



Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

## Sjuksköterskans bemötande av patienter som vårdas palliativt

Författare: Håkan Nilsson & Kristofer Johansson Justerat och godkänt: 27/3 -07

Handledare: Sigrid Johansson

Examinator: Annika Larsson-Mauleon

Ej avsedd för publikation

**Blekinge Tekniska Högskola**  
Sektionen för Hälsa, HAL

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng  
Kurs: VOC002, Examensarbete, 10 poäng

## Sjuksköterskans bemötande av patienter som vårdas palliativt

Författare: Håkan Nilsson  
Kristofer Johansson

Handledare: Sigrid Johansson                      Examinator: Annika Larsson-Mauleon

### **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Palliativ vård är en vårdform som de senaste åren fått mer gehör i Sverige. Med palliativ vård menas att öka livskvaliteten samt vårdandet av svårt sjuka och döende patienter. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa betydelsen av stödet som sjuksköterskan förmedlar i interaktionen med patienter under en palliativ vårdssituation. **Metod:** Metoden som användes i studien var litteraturstudie. **Resultat:** Resultatet i studien visar att sjuksköterskor bäst bemöter patienter som vårdas palliativt om de har ett professionellt förhållningssätt och skapar en tillitsfull relation till patienten. Genom ett professionellt förhållningssätt visar sjuksköterskan intresse för patienten som individ, visar empati samt har en öppen kommunikation med patienten. **Diskussion:** I diskussionen framkommer vikten av att vårdpersonalen tar sig tid att lyssna på och finnas där för patienten. Detta ökar patientens tillit till vårdpersonalen i mötet. I de fall där tiden ej finnes blir relationen mellan vårdpersonal och patient inte lika bra.

Sökord: Palliativ vård, stöd, möte, relation, tillit, kommunikation, omvårdnad

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>Sida</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>Palliativ vård</b> .....	<b>1</b>
<b>Stöd</b> .....	<b>3</b>
<b>Vårdande mötet</b> .....	<b>4</b>
<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>Urval</b> .....	<b>7</b>
<b>Analys</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
<b>Stöd ger ökad självkontroll</b> .....	<b>9</b>
<b>Stöd i vårdande mötet</b> .....	<b>10</b>
<b>Förmågan att skapa en tillitsfull relation</b> .....	<b>11</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
<b>Slutsats</b> .....	<b>14</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>15</b>
<b>Bilaga 1 LITTERATURSÖKNING</b> .....	<b>Bil. 1</b>
<b>Bilaga 2 ARTIKELÖVERSIKT</b> .....	<b>Bil. 2</b>
<b>Bilaga 3 ANALYS AV TEXTMATERIAL</b> .....	<b>Bil. 3</b>

## BAKGRUND

I SOU 2000:6 går det att läsa att det finns brister i vården vid livets slutskede. Vårdpersonal är inställd på att rädda liv och om den kurativa behandling övergår till en palliativ kan detta ses av vårdpersonalen som ett misslyckande. Många sjuksköterskor känner rädsla och ångest inför döden vilket kan medföra svårigheter att delta i vården vid livets slutskede. Detta kan skapa problem i det vårdande mötet speciellt om vårdpersonalen inte besitter en inre trygghet och ett professionellt förhållningssätt. Det kan finnas risk för att de istället väljer antingen att undvika patienten eller fäster sig allt för mycket (SOU 2001:6).

Enligt socialstyrelsen (2006) är det inte alltid vårdpersonalen känner till om det existerar något måldokument för palliativ vård. Samtidigt anges det i inledningen av SOSFS (1993:17) att ”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död”. Socialstyrelsen poängterar i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) att detta åligger sjuksköterskan.

I sjuksköterskans grundutbildning ingår det avsnitt om symtomkontroll, bemötande och etiska grundprinciper. Avsnitten är emellertid korta och de flesta utbildade anses inte till fullo kunna tillmötesgå den döende patientens anspråk på kompetent bemötande (SOU 2000:6).

På senare tid har det dock bedrivits ett aktivt arbete inom området vilket resulterat i de fyra hörnstenarna *symtomkontroll*, *samarbete*, *kommunikation* och *stöd*. Syftet med hörnstenarna är att förbättra arbetet inom den palliativa vården. Genom att ha kunskap så uppnås en bättre kontroll av symtom som patienten drabbats av till exempel smärta och illamående. Det är även viktigt att ha ett fungerande samarbete mellan olika vårdprofessioner som kan konsulteras för att tillgodose patientens behov. För att kunna få ut det mesta av god palliativ vård så behövs det även en kommunikation och relation. Detta sker mellan patienten och vårdpersonalen samt är en förutsättning för en professionell palliativ vård (SOU 2001:6).

### Palliativ vård

Sandman och Woods (2003) skriver att begreppet ”palliativ” ursprungligen kommer från latinets ”pallium” som betyder mantel. Med en mantel kan en person hölja över sig själv eller någon annan för att skydda sig mot fara men faran försvinner inte.

Palliativ vård definieras enligt WHO (2002) som en helhetsvård vars syfte är att lindra fysiskt och psykiskt lidande när patienten inte längre är mottaglig för kurativ behandling. Det övergripande målet är att uppnå så god livskvalitet som möjligt för patienten utan att vare sig förlänga patientens liv eller att påskynda hans död. Inom palliativ vård blir döden en normal process samtidigt som livet bejakas. WHO (2002) definierar helhetsvård som en vårdfilosofi vars syfte är att ge högsta möjliga livskvalitet för patienten genom att möta de problem som uppstår när bot inte längre är möjlig. För att som sjuksköterska

kunna ge en god helhetsvård, krävs att hon besitter teoretisk kunskap och praktiskt kunnande inom sitt yrke.

När Dame Cicely Saunders år 1967 öppnade St Christophers Hospice var detta det första av sitt slag för att förbättra den döende människans livsvillkor. Ända fram till år 1987 talades det om terminalvård när det gällde vård av döende patienter i Sverige. Successivt ersattes ordet terminal med palliativ som står för lindrande åtgärder. Med palliativ vård menas inte enstaka insatser utan det handlar om en vårdfilosofi, vars syfte är att skapa förutsättningar för livskvalitet när kurativ behandling inte längre är möjlig (Beck-Friis & Strang, 2005). Livskvalitet är enligt Twycross (1998) det som patienten själv säger att det är. Begreppet livskvalitet innefattar patientens personligt upplevda och/eller uttryckta tillfredsställelser. Livskvaliteten berör och påverkas av samtliga mänskliga dimensioner såsom fysisk, psykisk, social och andlig samt upplevs som god när patientens önskningar motsvaras och uppfylls av den aktuella situationen. Skulle det föreligga stora avvikelser mellan önskningar och situationen räknas den som dålig.

Trots att det fortfarande är så att bostadsorten avgör nivån på den palliativa vården som erbjuds har det skett en klar förbättring sedan millennieskiftet. Det finns vissa kommuner som erbjuder palliativ vård där patienten önskar oavsett diagnos eller bostadsort, samtidigt som de allra flesta patienter får hålla till godo med den palliativa vård som erbjuds. De patienter som vårdas i hemmet får därmed i praktiken göra upprepade återbesök på sjukhus där det finns bredare palliativ kompetens hos sjuksköterskorna (Socialstyrelsen, 2006).

Inom svensk sjukvård har det traditionellt funnits ett tvådimensionellt synsätt – kropp och själ. Under senare år har detta utvecklats till ett fyrdimensionellt perspektiv vilket visat sig vara mera relevant. Inom de fyra dimensionerna – fysisk, psykisk, social och andlig – så beskrivs människans grundläggande behov, stressfaktorer, reaktioner och symtom samt möjligheterna till hjälp. Med fysiskt lidande menas till exempel smärta och illamående medan det psykiska lidandet kan exemplifieras med ångest och nedstämdhet. Den sociala dimensionen innefattar relationer, familjen samt boendet och den existentiella/andliga dimensionen kan innebära skuld, dödsångest, livssyn samt religion. Det har hävdats att inget bemötande eller ingen behandling som inte tar hänsyn till alla fyra dimensionerna kommer att ge önskat resultat: adekvat smärtlindring och välbefinnande. Tillämpning av dessa fyra dimensioner för att beskriva och förstå uppkomstmekanismer, normalreaktioner och sjukdomstillstånd kan innebära att mötet och behandlingen av patienter, vars liv är uppenbart hotat, blir mera ändamålsenligt (Beck-Friis & Strang, 2005).

Det är vanligt att vårdpersonalen blir frustrerad och besviken vid övergång från en kurativ behandling till en palliativ. Känslor är något som måste tillåtas inom vården men de får inte påverka oss så mycket att de medför ytterligare lidande för patienten. Detta kan bäst undvikas genom en ärlig dialog inom vårdteamet dels informellt, dels genom handledning med jämna mellanrum (Svensk medicin, 2003).

Palliativ vård utövas av en grupp professionella vårdare som bildar ett team. Teamet arbetar gemensamt för patientens totala välbefinnande. De som utgör den kliniska kärnan i detta team är sjuksköterskor och läkare. Kärnan i den palliativa vården utgörs av samarbete mellan vårdteamet och patienten. En av förutsättningarna för att detta skall kunna fungera är ömsesidig respekt. Med samarbete och respekt menas det bland annat att ha ett artigt uppträdande, lyssna, förklara samt acceptera om patienten avböjer behandling (Twycross, 1998). En professionell hållning innebär att ha en ständig strävan i sitt yrkesutövande som styrs av det som gagnar patienten och inte de egna behoven, känslorna eller impulserna (Svensk medicin, 2003).

För att kunna utveckla en professionell hållning krävs vissa grundläggande förutsättningar hos vårdaren. Den första är att ha en reflekterande förmåga det vill säga en egen granskning av sin egen insats i samspelet med andra. Har vårdaren en reflekterande förmåga medför detta ofta självkännedom. Den sista förutsättningen är den empatiska. Vårdpersonal som har en reflekterande förmåga kan uppfatta vad som ligger bakom patientens utspel, provokationer, tveksamheter eller villrådigheter och har större möjlighet att välja sitt bemötande som är väl anpassat efter patientens behov (Svensk medicin, 2003).

Kompetensutveckling är en viktig kvalitetsfaktor. Särskilt viktigt blir det när merparten av vårdpersonalen inte får några eller enbart de mest grundläggande kunskaperna i palliativ vård genom sin grundutbildning. Det står i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor att deras primära ansvar gäller människor som är i behov av vård. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att genom livslångt lärande behålla sin yrkeskompetens. Att vara svårt sjuk kräver ett stort stöd från omgivningen och framför allt från sjuksköterskan (Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, 2005).

Svensk sjukvård har som övergripande syfte att arbeta för en god hälsa och vård på lika villkor. Det finns dock vissa situationer som innebär att patienten oavsett vård kommer att avlida. I dessa situationer går det inte att eftersträva kurativ vård varvid vården då måste inriktas på att göra patientens sista tid i livet så smärtfri och behaglig som möjligt (HSL 1982:763).

I föreliggande studie kommer begreppet palliativ vård fortsättningsvis att innefatta all vård som ges i livets slutskede då kurativ behandling inte längre kan eftersträvas.

### **Stöd**

Under livets gång finns det alltid situationer då de flesta människors självförtroende vacklar. I sådana situationer är det väsentligt att ha tillgång till ett känslomässigt stöd. Detta innebär i praktiken att det bör finnas någon person i omgivningen att anförtro sig åt och samtala med angående sina problem. Vanligtvis någon i den egna familjen eller en vän som det finns särskilt starka band till eller förtroende för (Cohen & Syme, 1985).

Stöd genom status innebär att en person får stöd på grund av sin sociala status. Genom att vara gift visar personen sig kapabel för sin omgivning att kunna bilda och behålla ett

intimt förhållande med en annan människa. Detta kan höja självförtroendet hos personen. Även andra sociala åtagande kan verka självförtroendehöjande på samma sätt, exempelvis medlemskap i en skolstyrelse eller föreningar med specifika ingångskrav (Cohen & Syme, 1985).

Informationsstöd innebär att människor i ens omgivning ger stöd genom de kunskaper de har angående det aktuella bekymret. Det sociala nätverk de allra flesta människor har, antingen familj, vänner eller arbetskamrater har en viktig roll i den här sortens stöd eftersom det är i dessa kretsar människor i första hand söker stöd. Den här sortens stöd ligger nära förtroendestöd eftersom de nätverk som utnyttjas kan vara desamma (Cohen & Syme, 1985).

Materialistiskt stöd kan innebära allt från att låna ut pengar eller klippa gräsmattan till att erbjuda hjälp med hushållet. När en människa på grund av sjukdom blir förhindrad att själv genomföra liknande uppgifter blir den här sortens stöd väldigt viktigt. Detta stöd kallas också bistånd eller assistans och kan kortfattat sammanfattas som att en person har behov av att få hjälp med en tjänst och någon annan kan utföra denna tjänst. Detta kan exempelvis vara hjälp med att sätta sig upp i sängen eller hjälp med påklädning (Cohen & Syme, 1985).

Twycross (1998) menar, att det är väsentligt att tillhandahålla ett fungerande stödsystem så att patienterna kan ha ett så aktivt och kreativt liv som möjligt till dess att döden inträffar. Genom att ge patienten psykosocialt stöd vill vårdaren försäkra sig om att patientens personlighet inte förloras. Önskvärt är även att vidmakthålla patientens sociala funktioner och då detta ej längre är möjligt minska det psykologiska traumat (Landstinget Dalarna, 2006). För att vårdpersonalen ska kunna genomföra detta stöd krävs regelbunden utbildning och handledning, alltså stöd även åt vårdpersonalen (Svensk medicin, 2003).

Skilbeck och Payne (2003) visar i en studie angående cancerpatienter som vårdades palliativt att tidiga ingripande med öppen kommunikation och känslomässigt stöd ökar patientens känsla av säkerhet och minskar oron för den främmande situationen. Skilbeck och Payne (2003) nämner vidare att kunna ge känslomässigt stöd till patienter är en grundläggande roll för utbildade sjuksköterskor.

Fortsättningsvis kommer föreliggande studie att definiera stöd att som vårdpersonal finnas till för patienten, svara på frågor och samtala med patienten och att rent kroppsligt hjälpa patienten med exempelvis lägesförändringar.

### **Vårdande mötet**

Bemötande definieras enligt Nationalencyklopedin som att ”uppräda mot”. Med detta menas att ett möte inte kan vara i singularis utan måste ske i pluralis, det måste alltså vara minst två individer. Croona (2003) menar, att i ett möte så sker ett konstant utbyte av erfarenheter, intryck och uttryck, ibland utan att ord behöver förmedlas. Genom bemötande så skapas det både bra och dåliga relationer mellan vårdare och patienter.

Wiman och Wikblad (2004) skriver, att en dialog kan ses som mer än att bara ta emot och sända meddelande verbalt eller icke verbalt. Dialog innebär att vårdpersonalen ser den andra personen som unik. Samtidigt är det viktigt att vårdpersonalen är medveten om att vårdande inte enbart består av det tekniska, utan minst lika mycket av en dialog som förstärker välbefinnande och är sanningsenlig. Ett bra möte kräver därför att vårdpersonalen använder alla sina sinnen.

Wikman och Wikblad (2004) poängterar att professionellt vårdande kan ses som något som stärker patienten och stärker välbefinnande och hälsa. Om detta saknas blir istället resultatet att välbefinnande och hälsa minskas.

Holm (2001) menar, att empati innebär att förstå hur någon annan har det och låta denna förståelse inverka på valet av bemötande och behandling. Empati kan sammanfattas som att ta emot och förstå olika känslobudskap från patienten. Inom sjukvården är det av vikt att till den hjälpsökande kunna skapa en relation som stödjer, skänker trygghet och bygger upp ett fungerande samarbete. Att som vårdpersonal besitta empatisk förståelse är viktigt i skapandet av en sådan relation. I den empatiska förståelsen finns två viktiga faktorer, den intellektuella och den känslomässiga.

I möte med patienter där vårdpersonal försöker förstå dennes känslor kommer med största sannolikhet minnen av hur vårdpersonalen själv reagerat i liknande situationer att göra sig påminda/dyka upp. Kanske kommer även minnen av hur släktingar, vänner eller andra patienter tidigare har reagerat att dyka upp. Även patientens rörelser, ordval och ansiktsuttryck observeras och kombineras med vårdpersonalens teoretiska kunskaper. Dessa kan vara kunskap om krisreaktioner eller psykiska försvar. Att enbart intellektuellt observera patienten ger dock inte en empatisk förståelse, även vårdpersonalens känslor måste användas. Att bara veta att patienten känner sorg räcker inte för att förstå hur patienten känner sig, vårdpersonalen måste förstå vad sorg innebär (Holm, 2001).

Vårdpersonalen kan inte heller enbart förlita sig på sina känslor, eftersom de då skulle bli arga när patienten blir arg, vara ledsen när patienten är ledsen och därmed suddas ut gränsen mellan vårdpersonal och patient. Det är viktigt att vårdpersonalen behåller balansen mellan intellektuella och känslomässiga faktorer i mötet, för att kunna erhålla empatisk förståelse (Holm, 2001).

I det vårdande mötet är det viktigt att vårdpersonalen kan skapa en atmosfär av ärlighet och empati utan att göra avkall på sin yrkesroll. Genom att kunna leva sig in i hur patienten har det, känna empati, kan vårdpersonalen stärka patienten så att han vågar ställa frågor och prata om sin oro och sina bekymmer. För att stärka patienten till detta krävs det att vårdpersonalen har styrkan och modet att dela med sig av sin kunskap både som medmänniska och som vårdpersonal. Kan vårdpersonalen dela detta med patienten sker en överföring av makt och patienten stärks (Holm, 2001).

Följande studie kommer att definiera det vårdande mötet som ett möte där patienten blir stärkt och känner ett ökat välbefinnande.



### **Teoretisk referensram**

Som teoretisk referensram valdes Kari Martinsens omsorgsteori (1989), då denna belyser sjuksköterskans och patientens interaktioner i ett möte. Martinsen (1989) skriver att en sjuksköterskas omsorg innefattar personligt engagemang, inlevelse samt moraliskt och professionellt omdöme. Omvårdnad innebär att handla aktivt för den andres bästa i vardagliga situationer. Genom både omsorg och omvårdnad tar man hand om de svaga. Detta är enligt författarnas mening själva grunden för en palliativ vård.

Martinsens omsorgsteori är i sin helhet kritisk då den tar avstånd ifrån delar av den rådande omvårdnaden som en profession och presenterar ett alternativ till den. Teorin tar avstånd ifrån ideologier som framhäver den enskilde individen och dennes utveckling på bekostnad av gemenskap samt den mellanmänskliga omsorgen. Teorin betonar istället en människosyn baserad på relationer mellan människor, där den mänskliga gemenskapen står i centrum (Martinsen, 1989).

Teorin utgår ifrån tre omsorgsmål. Dessa är att omsorg är ett relationsbegrepp som innefattar ett öppet och nära förhållande mellan två individer. Här baserar teorin på att vårdaren respekterar den andra parten utifrån dennes situation. Det andra målet är att omsorg inbegriper utförandet av konkreta, situationsbetingade handlingar baserade på det som bäst gagnar den andra parten. Teorin menar att det hela bygger på sjuksköterskans professionella och etiska bedömning av situationen. Genom att i konkreta situationer pröva att tillämpa olika principer och bli korrigerad av en mästare på området, lär sig den nyfärdiga sjuksköterskan att på ett korrekt sätt tillämpa principer. Det tredje omsorgsmålet är att omsorg är ett moralbegrepp knutet till principen om att ta ansvar för de svaga. Omvårdnad i betydelsen omsorg måste bygga på ett moraliskt ansvarsfullt utövande av makt, det vill säga ta hand om de svaga (Martinsen, 1989).

Inom teorin konstateras att det inom vården sätts upp mål för patienten, men att dessa hela tiden förändras och bör därmed vara av en tillfällig karaktär. Som utgångspunkt måste vårdpersonalen alltid ha den situationen där patienten för tillfället befinner sig i. Det är i denna situation som sjuksköterskan bör agera för att kunna nå omsorgsmål (Martinsen, 1989).

Omsorg och interaktion är fundamentala fenomen i all mänsklig tillvaro och ligger därmed till grund för all omvårdnad. Omsorg är ett etiskt krav som förmedlas från en person till en annan via spontana livsytringar, exempelvis olika ansiktsuttryck och det är på detta grundval som omsorgsetiken vilar. När människor möts är det den enskilde individens uppgift att besvara sin medmänniskas spontana livsytring med en annan yttring. Detta är ett etiskt krav av människan (Martinsen, 1989).

Enligt teorin så består omsorgens fundamentala kvaliteter i en social reaktion, som innefattar gemenskap och solidaritet där det även handlar om förståelse för andra människor. En förståelse som vårdpersonalen tillägnar sig genom att göra något för och tillsammans med patienter. Vårdpersonalen erhåller erfarenheter under hela yrkeslivet och tack vare dessa erfarenheter kan hon senare förstå hur patienter reagerar vid olika situationer i mötet. På så vis blir det lättare att förstå hur den andra personen förhåller sig

till just sin situation (Martinsen 1989), vilket leder till att vårdpersonalen kan förutse olika behov hos patienter som vårdas palliativt (Luker, Austin, Caress & Hallett, 2000). Om omsorgen skall bli äkta, måste vårdpersonalen förhålla sig till den andra personen utifrån en hållning som erkänner den andra utifrån dennes situation. I detta ligger en ömsesidighet som utvecklats genom interaktion i en praktisk arbetsituation (Martinsen 1989).

Inom de grenar av omvårdnaden där relationen mellan sjuksköterska och patient blir långvarig samt där situationen är präglad av avstannande eller tillbakagång är det ännu viktigare att omvårdanden karakteriseras av omsorg. I en omvårdnadssituation präglad av omsorg är upplevelsen av välbefinnande ett naturligt resultat av omsorgen (Martinsen 1989).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa betydelsen av stödet som sjuksköterskan förmedlar i interaktionen med patienter under en palliativ vårdsituation.

## **METOD**

Metoden som användes var litteraturstudie. Anledningen till att litteraturstudie valdes var den mängd litteratur som finns tillgänglig inom området. Att studera andra texter och göra en analys på dessa kan tillföra ny kunskap inom området. Det fanns en viss kunskap inom området, men behovet av ytterligare kunskap efterfrågades.

Föreliggande studie behandlar patienter över 18 år, eftersom det är den gräns socialstyrelsen har satt som vuxen ålder (SOL 2001:453). Dessutom begränsas studien till de patienter som vårdas palliativt på sjukhus, eftersom det är här den nyfärdiga sjuksköterskan oftast träffar på denna patientgrupp.

Vårdpersonal definieras i studien som den personal som möter patienten. Bland denna personal finns olika professioner där sjuksköterskan utgör en av dessa professioner. Ibland ersätts ordet vårdpersonal med vårdare, sjuksköterska eller pronomen hon.

### **Urval**

De sökningar efter artiklar som gjordes skedde både manuellt och via webbaserade databaser. De databaser som användes var Academic search elite, Cinahl och ELIN@Blekinge. Valet av just dessa tre databaser var att det fanns erfarenhet av dem sen tidigare och att textmaterialet som svarade mot syftet var rikligt i dem. I dessa sökningar användes sökord som kombinerades på olika sätt (se bilaga 1). Academic Search Elite uppdateras dagligen och innehåller elektroniska tidskrifter i fulltext. Cinahl uppdateras en gång i veckan och innehåller referenser till tidskrifter inom omvårdnads- och hälsovetenskap. ELIN@Blekinge söker igenom olika databaser och blir därmed uppdaterad när dessa blir det. Innehållet i ELIN@Blekinge är material från flera olika databaser.

De sökord som användes var terminal, patient, patients, hospital, palliative, nurse, nurses, nursing, support, end of life care, communication, caring, meet\*, care\*, caring meeting, encounter, terminal patient, meeting, nurs\*. MeSH termer som användes var palliative treatment, nurse & patient, terminally ill patients, communion. Fritextorden utgjordes av följande ord good death, Sweden. Ovanstående sökord, termer och fritextord kombinerades i olika kombinationer (bilaga 1).

För att kunna begränsa antalet artiklar sattes inklusionskriterier och exklusionskriterier upp. Som inklusionskriterier sattes att artiklarna skulle vara peer-reviewed och i de databaser valet fanns publicerade i fulltext. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska då dessa språk behärskas av författarna. Artiklarna skulle dessutom vara publicerade mellan år 2001 till år 2007 för att inte alltför gammal forskning skulle påverka resultatet och abstractet i artiklarna skulle gå att koppla till syftet. Även titeln på artikeln skulle kunna kopplas till syftet. Som exklusionskriterier valdes att artiklarna inte skulle vara medicinsk inriktade utan koncentrera sig på omvårdnaden av patienten. Efter genomgång av ovanstående urval och kriterier återstod nio artiklar som granskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) protokoll för kvalitativ metod.

### **Analys**

Baserat på Findahl och Höjjer (1981) analyserades textmaterialet i studien med hjälp av en innehållsanalys utifrån en kvalitativ ansats. Anledningen till att denna typ av analys valdes var att den beskriver resultatet på ett opartiskt sätt.

I steg ett lästes materialet igenom för att få en överblick över det. När en överblick över materialet fanns markerades de meningsenheter som svarade mot syftet. Detta gjordes var för sig på utskrivet textmaterial.

I steg två jämfördes de markerade meningsenheterna för att undersöka om samma meningsenheter hade strukits under. I de flesta fallen var samma text understruken. I de fall där texten skilde sig åt vidtog en diskussion och olika motivationer till varför just den texten var understruken till dess att överensstämmelse förelåg. Exempel på skillnader i markerade meningsenheter var att en markering avslutades efter *connected relationship: The nurse-patient relationship evolved into a trusting and connected relationship as patients found that nurses were caring in both action and attitude* (se bilaga 3), medan den andra markeringen fortsatte meningen ut.

I steg tre kodades meningsenheterna efter innehåll för att därefter grupperas efter sitt innehåll. Koderna skrevs på svenska. Även detta gjordes enskilt. Vid en jämförelse visade det sig att koderna var något olika men med samma andemening. Efter diskussion rådde dock samstämmighet. Exempel på olika koder: "sjuksköterskors omsorg i handlingar och attityd medför förtroende" respektive "sjuksköterskans handlande kan medföra förtroende".

I steg fyra bildades subkategorier utifrån innehållet i de färdiga koderna. Koderna var skrivna på papperslappar som flyttades runt och sorterades till olika högar utifrån innehållet. Vid olika synsätt på vilken hög en viss subkategori skulle hamna i

diskuterades till dess samstämmighet rådde. Exempel på subkategori som diskuterades: Förtroende för sjuksköterska.

I steg fem kombinerades subkategorierna med andra subkategorier med liknande betydelse och bildade kategorier. De kategorier som bildades var stöd ger ökad självkontroll, stöd i vårdande mötet samt förmågan att skapa en tillitsfull relation. För att resultatet skulle bli överskådligt utgjorde dessa kategorier rubriker i föreliggande studies resultatdel.

## **RESULTAT**

Föreliggande studies resultat redovisas med hjälp av bildade kategorier; Stöd ger ökad självkontroll, Stöd i vårdande mötet och Förmågan att skapa en tillitsfull relation.

### **Stöd ger ökad självkontroll**

Sjuksköterskor som vårdar patienter palliativt skulle vara mottagliga för deras individuella behov samt möjliggöra för patientens eget oberoende. (Johnston & Smith, 2006).

Johnston och Smith (2006) kom fram till att om vårdpersonalen gav patienten så mycket kontroll som möjligt över sitt liv och sin behandling även när de stod under palliativ vård, ledde detta till ökat självförtroendet samt patientens förmåga att orka kämpa trots obefintligt hopp om förbättring ökade. Genom att vårdpersonalen lät patienterna vara aktiva deltagare i besluten angående deras vård, fick patienten ökad energi att ta sig igenom de tunga motgångar som de stötte på. Enligt Chapple, Ziebland, McPherson (2006) kunde vårdpersonalen erbjuda smärtlindring samt svara på patienters frågor dygnet runt. Det kunde vara frågor som patienten legat och tänkt på eller helt enkelt glömt ställa till bland annat läkaren. Tack vare vårdpersonalen på avdelningarna kunde patienterna få stimuli att fortsätta leva, dessutom hjälpte vårdpersonalen patienterna att finna frid inombords samt lindra deras fysiska och psykiska smärta (Mok & Chiu, 2004).

Vårdpersonalen ansåg att patienterna tycktes ha olika uppfattningar om att tala om döden. För vissa var detta en viktig del då det gav lugn och behag medan andra patienter inte alls ville tala om döden, de talade hellre om något annat. Känslor var en viktig del inom palliativ vård. Då vissa patienter kunde bli väldigt känslomässiga när de ansåg att döden börjar närma sig. Dessa känslor kunde ha att göra med en rädsla att vara ensam eller att dö i smärta. Ur ett psykologiskt perspektiv var det viktigt att de fick dela med sig av dessa känslor till bland annat vårdpersonalen i den takt patienten själv valde. Det var viktigt att låta patienten yttra sig fritt om sina känslor och att ha tid att lyssna (Goldsteen, Houtepen, Proot, Abu-Saad, Spreeuwenberg & Widdershoven, 2006).

Många sjuksköterskor ansåg sig ha för lite kunskap inom området palliativ vård för att kunna ha hand om denna patientkategori på ett adekvat sätt (Thompson, McClement & Daeninck, 2006). För att kunna arbeta med palliativa patienter ansåg sjuksköterskorna att det behövdes mod, samt en ständig vilja till att utvecklas som individ och sjuksköterska. Det gällde även att alltid kunna vara nära patienten även under dess svåraste stunder i

livets slut. Vårdpersonalen borde kunna acceptera att patienten är döende och anpassa omvårdnaden efter detta (Willard & Luker, 2006).

*”Well I believe you have to be secure in yourself to have the strength for this category of patients. I think that’s important”* (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005, s 248).

Att kunna få dela med sig av sina erfarenheter och frågor inom arbetet ansågs vara en viktig del i den personliga utvecklingen av sjuksköterskorna samt att få känna tillhörighet i ett vårdteam (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005). Delaktigheten i vårdteam ledde till att vårdpersonalen kunde få ut det bästa i vårdandet av palliativa patienter (Johnston & Smith, 2006). Sjuksköterskan kunde uppleva en frustration när hon tvingades fortsätta med kurativ behandling trots att hon visste att det var palliativ vård som gagnade patienten bäst (Thompson, McClement & Daeninck, 2006).

*”To have effective palliative care, you need a team of people who believe in palliative care. I always think that that’s quite difficult in the hospital setting that I work in. Sometimes I would say that patients are treated aggressively when really they should be palliative”* (Johnston & Smith, 2006, s 706).

Sjuksköterskorna hade en förmåga att kunna utvärdera förändringar i patienternas tillstånd. Förmågan att kunna utvärdera patienternas tillstånd kunde dock försvåras för sjuksköterskan om patienten var för dålig för att själv kunna delta i bestämmandet (Willard & Luker, 2006). Sjuksköterskans val av behandling blev då oftast avgörande för patientens välbefinnande. Genom att sjuksköterskan fattade rätt beslut åt patienten då dessa var för dåliga för att själva kunna medverka kunde det vinnas tid och ge patienten ytterligare en chans att få sin vilja hörd (Georges, Grypdonck & Dierckx de Casterle, 2002). Då det i dagens samhälle finns mycket medicinsk teknisk utrustning inom vården så var det viktigt att sjuksköterskan inte helt förlitade sig på apparaterna utan litade på sina egna yrkeserfarenheter (Willard & Luker, 2006).

### **Stöd i vårdande mötet**

Som vårdpersonal gäller det att kunna prata med patienten samt att verkligen lyssna, inte bara höra orden utan att lyssna på ordens mening (Johnston & Smith, 2006).

Vårdpersonalens förhållande med patienterna gav patienten någon som de kunde lita på samt tala om sina innersta känslor. Det var viktigt att vårdpersonalen var personer som brydde sig om patienterna (Mok & Chiu, 2004) samt att de fanns till för dem i det vårdande mötet (Thompson, McClement & Daeninck, 2006).

I det vårdande mötet med patienter i palliativ vård så var vårdpersonalens mål att lindra det fysiska och psykiska lidandet. Vårdpersonalen insåg att patienterna var medvetna om sin begränsade tid i livet och hade känslor av rädsla och hjälplöshet (McPherson, Wilson & Murray, 2006).

Relationen till vårdpersonalen kunde antingen vara ömsesidig eller ensidig. För att uppnå en ömsesidig relation så borde både vårdpersonalen och patienten vara villiga att gå in i mötet. Vårdpersonalens möte med palliativa patienter gav dem en belåtenhet genom

vårdandet och visade ett oerhört värde för patientens integritet, motivation och förmåga att klara av svåra situationer. Vårdpersonalens roll blev mer än att bara sitta och lyssna (Mok & Chiu, 2004).

Det blev även viktigt som sjuksköterska inom palliativ vård att visa patienten viljan till att öka den psykologiska hälsan och välbefinnandet hos patienten. Om sjuksköterskan visade sig förtroendefull ledde det oftast till en djupare relation med patienten som då gärna delade med sig av sina mer privata problem. Dock fanns det patienter som aldrig släppte in sjuksköterskan på livet. Det blev här svårare att kunna vårda då det var precis som om en mur mellan patient och sjuksköterska som förhindrade en djupare förståelse för patientens behov (Mok & Chiu, 2004). Enligt vårdpersonalen ville patienterna att de skulle försöka låta de leva så normalt som möjligt så länge det gick (Chapple, Ziebland & McPherson, 2006).

*”When patients only talked to to you in superficial way and did not express their, this indicated they did not want do disclose their intimate feelings. I did not mean that they rejected the nurse. They were not ready to disclose their feelings and sufferings”* (Mok & Chiu, 2004, s 479).

Det kunde oftast vara svårt för sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar att få tid att sitta ner och prata med palliativa patienter. Sjuksköterskan kände oftast att hon drogs i från många olika håll och skulle prestera mycket på kort tid. Det ansågs vara av vikt att kunna ändra sina arbetsrutiner för att få mer tid att kunna sitta ner och samtala med patienterna (Thompson, McClement & Daeninck, 2006). Konsten att kunna få tid att sitta ner och samtala med patienter trots tidsbrist ansågs vara en prioriteringsfråga (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005).

*”I think you should have more time to maybe sit with the patient, because they’re often really anxious and all that, and then it can often have a calming effect just to sit there and have time to talk, then they calm down”*(Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005, s 246).

Blomberg och Sahlberg-Blom (2005) skrev att för vårdpersonal som vill kunna vinna patientens förtroende var det viktigt med livserfarenhet, närhet till patienten och vårderfarenhet. Vårdpersonal med livserfarenhet hade oftast varit med om olika händelser i livet vilket ledde till att det oftast blev lättare att vara nära patienten och samtala. Genom vårderfarenhet blev det lättare att bedöma patientens vårdbehov utifrån olika situationer. Vårdpersonalen menade att det var viktigt med både distans och närhet vid vård av patienter. Livserfarenhet, närhet till patienten samt ett professionellt förhållningssätt beskrevs som viktiga faktorer när det gäller bemötandet av palliativa patienter.

### **Förmågan att skapa en tillitsfull relation**

Det som sjuksköterskan sökte i ett långvarigt vårdande möte var att försöka få en vänskaplig relation till patienten. I början av ett möte strävade oftast sjuksköterskan och patienten åt två olika håll. Ju längre tid som spenderades ihop desto bättre kunde sjuksköterskan forma målen så att dessa kunde nås tillsammans med patienten (Mok &

Chiu, 2004). Genom att vara ärlig samt närvarande i en relation kunde sjuksköterskan lättare förstå patientens problem och behov vilket ledde till ett förtroende ifrån patienten som medförde att vårdandet underlättades (Georges, Grypdonck & Dierckx de Casterle, 2002).

Då kommunikationen var en väsentlig del av det vårdandet mötet ansåg många patienter att kommunikation inte borde vara påtvingad utan något som borde kännas meningsfullt (Goldsteen, Houtepen, Proot, Abu-Saad, Spreeuwenberg & Widdershoven, 2006).

Mok och Chiu (2004) menade i studien att det fanns fyra delar som ledde till en tillitsfull relation. Det första var att förstå patientens behov. Det andra var att förklara patientens vårdbehov för honom samt visa honom omsorg. Tredje delen var att ha en helhetssyn till patienten och inte bara lindra symtom. Fjärde och sista delen var att vara patientens förmedlare när det gäller frågor och behov mot andra yrkeskategorier. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder, attityd samt tillförlitlighet låg enligt patienten också bakom en tillitsfull relation. Genom sjuksköterskans personliga egenskaper och färdigheter kunde en bra patient-sjuksköterske relation påbörjas.

*”In establishing the relationship, the nurse needs to be approachable, you need to know your patients, understand their needs... they feel secure because you are a medical professional”* (Mok & Chiu, 2004, s 480).

För att kunna finnas till för patienten så var sjuksköterskan tvungen att vara trygg i sin yrkesroll samt kunna hantera svårt sjuka och döende patienter för att kunna ge gå god vård och omsorg (Thompson, McClement & Daeninck, 2006). Viktiga egenskaper hos sjuksköterskan var att visa förståelse för patienten som person och inte enbart som patient (Johnston & Smith, 2006). I studien av Blomberg och Sahlberg-Blom (2005) ansåg sjuksköterskan att för att kunna visa patienten sin närvaro och skapa trygghet så var det viktigt med beröring. Det var av stor betydelse för patienter inom palliativ vård att få ha någon vid sin sida som hade tid och som vågade visa att den fanns där. Genom att bara sitta vid sidan om och hålla en hand gjorde att patienten oftast kände sig tryggare. Att som vårdpersonal våga vara nära patienten och inte vara rädd för beröring så blev patienten lugnare. Att vara en del av patienten handlade om att finnas till (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005).

Det var ofta vårdpersonalen som tog initiativet i det vårdande mötet. Med att ta initiativet menades att inte vara för framåt utan ge patienten tid och rum att själva förmedla sina känslor. Genom att som vårdpersonal ta initiativet samt att snabbt svara på patientens behov med ett professionellt förhållningssätt visade de för patienten att de fanns där för patienten. Detta ledde till att ett förtroendeingivande vårdförhållande utvecklades samt att vårdpersonalen kunde lindra lidandet och erbjuda en god omsorg. Detta ledde till att patienterna kände sig värdefulla och bara att få ha någon att tala med gjorde att motivationen steg vilket gjorde lidandet lättare (Mok & Chiu, 2004).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att belysa vilket stöd sjuksköterskan kan erbjuda i mötet med patienter som vårdas palliativt. Metoden som valdes var litteraturstudie, framförallt på grund av den tid som stod till förfogande för studiens färdigställande. Eftersom det fanns gott om litteratur inom syftets område ansågs vald metod relevant gentemot studien. Genom att studera andra texter tillförs en ny kunskap med hjälp av vårt syfte. Sökningar gjordes i de tre databaserna Academic Search Elite, Cinahl och ELIN@Blekinge.

Det rika materialet som redan finns gav upphov till många träffar trots årsbegränsningen, därför användes titeln som en inklusionskriterie. Vid stort antal träffar valdes att låta titeln stå för en första sortering och därefter läsa abstract.

Då alla utvalda artiklar var skrivna på engelska föreligger en risk för feltolkning av texten. Detta skulle i förlängningen kunna påverka resultatet. Artiklarna i föreliggande studie är hämtade från tre olika världsdelar vilket ger en internationell prägel. De länder som finns representerade ansågs vara I-länder och därmed adekvata för föreliggande studie. Detta medför samtidigt en risk för studiens trovärdighet eftersom den palliativa vården enligt Arvidson och Jönsson (1991) och Hanssen (1998) varierar efter länders ekonomiska välbefinnande, försäkringssystemet och efter kulturella skillnader.

I föreliggande studie ingår sex artiklar som beskriver sjuksköterskans perspektiv och tre stycken som beskriver patientens perspektiv. Anledningen till att det finns tre artiklar från patientens synvinkel är författarnas övertygelse om att för att kunna säga hur sjuksköterskan kan stödja patienten måste denne veta hur patienten vill bli stöttad.

Innehållsanalysen baserades på Granheim och Lundman (2003). I föreliggande studie ingår dock endast fem utav sex steg i innehållsanalys. Det sjätte innebär att innebörden i textmassan skall framkomma i analys. Detta kräver djupare analys av textmassan vilket ansågs vara svårt tidsmässigt och även kompetensmässigt. Det första steget samt delar av det tredje genomfördes individuellt för att undvika att påverka varandra, något som borde öka studiens trovärdighet. Vid markeringen av meningsenheterna var det endast mindre variation mellan de understrukna meningsenheterna, varför samstämmighet lätt uppnåddes.

### **Resultatdiskussion**

Som framkommit i föreliggande studie är det viktigt att vårdpersonalen arbetar för patientens oberoende. Känslan av att ha kvar kontroll över sitt liv i en svår situation kan öka patientens ork att kämpa trots det hopplösa i situationen. Att låta patienten vara del av vården ger honom en känsla av kontroll. Det var även viktigt att patienten inte kände sig tvingad att berätta om sina känslor och tankar utan att detta var något patienten själv kunde kontrollera när och hur mycket som vårdpersonalen skulle få höra. Även



Martinsen (1989) nämner i sin omsorgsteori att vårdpersonalen borde sträva för att öka patientens oberoende. Även Sarvimäki och Stenbock-Hult (1989) påtalar att patienten skall klara sig på egen hand och i den mån det är möjligt slippa ifrån beroendet av vårdpersonalen.

Föreliggande studie visar på vikten av att vårdpersonalen tar sig tid att lyssna på patienten och vara någon som de kunde lita på. Samtidigt som det var viktigt att sitta ner med patienten upplevde vårdpersonalen att hon skulle vara på flera andra ställen och därmed blev tiden med patienten kortare än önskvärt. För att patienten skulle känna tilltro till vårdpersonalen var det viktigt med både livserfarenhet och att kunna visa närhet till patienten. Martinsen (1989) skriver i sin omsorgsteori att detta utförs genom mästare-lärling principen. Även vårderfarenhet var viktigt då detta underlättade närheten och samtalen med patienten. Även Sarvimäki och Stenbock-Hult (1989) nämner att vårdpersonalens tidigare erfarenheter spelar in i hur de uppfattar och bemöter patienten samt att vårdpersonalen måste lyssna på den personliga innebörden i vad patienten säger.

Föreliggande studie påvisar vikten av att sjuksköterskan kan skapa en relation till patienten där båda parterna kände förtroende för varandra. Att skapa en sådan relation underlättas om vårdpersonalen tog hänsyn till fyra steg. Att förstå patientens behov, att visa patienten omsorg, att ha en helhetssyn på patienten och slutligen att svara för patienten gentemot andra yrkesprofessioner som inte kände patienten lika bra. Något som ansågs viktigt var att våga ge patienten beröring eftersom detta visar honom att vårdpersonalen finns där och får honom att känna sig något tryggare. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1989) nämner också vikten av att vårdpersonalen känner sina patienter väl för att kunna agera i deras intresse. Martinsen (1989) påtalar att om vårdpersonalen ger patienten förtroende att själv fatta vissa beslut ledde detta till att patienten i sin tur litade på vårdpersonalen.

### **Slutsats**

Som vårdpersonal är det viktigt att ta sig tid till att både lyssna och samtala med sina patienter eftersom det oftast är en stor förändring att bli inlagd på sjukhus och som kan leda till många frågor och känslor. Dessa frågor och tankar kan behöva diskuteras med någon inom vårdpersonalen. Detta blir ännu tydligare när patienten vårdas palliativt då påfrestningen av den förändrade livssituationen blir ännu större. Om vårdpersonalen lyssnar på patienten samt visar tillit till honom medför detta att patienten får mer energi och kraft att acceptera stunder av motgång. Om då vårdpersonalen inte tar sig tid till att lyssna på patienten kommer han inte att känna någon tilltro till vårdpersonalen och den fortsatta relationen mellan dem riskerar att bli lidande och även patientens ork att fortsätta vården kan minska. Att se hela patienten som en unik individ och inte bara de symtom som han uppvisar stärker vårdarens och patientens relation. Detta då patienten märker att vårdpersonalen bryr sig om honom som medmänniska.

Under arbetets gång har tiden att lyssna på patienten framstått som viktig, samtidigt som vårdpersonalen säger sig inte ha tid med detta eftersom de har många andra uppgifter som prioriteras. Det kunde vara intressant att genomföra framtida studier på om detta beror på verklig tidsbrist eller om det är personalen som uppfattar det som tidsbrist.

## REFERENSER

Arvidsson, G., Jönsson, B. (1991). *Sjukvård i andra länder*. Kristianstad: SNS Förlag.

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

Blomberg, K., Sahlberg-Blom, E. (2005). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing* 16, 244–254.

Chapple, A., Ziebland, S., McPherson, A. (2006). The specialist palliative care nurse: A qualitative study of patients' perspective. *International Journal of Nursing Studies* 43, 1011-1022.

Cohen, S., Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.

Croona, G. (2003). *Etik & Utmaning- om lärandet av bemötande i professionsutbildning*. Göteborg: Intellecta Docusys.

Findahl, O., Höijer, B. (1981). *Text och innehållsanalys. En översikt av några analystraditioner*. Stockholm: SR.

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

Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot, I, M., Abu-Saad, H.H., Spreeuwenberg, C., Widdershoven, G. (2006). What Is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient education and counseling* 64, 378-386.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.

Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad I ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Holm, U. (2001). *Empati – att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur & Kultur.

HSL 1982:763 (1992). <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM> Hämtad 070117.

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

Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005).  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> Hämtad 070129.

Landstinget Dalarna  
[http://www.ltdalarna.se/templates/Base\\_\\_\\_\\_59.aspx](http://www.ltdalarna.se/templates/Base____59.aspx) Hämtad 070123.

Luker, K.A., Austin, L., Caress, A., Hallett, C.E. (2000). The importance of “knowing the patient”: community nurses constructions of quality in providing palliative care. *Journal of advanced nursing* 31 (4), 775-782.

Martinsen, K., (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforl.

McPherson, C.J., Wilson, K.G., Murray, M.A. (2006). Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social science and medicine* 64, 417-427.

Mitchell, M. A., Sakraida J. T., Dysart-Gale, D., Gaddner, N. (2006). Nurse’s narratives of end of life care. *Journal of hospice and palliative nursing* 8 (4), 210-221.

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

Nationalencyklopedin  
[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O116142&i\\_word=bem%f6tande](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O116142&i_word=bem%f6tande)  
Hämtad 070201.

Sandman, L., Woods, S. (2003) *God palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. (1989). *Vård: Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Skilbeck, J., Payne, S. (2003). Emotional support and the the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 521–530.

Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/90635F0E-32C6-4662-9A84-0808D353D673/6685/200610391.pdf> Hämtad 070226.

SOL 2001:453 (2002) *Socialtjänstlag*.  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.HTM> Hämtad 070117.

SOSFS 1993:17 (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. [http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17/1993\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm) Hämtad 070201.

SOU 2000:6 (1999). *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*.  
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/28/67/9cd6bc6a.pdf> Hämtad 070124.

SOU 2001:6 (2001). *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*.  
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf> Hämtad 070125.

Svensk medicin. (2003). *Den utmätta tiden- palliativ medicin i modern sjukvård, läkardagarna i Örebro 73*. Stockholm: Gothia.

Thompson, G., McClement, S., Daeninck, P (2006). Nurses' perceptions of end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing* 53(2), 169-177.

Twycross, R. (1998), *Palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wiman, E., Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 13, 422-429.

World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care*.  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> Hämtad 070201.

## LITTERATURSÖKNING

Tabell. 1 Litteratursökning i databasen Academic Search Elite

Sökning	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
1	terminal + patient + hospital	784	0
2	palliative + patient + nurse	334	1
4	nursing + terminal + support + palliative treatment	53	0
5	nursing + terminal + support + palliative treatment + end of life care	9	0
6	support + terminal + communication	34	0
7	support + terminal + communication + nurses	4	1
9	end of life care + palliative + patients + nurses	10	0
10	Caring + meet* + nurse	66	0
11	Caring + meet* + nurse + sweden	8	0
13	care* + meeting + nurse & patient	33	0
16	care* + meet* + nurs* + critical care medicin	16	0
17	Caring meeting + patient + nurse	0	0
19	meeting + patient + nurse + nurse & patient	27	1
20	Caring + encounter + nurse	26	0
21	Caring + encounter + nurse + sweden	4	0
22	good encounter + patient* + nurs*	0	0
24	meetings + patients + palliative treatments	0	0
26	meeting + palliative care	57	0
27	meeting + palliative care +palliative treatment	40	0
28	meeting + palliative care +palliative treatment + nurses	6	0
29	Palliative treatment + support + nurse	83	2

**Tabell. 2 Litteratursökning i databasen ELIN@Blekinge**

Sökning	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
1	caring + terminally ill patients (enkel sökning)	17	0
2	caring + terminally ill patients (avancerad sökning)	32	0
3	<i>nurs*</i> , <i>terminally ill patients</i>	95	0
4	<i>nurs*</i> , <i>terminally ill patients</i> + care	62	0
5	<i>nurs*</i> , <i>terminally ill patients</i> + care + meet*	2	0
6	terminally ill patients, support	47	0
7	terminally ill patients, support + good death	1	1
8	terminally ill patients + hospital	8	0
9	terminally ill patients + hospital + nurs*	4	0
11	Palliative care + nurse	227	0
12	Palliative care + nurse + patient	92	0
13	Palliative care + nurse + patient + caring	9	1
14	Palliative care + support	369	0
15	Palliative care + support + nurse	42	1
16	End of life care + hospital + treatment	33	1

**Tabell. 3 Litteratursökning i databasen Cinahl**

Sökning	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
1	Support + terminal patient + nurse	13	0
2	Caring + communion + nurse	32	0
3	Palliative treatment + nurse + support	22	0
4	Palliative treatment + nurse + patient	43	0
5	Palliative treatment + hospital + caring	11	0

## ARTIKELÖVERSIKT

Tabell. 4 Artikelöversikt

Författare/land	Titel	Tidsskrift/Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Johnston, B., Smith, N. L.  Skotland	Nurses' and patients perceptions of expert palliative nursing care	Journal of Advanced Nursing  2006	Att studera patienters och sjuksköterskors uppfattning om palliativ vård.	Intervjuer med 22 patienter och 22 sjuksköterskor från 2 sjukhus, samt 2 hospice.	Resultatet visar hur patienter upplever konceptet sjuksköterska med inriktning på palliativ vård som en specialitet.
Mok, E., Chiu, C. P.  Kina	Nurse-patient relationships in palliative care	Journal of Advanced Nursing  2004	Att utforska förhållandet mellan sjuksköterska och patient inom palliativ vård.	Intervjuer med 10 hospicesköterskor och 10 patienter.	Resultatet visar att både sjuksköterskor och patienter anser att förtroende och deltagande är en väsentlig del i ett vårdande möte med patienter i palliativ vård.
Thompson, G., McClement, S., Daeninck, P.  Kanada	Nurses' perception of quality end-of-life care on an acute medical ward	Journal of Advanced Nursing  2006	Rapportera resultat av studier där sjuksköterskors uppträdande gentemot palliativa patienter som befinner sig på akuta vårdavdelningar.	Intervjuer med 10 sjuksköterskor som arbetar inom akuta vårdavdelningar, vid två sjukhus i centrala Kanada.	Sjuksköterskorna försöker hålla en hög palliativ nivå men slits hela tiden mellan olika håll.
Chapple, A., Ziebland, S., McPherson, A.  England	The specialist palliative care nurse: A qualitative study of the patients perspective	International Journal of Nursing Studies  2006	Att utforska erfarenheter ifrån patienter i palliativ vård med fokus på patientens uppfattning av sjuksköterskans roll.	Intervjuer med 25 patienter i palliativ vård.	Resultatet visar att patienter har en positiv syn på sjuksköterskor som är specialiserade inom palliativ vård.
Blomberg, K., Sahlberg-Blom, E.  Sverige	Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care.	Journal of clinical nursing  2005	Att beskriva hur sjuksköterskorna hanterar svåra situationer i möten med patienter som erhåller palliativ vård i det dagliga arbetet.	77 sjuksköterskor från tre olika avdelningar i två svenska städer intervjuades.	Sjuksköterskor hanterar svåra situationer genom att antingen närma sig patienten eller att distansera sig från dem och behöver mer tid att reflektera över sitt arbete.
McPherson, C.J., Wilson, K.G., Murray, M.A.  Kanada	Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life.	Social science and medicine  2006	Att bättre förstå patienters självupplevda känsla av att känna sig som en börda för omgivning.	15 patienter som får palliativ vård intervjuades.	Patienter bekymrade sig för att vara en börda sig själva och för andra.

Tabell. 4 Artikelöversikt

Författare/land	Titel	Tidsskrift/Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot, I, M., Abu-Saad, H,H., Spreeuwenberg, C., Widdershoven, G.  Irland	What Is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying	Patient education and counseling  2006	Hur talar patienter inom palliativ vård om döden och döendet samt vad de anser att en god död är.	13 patienter med förväntad levnadsländ som understeg 3 månader intervjuades om hur de upplevde sin sista tid i livet.	Patienter visade stora skillnader i både förhållningssätt till och själva hanterandet av de normala förväntningar som fanns på dem.
Willard, C., Luker, K.  England	Challenges to end of life care in the acute hospital setting	Palliative medicine  2006	Ta upp utmaningarna till en bättre vård i livets slut på akutsjukhus i Storbritannien.	29 specialist-sjuksköterskor inom cancervård från 5 olika sjukhus blev observerade och intervjuade.	Vård i livets slut på akut var mest inriktat på behandling, sett som ett misslyckande och hindrade patienter och deras familjer att vara en del av besluten.
Georges, J. J., Grypdonck, M., Dierckx de Casterle, B.  Holland	Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative nursing	Journal of clinical nursing  2002	Ta reda på hur sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård på en vårdavdelning ser på sin yrkesroll och hur de hanterar problem som de stöter på.	10 sjuksköterskor som jobbar med patienter inom palliativ vård på en vårdavdelning.	Studien kom fram till att sjuksköterskor strävar efter ett välorganiserat och ändamålsenligt stöd samt öka patientens välbefinnande.



## ANALYS AV TEXTMATERIAL

Tabell. 5 Analys av textmaterial

Meningsenheter	Kod	Subkategori	Kategori
As death approaches, many patients prefer comfort measures over life-extension, wish to retain control of their life	Kontroll över sitt liv.	Självkontroll.	Stöd ger ökad självkontroll.
They revealed that patients want nurses to be responsive to their individual needs and to enable them to maintain their independence	Sjuksköterskans förmåga att uppfatta patientens individuella behov och att uppnå oberoende.	Individuell omvårdnad.	Stöd i vårdande mötet.
One of the core elements of good palliative care is good nurse-patient relationships	Bra relation mellan sjuksköterska och patient.	Interaktionens betydelse.	Stöd i vårdande mötet.
The nurse-patient relationship evolved into a trusting and connected relationship as patients found that nurses were caring in both action and attitude	Sjuksköterskors omsorg i handlingar och attityd medför förtroende.	Förtroende för sjuksköterska.	Förmågan att skapa en tillitsfull relation
The personal qualities of nurses were perceived as integral to establishing a trusting relationship, and patients felt that the nurses were genuinely interested in them	Sjuksköterskans personliga egenskaper ligger till grund för patientens förtroende.	Förtroende mellan sjuksköterska och patient.	Förmågan att skapa en tillitsfull relation