliativ vård. Utbildning om hur sjuksköterskan bör bemöta patienter i palliativ cancervård och dess närstående kan vara viktigt för att öka sjuksköterskans kompetens och på så sätt minska de barriärer som finns mellan sjuksköterskan, patienten och de närstående. Likaså kan teamarbete vara viktigt på en arbetsplats som arbetar med dessa patienter. Sjuksköterskorna upplever många känslor och det är viktigt att de kan ventiler sina känslor med övrig personal, för att klara av att arbeta med patienter i livets slutskede. Resultatet visar på att det är påfrestande både resursmässigt och känslomässigt att vårda patienter med cancer i palliativ vård för sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar. Sjuksköterskor anser att patienter med cancer som erhåller palliativ vård behöver mer resurser och mer tid av sjuksköterskan för att vården ska bli optimal. Handledning kan stödja sjuksköterskorna, öka deras kompetens och bidra till att utveckla den palliativa cancervården.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Kunskapen som framkommer i denna studie är viktig för sjuksköterskans yrkesroll. Den är användbar inom vården då många patienter med cancer i palliativ vård vårdas på avdelningar som inte enbart ger palliativ vård. Huruvida vården skiljer sig av dessa patienter på en vårdavdelning jämfört med en specialiserad palliativ vårdavdelning hade varit god kunskap. Det för att visa om vårdkvalitén blir bättre på specialiserade palliativa avdelningar. Cancer är en komplex sjukdom, trots det erhåller inte undervisningen i sjuksköterskeutbildningen tillräcklig utbildning inom området. Det är något som behöver förbättras för att öka kunskapen hos sjuksköterskor. Det är för författarna av intresse att undersöka vilken kunskap sjuksköterskor efterfrågar i vården av patienter med cancer som får palliativ vård. Det för att kunna öka sjuksköterskornas kompetens och förbättra utbildningen. Sjuksköterskan lär och utvecklas under sitt yrkesliv. Genom djupare förståelse för patienter med cancer i palliativ vård, i ett tidigare skede av sjuksköterskans yrkesliv, kan vården för dessa patienter förbättras. Sjuksköterskan ska kunna tillgodose alla patienters behov, inkluderat de som får palliativ vård. Att skaffa sig djupare kunskap inom palliativ vård är därför något författarna anser vara viktigt för egen kunskapsutveckling.

Referenser

Almeida, C.S.L., Sales, C.A., & Marcon, S.S. (2014). The existence of nursing in caring for terminally ill life: a phenomenological study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (1), 34-40. doi: 10.1590/S0080-623420140000100004

Arving, C., & Holmström, I. (2011). Creating a new profession in cancer nursing? Experiences of working as a psychosocial nurse in cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2939-2947. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.02709.x

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 203-220). Lund: Studentlitteratur.

Barnard, A., Hollingum, C., & Hartfiel, B. (2006). Going on a journey: understanding palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing* 12(1), 6-12. doi: 10.12968/ijpn.2006.12.1.20389

Beckstrand, R.L., & Kirchhoff, K.T. (2005). Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care* 14(5), 395-403.

Beckstrand, R.L., Moore, J., Callister, L., & Bond, A.E. (2009). Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors at the End of Life. *Oncology Nursing Forum* 36(4), 446-453. doi: 10.1188/09.ONF.446-453

Berhin, I., Lundgren, M., & Theodoridis, K. (2014). Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svår bemöta. *Vård i Norden*, 113 (34), 28-32.

Biörnstad, L. (2014). *Om cancer: symtom och sjukdomstecken*. Hämtad 17 november, 2015, från Cancerfonden, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/symtom-och-sjukdomstecken>

Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 244-254. doi: 10.1111/i.1365-2702.2005.01503.x

Bolund, C., & Brandberg, Y. (2008). Psykosocial onkologi. I U. Ringborg., T Dalianis., & R. Henriksson. (Red.). *Onkologi* (ss. 586-597). Stockholm: Liber.

Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns., Lewis, K., & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 29 (4), 309-316.

Cancerfonden. (2014a). *Om cancer: metastaser*. Hämtad 17 november, 2015, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/metastaser>

Cancerfonden. (2014b). *Om cancer: att vara närstående vid livets slut*. Hämtad 17 november, 2015, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/att-vara-narstaende-vid-livets-slut>

Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Cancer Nursing* 36(6), 58-65. doi: 10.1097/NCC.0b013e318276924c

Corner, J. (2002). Nurses' experiences of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11, 193–199. doi: 10.1046/j.1365-2354.2002.00339.x

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22 (1), 4-8.

Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Filtch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 593-598. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.12.593

Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing* 50(4), 372–380. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x

Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care - Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, (11), 228–237. doi:10.1016/j.ejon.2006.09.005

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Ferrell, B., Virani, R., Malloy, P., & Kelly, K. (2010). The preparation of oncology nurses in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(4), 259-265. doi: 10.1016/j.soncn.2010.08.001

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* (ss. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2009). Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psycho-Oncology*, 18, 1156–1164. doi: 10.1002/pon.1429

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 643-652. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

Iranmanesh, S., Abbaszadeh, A., Dargahi, D. & Cheraghi, M.A. (2009). Caring for People at the End of Life: Iranian Oncology Nurses' Experiences. *Indian Journal of Palliative Care* 15(2), 141-148. doi: 10.4103/0973-1075.58461.

Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2034–2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x

Lundman, B., & Hällgren-Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.187-201). Lund: Studentlitteratur.

McGrath, P., & Holewa, H. (2006). Missed opportunities: Nursing insights on end-of-life care for haematology patients. *International Journal of Nursing Practice* 12, 295–301. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00585.x

Mohan, S., Wilkes, L.M., Ogunsiyi, O., & Walker, A. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care*, 14, 256-263. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00566.x

Mok, P., & Chiu, P.C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 475–483. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing* 16(4), 181-187. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.4.47784

Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt cancercentrum väst. (u.å). *Jag är mer än bara cancer - Arbetsmaterial för verksamheter som vill bli bättre på att möta cancerberörda* [Broschyr]. Regionalt cancercentrum väst. Från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/vast/mer-an-bara-cancer.pdf>

Reinke, L.F., Shannon, S.E., Engelberg, R.A., Young, J.P., & Curtis, J.R. (2010). Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982-992. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315

Rotegård, A.K., Ruland, C.M., & Fagermoen, M.S. (2011). Nurse Perceptions and Experiences of Patient Health Assets in Oncology Care: A Qualitative Study. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 25(4), 284-301. doi: 10.1891/1541-6577.25.4.284

Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2012). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(2), 271-279. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x

Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), 79-96. doi: 10.1177/1049732305283930.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 1 november, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede: sammanställning av aktuell forskning*. Hämtad 2 november, 2015, från Socialstyrelsen, https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9185/2007-123-13_200712313.pdf

Socialstyrelsen. (2013a). *Cancer i siffror 2013*. Hämtad 4 november, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2013b). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning, rekommendationer och indikatorer Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 4 november, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritze Offentliga Publikationer.

Statens Offentliga Utredning, 2009:11. *Utredningen en nationell cancerstrategi. En nationell cancerstrategi för framtiden: betänkande*. Stockholm: Fritze Offentliga Publikationer.

Stewart, B. W., & Wild, C. P. (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Hämtad 10 oktober, 2015, från <http://site.ebrary.com/lib/vast/detail.action?docID=11014806&p00=world+cancer+report>

Svensk Sjuksköterskeförening (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 16 november, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svenska Palliativregistret (2014). *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2014*. Hämtad 16 november, 2015, från http://www.palliativ.se/wp-content/uploads/2015/03/Svenska-palliativregistret-%C3%A5rsrapport-2015_2.pdf

Sæteren, B., Lindström, U. Å., & Nåden, D. (2010). Latching onto life: living in the area of tension between the possibility of life and the necessity of death. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 811–818. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03212.x

Tay, L.H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647–2658. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x

Tishelman, C., Bernhardson, B-M., Blomberg, K., Börjeson, S., Franklin, L., Johansson, E., Leveälähti, H., Sahlberg- Blom, E., & Ternstedt, B-M. (2004). Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 420–429. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02925.x

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Vejlgaard, T., & Addington-Hall, J.M. (2005). Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative Medicine*, 19, 119-127. doi: 10.1191/0269216305

Vetenskapsrådet. (2011). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 30 november, 2015, från http://www.speped.su.se/polopoly_fs/1.124114.1360773262!/menu/standard/file/VRs%20Forskningsetiska%20principer.pdf

Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 32–40. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x

World Health Organisation. (2015). *Cancer*. Hämtad 30 oktober, 2015, från <http://www.who.int/cancer/en/>

WHO. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 12 november, 2015, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zheng, R-S., Guo, Q-H., Dong, F-Q., & Owens, R.G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are in their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 288-296. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.0090020-7489.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I

Tabell 1, innehåller en översikt av informationssökningen

Cinahl 2015-11-11	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	”Barrier*”	36134				
#2	(MH ”Cancer patients”)	17864				
#3	(MH ”Qualitative studies”)	55786				
#4	”Nurs* experience*”	53241				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	15				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	12	12	3	1	1

Cinahl 2015-11-11	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH ”Nurse-patient relations”)	19314				
#2	(MH ”Neoplasms”)	34645				
#3	(MH ”Qualitative studies”)	55786				
#4	#1 AND #2 AND #3	8				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	7	7	3	2	2

Cinahl 2015-11-11	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	”cancer care”	38344				
#2	(MH ”support, psychosocial”)	38584				
#3	(MH ”Qualitative studies”)	55786				
#4	”psychological care”	29680				
#5	”work experience”	23142				
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	12				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	10	10	2	1	1

Cinahl 2015-11-11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "nurses attitudes")	19643				
#2	(MH "cancer patients")	17871				
#3	(MH "qualitative studies")	55832				
#4	#1 AND #2 AND #3	65				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	40	40	6	3	2

Cinahl 2015-11-11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	"nurs* experience*"	53838				
#2	(MH "cancer patients")	17871				
#3	(MH "qualitative studies")	55732				
#4	"Caring"	27268				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	25				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	25	25	4	3	1

Cinahl 2015-11-16	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH "Qualitative Studies")	55886				
#2	(MH "Attitude of Health Personnel")	20165				
#3	(MH "Oncologic Care")	7383				
#4	#1 AND #2 AND #3	33				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	24	24	5	1	1

Cinahl 2015-11-23	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH "Palliative care")	19966				
#2	(MH "Nurse attitudes")	19668				
#3	(MH "Nurse-patient relations")	19334				
#4	#1 AND #2 AND #3	45				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	30	30	4	2	2

Cinahl 2015-11-23	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH "Terminal care")	11381				
#2	(MH "Nurse attitudes")	19668				
#3	(MH "Work experience")	3817				
#4	#1 AND #2 AND #3	10				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	9	9	7	1	1

Cinahl 2015-11-23	Sökord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH "Terminal care")	11381				
#2	(MH "Nurses")	43426				
#3	(MH "Prognosis")	24410				
#4	#1 AND #2 AND #3	6				
Begränsningar	Peer Reviewed, Engelska, 2005-2015	5	5	5	2	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej
Informantkaraktäristika
 Antal
 Ålder
 Man/kvinna
 Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej
 Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
 - Strategiskt? Ja Nej Vet ej
 - Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
 - Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
 - Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej
 - Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
 - Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
 Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening? Ja Nej Vet ej
 Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem

Peer review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet

Bilaga III

Tabell 2, innehåller översikt av analyserad litteratur.

Författare, årtal och land	Syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare: Almeida, Sales & Marcon.</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Brasilien</p>	<p>Syftet med studien var att förstå innebörden och betydelsen av hur sjuksköterskor kännetecknar palliativ cancervård på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats.</p>	<p>Intervju med 13 sjuksköterskor som arbetade inom onkologi.</p>	<p>Sjuksköterskorna såg sitt arbete med palliativa patienter med cancer som givande. De ansåg att denna patientgrupp behövde ses som unika individer för att optimera vården för dessa.</p>	<p>Grad II</p>
<p>Författare: Arving & Holmström</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva karaktäristiken av att vara en psykosocial sjuksköterska i cancervård.</p>	<p>Kvalitativ induktiv intervjuansats, utan förutbestämda hypoteser eller kategorier.</p>	<p>5 sjuksköterskor som hade arbetat inom cancervård i 3-10 år och som sjuksköterskor i minst 5 år.</p>	<p>Sjuksköterskorna kände att de hade dubbla yrken, både sjuksköterska och terapeut. De kände en osäkerhet om vad deras roll i vårdandet verkligen var. De använde sin psykosociala kompetens för att hjälpa patienter med cancer.</p>	<p>Grad II</p>
<p>Författare: Blomberg & Sahlberg-Blom</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva hur personal som vårdar patienter med framskriden cancer beskriver hur de hanterar svåra situationer i den dagliga vården.</p>	<p>Kvalitativ studie. Analys inspirerad av fenomenologisk metod</p>	<p>Sexton fokusgrupper, totalt deltog 77 personer som alla arbetade med patienter med framskriden cancer. Alla deltagare var kvinnor, ålder och erfarenheten varierade.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde det huvudsakliga inom palliativ vård som en balans mellan närhet och distans. Att de hela tiden fick arbeta med att inte komma för nära patienterna, och då inte bli för emotionellt bundna.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Botti, Endacott, Watts, Cairns, Lewins & Kenny</p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Syftet var att identifiera huvudproblem kring att ge effektiv psykosocial vård till vuxna patienter inlagda med hematologisk cancer.</p>	<p>Beskrivande kvalitativ metod.</p>	<p>15 sjuksköterskor som arbetat med patienter med cancer i minst 3 år. Två fokusgrupper, 7 & 8 deltagare i varje grupp.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde både professionella och personliga problem i omvårdnaden av patienter med cancer. De upplevde att de lätt blev för emotionellt dragna till patienterna samt att kommunikation och stöd var viktigt att kunna ge patienterna.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Daines, Stilos, Moura, Fitch, McAndrew, Gill, & Wright</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med malignt tarmvred (vilket innebar cancer) och deras familjer för att ge ökad kunskap inom området.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>15 sjuksköterskor i två fokusgrupper. Erfarenhet 1-30 år. Majoriteten kvinnor. Medelålder: 56 år.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att patienter och anhöriga kände frustration i vården, vilket de ansåg var svårt att lindra. De upplevde att relationen till patienten var viktig.</p>	<p>Grad I</p>

<p>Författare: Johansson & Lindahl</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva allmänsjuksköterskors erfarenheter av att vårda palliativa patienter på allmänna avdelningar på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ, beskrivande och tolkande studie.</p>	<p>8 kvinnliga sjuksköterskor som arbetat i 3-32 år.</p>	<p>Studien visade på stora skillnader och kontraster mellan att vårda "vanliga" patienter och palliativa patienter på samma avdelning. Tidsbrist var en aspekt som påverkade vården. Sjuksköterskorna upplevde en känsla av tacksamhet när de fick vårda palliativa patienter.</p>	<p>Grad II</p>
<p>Författare: Mohan, Wilkies, Ogunsiji & Walker</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med cancer på vanliga vårdavdelningar.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande metod.</p> <p>De använde sig av enkäter och intervjuer.</p>	<p>21 enkäter besvarades sedan intervjuades 5 av dem.</p> <p>Informanterna var sjuksköterskor som arbetade på vanliga vårdavdelningar.</p>	<p>Sjuksköterskorna i studien önskade att de kunde ge stöd med hög kvalitet till patienter med cancer, men att miljön de arbetade i hindrade detta. Det framkom att det krävs mer kunskap för sjuksköterskor för att de ska hinna vårda denna patientgrupp.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskans perspektiv på hur de stödjer/inte stödjer patientens och anhörigas hopp samtidigt som de är ärliga i patientens prognos.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Begränsad användning av grounded theory.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 22 sjuksköterskor.</p> <p>De flesta var kvinnor och medelåldern var 46,6 år.</p>	<p>Hinder som försvårar diskussion med patienten och familjen kring prognosen identifierades. Det var viktigt att bygga upp ett förtroende för patienten för att kunna möta sina patienter och familjers behov av hopp. Sjuksköterskorna ansåg sig ha en viktig stödjande roll för patienter med cancer.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Rotegård, Ruland & Fagermoen</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och användning av patienters resurser.</p>	<p>En utforskande och beskrivande kvalitativ metod.</p> <p>Fokusgrupp-intervjuer.</p>	<p>26 sjuksköterskor, 5 fokusgrupper, 4-7 deltagare i varje grupp.</p> <p>Medelålder på 45,3 år.</p> <p>Erfarenhet 3-39 år.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att de fanns många resurser hos patienter inom cancervården. De uttryckte att patientens resurser skulle kunna användas bättre. Sjuksköterskorna använde ofta undermedvetet patienternas hälsotillgångar i vårdandet.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson</p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att undersöka vad sjuksköterskor anser är det största problemet när de vårdar palliativa patienter med cancer och hur de löser det.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Grounded Theory.</p>	<p>Intervjuer med 16 sjuksköterskor.</p> <p>Alla var kvinnor, de var i åldrarna 23-60år.</p>	<p>Emotionell överbelastning visade sig vara ett problem i den palliativa vården av patienter med cancer. Att sjuksköterskorna strävar efter 'Emotional Survival' var något som visade sig tydligt.</p>	<p>Grad I</p>

<p>Författare: Tay, Ang & Hegney</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: Singapore</p>	<p>Syftet var att undersöka de faktorer som påverkar en effektiv kommunikation mellan singaporianska sjuksköterskor och slutenvårds patienter med cancer</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Interpretivism paradigm (vilket innebär att undersöka levda erfarenheter och förstå människors upplevelser av deras sociala verklighet)</p>	<p>Intervjuer med tio sjuksköterskor som arbetade på onkolgi-avdelningar.</p> <p>2 års erfarenhet av cancervård.</p>	<p>Den kulturella tabun ökar sjuksköterskors obehag vid samtal om känsliga ämnen. Faktorer som påverkade kommunikationen mellan sjuksköterska och patient framkom, kommunikationen påverkades av egenskaper hos både sjuksköterskan och patienten.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Tishelman, Bernhardson, Blomberg, Börjeson, Franklin, Johansson, Leveälähti, Sahlberg- Blom & Ternestedt</p> <p>Årtal: 2004</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att undersöka hur klinisk personal resonerar kring omvårdnaden för patienter med framskriden cancer.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Fokusgrupper.</p>	<p>20 fokusgrupper. Varje grupp bestod av 2-8 deltagare.</p> <p>Alla deltagare var kvinnor med varierande ålder och arbetslivserfarenhet.</p>	<p>Resultatet betonar komplexiteten i vården för patienter med framskriden cancer. Det fanns en konflikt mellan de omvårdnadsideal och den problematiska verkligheten av vården. De beskriver vikten av god vård för dessa patienter. De beskriver också vikten av närhet och distans till patienten.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Wallerstedt & Andershed</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda allvarligt sjuka och döende patienter utanför palliativ specialistvård.</p>	<p>Kvalitativ studie med femnologisk metod</p>	<p>Intervju med 9 sjuksköterskor som arbetade inom distriktsvård, hemtjänst och hemvård samt på sjukhus.</p> <p>Deltagarna var både män och kvinnor var mellan 30-65 år.</p>	<p>Sjuksköterskorna hade höga ambitioner att ge patienter i livets slutskede och deras anhöriga en högkvalitativ vård. Men tid, resurser och samarbete begränsade vården.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Zheng, Guo, Dong & Owens</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Land: Kina</p>	<p>Syftet var att undersöka kinesiska onkologisjuksköterskors erfarenheter av att vårda döende patienter med cancer.</p>	<p>Beskrivande kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukerade intervjuer.</p>	<p>28 sjuksköterskor som arbetat med palliativa patienter med cancer i minst 6 månader.</p> <p>Medelåldern var 31,75 år.</p> <p>Erfarenhet mellan 6 månader och 26 år.</p>	<p>Sjuksköterskor kände ett känslomässigt lidande när de tog hand om döende patienter med cancer. Genom reflektioner kring liv och död påverkades deras dagliga liv, attityder och beteende. De hade en stark vilja att erbjuda god vård i livets slutskede men det fanns vissa begränsningar för detta.</p>	<p>Grad I</p>

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se