

**DISTRIKTSKÖTERSKANS ERFARENHETER
AV DEN PALLIATIVA VÅRDEN I HEMMET**

FÖRFATTARE	Marie Carlsson
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad- Självständigt arbete 1 VOM080
	HT 2007
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Dagrun Trewe
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	Distriktsköterskans erfarenheter av den palliativa vården i hemmet
Titel (engelsk):	District nurses experiences of palliative care at home
Arbetets art:	Självständigt arbete 1- fördjupningsnivå 1
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad –Självständigt arbete 1 VOM080
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	18
Författare:	Marie Carlsson leg.sjuksköterska vid Östra sjukhuset, Göteborg marie.c@vgregion.se
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Hans Ragneskog

ABSTRAKT

Bakgrund

Ett ökande antal palliativa patienter med cancerdiagnos väljer att vårdas hemma den sista tiden i livet. Den palliativa vården ställer speciella krav på distriktsköterskan som ska vara professionell i en annan persons hem.

Syfte

Syftet var att beskriva distriktsköterskans erfarenheter av den palliativa vården i hemmet.

Metod

Litteraturstudie baserad på 11 kvalitativa artiklar.

Resultat

Distriktsköterskan anser att det viktigaste är att skapa trygghet och en god relation med patienten och dess familj för att den palliativa vården ska fungera. Distriktsköterskan känner att de fyller en stor funktion och det positiva med arbetet är att de är självständiga. För att bibehålla kompetensen behövs det utbildning inom den palliativa vården.

Diskussion

Distriktsköterskans huvuduppgift med den palliativa vården är att se till att patienten får så god livskvalité som det är möjligt den sista tiden i livet. Vid vården i hemmet blir även familjen involverad. För att distriktsköterskan ska kunna hantera svåra situationer behövs det mycket stöd.

Key words:

District nurses, experience and palliative care

Innehållsförteckning

BAKGRUND	4
Inledning	4
Vård i hemmet	4
Palliativ vård	5
Människosyn	5
Etiska aspekter i omvårdnadsarbetet	6
Relationer	6
Sjuksköterskans roll	6
Första stadiet: Novis	7
Andra stadiet: Avancerad nybörjare	7
Tredje stadiet: Kompetent	7
Fjärde stadiet: Skicklig	7
Femte stadiet: Expert	7
SYFTE	8
METOD	8
DATAANALYS	8
RESULTAT	9
Distriktsköterskans positiva upplevelser av den palliativa vården	9
Kompetens	9
Specifik kompetens	10
Hinder för kompetensutveckling	10
Relation till patienten	10
Information - Samtal	10
Professionalism	11
Relation till anhöriga	12
Anhöriga som börda eller i behov av stöd	12
Relation till kollegor	13
Distriktsköterskans negativa upplevelser av den palliativa vården	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	14
REFERENSLISTA	17

BILAGA 1 Artikelpresentation

BAKGRUND

Inledning

Svensk sjukvård har genomgått stora förändringar de senaste åren. Vården har flyttats ut från sjukhus och institutioner och in i hemmen. Patienter skrivs ut från sjukhusen allt snabbare. Tekniska och medicinska innovationer möjliggör hemsjukvård även för mycket svårt sjuka patienter. Den minskade användningen av vårdinrättningar hör delvis ihop med kampen för att minska vårdkostnader. En annan grund för att överge den långvariga sjukhusvistelsen är humanitär och baserar sig på misstron mot institutioner och att patienterna blir mer passiva och sjukare än om de skulle ha vårdats hemma (1).

Jag har arbetat inom kolorektalkirurgi under många år och har träffat på svårt sjuka patienter som har obotlig cancer. Patienterna vet om att de ska dö och att det inte finns någon botande behandling att erbjuda på sjukhuset. Många av patienterna vill då komma hem och vara tillsammans med sin anhöriga sista tiden i livet. Vi på sjukhuset ordnar ett vårdplaneringsmöte med hemsjukvård och eventuellt med andra instanser beroende på vad patienten har för behov. För att dessa möten ska bli så optimala som möjligt är det viktigt att vi som sjuksköterskor är välinformerade om patientens tillstånd och prognos. Patienten och dess anhöriga får framföra sina önskemål till hemsjukvården. Svårigheter som jag tycker återkommer är när patienten och anhöriga fortfarande inte är tillräckligt informerade om sjukdom och prognos och att vårdplaneringssamtalen oftast fastnar vid detta problem. Det finns vissa faktorer som spelar en stor roll vid information, oftast kan det vara tidsbrist, engagemang och tydlighet. Men samtidigt är det beroende på i vilken situation patienten befinner sig. Ibland kan det vara så att vi som personal förstår att det inte finns en botande behandling, men att patienten inte accepterar detta utan vill att det ska göras fler behandlingar. Detta är process som kan ta tid och behöver bearbetas av patienten och anhöriga. Men denna tid finns oftast inte på sjukhus utan vi behöver plats för andra patienter. Trots att patienten skulle behöva mer tid att acceptera sin situation blir patienten utskriven för vård i hemmet. Det är därför viktigt för mig att ta reda på hur distriktsköterskan upplever att vårda dessa svårt sjuka patienter i hemmet.

Vård i hemmet

Hemmet är en mycket speciell plats. Ett hem hör ihop med varje människas historia och identitet och är personligt och individuellt. Den som arbetar med vård i någon annans hem ställs inför etiska och praktiska problem. Arbetet kräver stor lyhördhet och flexibilitet. Det gäller att förstå och respektera den som vårdas (1). Sjuksköterskan som arbetar inom hemsjukvården kommer ofta nära patienten och dess närstående. Grunden för att mötet mellan sjuksköterskan och patienten ska bli bra är att hon/han upplever trygghet med den personal som är inblandad i vården. Det går inte att bedriva vård av svårt sjuka patienter om man inte kan ge samma trygghet dag och natt. Detta ställer speciella krav på personalen, som ständigt konfronteras med att patienten blir allt sämre och att döden närmar sig. För att orka med att arbeta i sådan arbetsform så måste sjuksköterskan ha kunskap och insikt om sin egen reaktion inför döende och död (2).

För att en patient ska kunna vårdas hemma ställs det stora krav på anhöriga både känslomässigt och praktiskt. De anhöriga behöver tid på sig att vänja sig vid den situation

som föreligger, tid för att känna trygghet i den atmosfär och det vårdlag man går in i. För när hemsjukvården kopplas in då kan även anhöriga vara en del i vårdlaget (3).

Det är svårt för anhöriga att i början känna vad de kan göra för den sjuka. Det kanske är medicinska problem som de inte behärskar, därför att sjukdomen har ett speciellt förlopp. Därför är det viktigt att personalen kommer med små tips om vad den anhöriga kan göra för att underlätta för patienten (2). Kontinuiteten i vården av svårt sjuka patienter är mycket viktig. Det behöver inte alltid vara en sjuksköterska som har den bästa kontakten, det kan var vem som helst i vårdlaget. Patienten och dess anhöriga behöver se samma människor (3).

Palliativ vård

WHO: s definition av palliativ vård: ”En aktiv helhetsvård i ett skede när patienten inte längre svarar på botande behandling och när kontroll och lindring av smärta och andra symtom är av största vikt liksom beaktandet av problem av psykologisk, social och existentiell art” s.55 (5). Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och de närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också ge anhöriga stöd i sorgearbetet (5). Den palliativa vården har ursprungligen vuxit fram ur hospice filosofin, måste genomsyra och integreras i all vård i livets slutskede. När människor väljer att vårdas i det egna hemmet måste en rad kvalitetskriterier vara uppfyllda för att människor ska våga och orka vara hemma. Det finns ett samband mellan god vårdkvalitet och följande förhållanden: en tydlig arbetsledning, en tydlig vård filosofi dvs. att all personal arbetar utifrån samma grundläggande värderingar och en kompetens hos dem som vårdar (5).

Vården i livets slutskede kräver ingående etiska övervägande. Kunskap om etik bör därför utgöra en del av utbildningen på alla vårdnivåer. Termer som människosyn, människovärde etiska principer och mänskliga förhållningssätt är en del i samhället (5).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1982 (5) ska vården grundas på en humanistisk människosyn. Detta innebär att människan är en unik och självständig person som har rätt att medverka och bestämma i situationer som rör henne själv, rätt att ses som en helhet med kropp och själ och som en social, andlig och kulturell varelse. Människans uppfattningar styr hennes grundläggande värderingar. Ofta kanske hon inte ens är medveten om dem, men oavsett vilka värderingar hon har utgör de den grund, som styr hennes handlande. Det borde vara en självklarhet att de grundläggande värderingarna diskuteras inom vården för att undvika konflikter (5). Enligt Kihlgren med flera (6) så menar Jean Watson att humanistisk omvårdnad är relaterad till människans egen upplevelse av hälsa och sjukdom, samspelet mellan omgivning och människa, självkänedom, kunskap om den egna makten och möjligheten till påverkan, samt begränsningar i en vårdrelation. Människans värdighet skall skyddas och bevaras i alla vård handlingar (6).

Människosyn

Vår kultur präglas av en kristen- humanistisk människosyn, vilket betyder att allas liv har ett värde redan från födelsen. Varje individ är en unik person med eget värde och att alla har samma rättigheter. Kihlgren med flera (6) refererar till Astrid Norberg som anser att det är

viktigt att sjuksköterskan blir medveten om sin egen människosyn eftersom de underliggande värdena både styr och ger mening i hennes praktiska handlande (6).

Etiska aspekter i omvårdnadsarbetet

Autonomi och självbestämmande har stor betydelse i vårdsammanhang eftersom det är stadgat i Hälso- och sjukvårdslagen 1982 (5) att vården i största möjliga mån ska utformas i samråd med patienten. I utövandet av hälso- och sjukvård ingår respekt för allt levande och för människans värde och rättigheter utan åtskillnad. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sin yrkesutveckling och bibehållandet av sin yrkeskompetens. Ibland kan det vara svårt att veta vad patienten känner, då personen är så sjuk och har svårt att kommunicera. Vårdaren måste då göra ett medvetet val, där det gäller att göra det som är minst "fel" eller går minst emot vårdarens egna värderingar (6).

Relationer

En fungerande relation mellan vårdtagare och vårdaren är en förutsättning för omvårdnaden. Enligt Kihlgren med flera (6) sker samspelet med hjälp av kommunikation. Oftast är det uppgiften som kommuniceras i omvårdnadsarbetet, medan en mycket liten del av kommunikationen handlar om personerna själva. Kihlgren med flera (6) beskriver vad Norberg anser om att det kan vara en komplicerad uppgift att uppnå en omvårdnadsrelation av hög kvalitet, eftersom målet för omvårdnadsarbetet inte bara är att utföra uppgifter som att ge medicin, sätta dropp, tvätta eller mata patienten. Individens upplevelse av trygghet och välbefinnande måste stödjas med hjälp av samspelet i vård situationen. När relationen fungerar bra finns det möjlighet att skapa en situation där vårdhandlingen kan utföras med så bra resultat som möjligt. När relationen är som bäst känner båda parter samhörighet, närhet och öppenhet mot varandra. Detta kan ge kraft till patienten för att klara av sin sjukdom lättare (6).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans kliniska yrkesroll är delad i två delar, nämligen delegerad medicinsk vård där läkaren har det slutgiltiga ansvaret och specifik omvårdnad där sjuksköterskan har det slutgiltiga ansvaret. Detta bidrar till att den sjuksköterskan som jobbar inom sjukhusvården ibland har svårt att urskilja sitt eget ansvarsområde. Distriktsköterskor har alltid haft en mer självständig yrkesfunktion. Under senare år när mer kvalificerad vård sker i hemmen ställs det högre krav på kompetens och erfarenhet på den enskilda sjuksköterskan i hemsjukvården (6). Kunskapen från vårdutbildningen är en bas och tillväxten av kunskap sker via erfarenhet då den teoretiska kunskapen tillämpas i det praktiska yrkesutövandet. Den viktigaste kunskapen för att utföra ett bra omvårdnadsarbete inom hemsjukvården är att det krävs djup kunskap och omfattande erfarenhetsbaserad kompetens. För att som sjuksköterska inhämta denna kunskap krävs erfarenhet från institutionsarbete där man får en omfattande kunskap om praktiskt erfarenhet som kan vara av värde för ställningstagande och överväganden vid vård i hemmet (7).

Enligt Patricia Benners (8) beskrivning av sjuksköterskans kompetensutveckling är teori och praktik beroende av varandra för att sjuksköterskan ska nå den kompetensnivå som en expert

har. Benners modell omfattar kompetensutvecklingens fem faser; novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert.

Första stadiet: Novis

Novisens beteende är ytterst begränsat och stelt. Den novisa sjuksköterskan saknar erfarenhet av nya situationer och därför är det nödvändigt med regler som styr deras handlande. Varje sjuksköterska som kommer till en miljö där hon saknar erfarenhet av patienterna, hamnar på novisens prestationsnivå, om målen och medlen för omvårdnaden av patienterna är obekanta. Det är viktigt att den novisa sjuksköterskan får professionell handledning så att hon kan utveckla sina kunskaper och känna trygghet i sin yrkesroll (8).

Andra stadiet: Avancerad nybörjare

Avancerad nybörjare är de som kan uppvisa nätt och jämnt godtagbara prestationer. Den avancerade nybörjaren kan formulera handlingsprinciper med hänsyn av riktlinjer. I riktlinjerna sammanförs så många attribut och aspekter som möjligt men det är svårt att urskilja de viktiga beståndsdelarna och därför betraktas alla attribut och aspekter som lika viktiga. Avancerade nybörjare har ingen möjlighet att uppfatta hela situationen, den är för ny och de måste koncentrera sig på att minnas de regler de har fått lära sig. De behöver stöd i kliniska sammanhang t ex att prioritera sina omvårdnadshandlingar (8).

Tredje stadiet: Kompetent

Den sjuksköterska som har jobbat under samma omständigheter i två till tre år är kompetent. Kompetensen utvecklas när sjuksköterskan börjar se sina egna handlingar i långsiktiga mål eller planer som hon/han är medveten om. Den kompetenta sjuksköterskan behärskar situationer samt att hon/han kan ta itu med och klara oförutsedda händelser som kan uppstå i den kliniska omvårdnaden. Den medvetenheten gör att hon/han blir mer effektiv och organiserad (8).

Fjärde stadiet: Skicklig

Skickliga sjuksköterskor tolkar en situation som helhet eftersom de uppfattar situationens betydelse med hänsyn till långsiktiga mål. Den skickliga sjuksköterskan har lärt sig genom erfarenhet vilka typiska händelser som är att vänta i varje given situation och hur man ändrar planer i enlighet med sådana händelser. Med hjälp av denna erfarenhetsbaserade förmåga att känna igen helhetssituationer märker den skickliga sjuksköterskan när den förväntade, normala bilden inte infinner sig. Denna holistiska förståelse bidrar till att förbättra den skickliga sjuksköterskans beslutsfattande (8).

Femte stadiet: Expert

Expertsjuksköterskan kan med sin enorma erfarenhetsbakgrund intuitivt uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemet, utan att slösa tid på att välja mellan olika alternativa diagnoser och lösningar Analytisk förmåga på ett högre färdighetsplan krävs i de situationer där sjuksköterskan saknar tidigare erfarenhet. Analytiska redskap krävs också vid de tillfällen då experten missuppfattar situationen och efter hand upptäcker att händelser och beteende inte utvecklas som förväntat (8).

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att beskriva distriktsköterskans erfarenheter av den palliativa vården i hemmet

METOD

Arbetet är utfört som en litteraturstudie. Artikelsökning har gjorts vid flertal tillfällen under tiden 051012-070131 via databaser som Amed, Cinahl. Sökningen har även gjorts manuellt via Vård i Norden som gav tre artiklar. Sökord som användes var palliative care, district nurses, experience. För att begränsa sökningen så skulle artiklarna vara kvalitativa och publicerade efter år 2000 och endast vara utförda i Sverige och England.

Efter varje sökning lästes abstraktet igenom och de artiklar som motsvarade mitt syfte valdes ut. Artiklarna skulle beskriva och belysa hur distriktsköterska upplevde vården av svårt sjuka patienter i hemmet. Vissa av artiklarna sållades bort vid en noggrann genomläsning för de var svår bedömda och motsvarade inte frågeställningarna i syftet. Resultatet omfattar elva vetenskapliga artiklar publicerade mellan år 1999 – 2006.

DATAANALYS

Analysen av artiklarna har inspirerats av Karin Dahlberg (9). Enligt henne så måste forskningsdata och kunskap som har framkommit av forskaren också kunna förstås och användas av andra och för att detta ska kunna ske måste de kunna bearbetas. Dataanalysen sker i tre delar; helhet - delar - helhet. Den första fasen är den bekantgörande fasen där materialet genomläses flera gånger för att få en förståelse för texten. När forskaren kan beskriva undersökningen i enkelhet är det dags att gå vidare. Den andra fasen är den analyserande fasen, där materialet kan börja delas in i mindre delar. Eftersom meningen med att bearbeta data är att förstå innebörden och att kunna urskilja speciella kvalitativa innebörder. Vid den fortsatta läsningen observeras likheter och på så sätt kan ett mönster av uppfattningar växa fram. Den sista fasen är dataanalysens resultat och syftet med det är att sammanställa resultatet så att det blir hanterbara och presenterbara. Analysens resultat ska beskrivas så att andra kan förstå innebörden. Hur detta ska gå till beror på problemformulerig och undersökningens syfte (9). Jag läste igenom artiklarna flera gånger för att få en helhet. Med min frågeställning som bakgrund så framträdde avsnitt i artiklarna som var relevanta för mitt syfte.

RESULTAT

Distriktsköterskans positiva upplevelser av den palliativa vården

I många av artiklarna som jag har analyserat så visade det sig att distriktsköterskorna var mycket tillfreds med sitt arbete. Det mest positiva som framkom var att de kunde arbeta självständigt, att de kunde planera sin tid och fatta egna beslut (24). Distriktsköterskorna uttryckte att de fyllde en stor funktion i den palliativa vården. De kände sig alltid välkomna i ett hem där det vårdades en sjuk person. Det kunde räcka med en kram eller ett leende från patienten för att distriktsköterskorna kände att de hade gjort ett bra arbete. Dessa möten förmedlade uppskattning och gav energi att fortsätta arbetet (15). Distriktsköterskorna kände att de visade ett stort engagemang och ett personligt intresse och menade att de mellanmänniska relationerna var helt avgörande för god omsorg. De kände att de blev berörda och upplevde att de kom nära patienten och dess anhöriga. Mötet i hemmet gav en stor dimension i arbetet och kändes meningsfullt. De värdesatte att vara nära patienten och kände att deras insatser uppskattades av patienter och anhöriga (17, 22, 24).

Kompetens

Distriktsköterskorna ansåg att det krävdes en bred medicinsk kompetens och lång erfarenhet för att de skulle kunna utföra ett bra arbete i hemmet med patienter som var svårt sjuka (22). Karlsson med flera (24) fann att distriktsköterskorna tyckte att de hade utvecklat sin kompetens delvis genom utbildning men främst genom lång erfarenhet och kollegialt utbyte och att erfarenhetskunskapen värdesattes högt. De tyckte sig ha en bred kompetens. Som en unik kompetens anges helhetssynen vid vård i hemmet. De kände att de hade en stor förståelse för patienten och dess anhörigas situation (24). Ulvarsson (23) visade att distriktsköterskorna själva tyckte att de måste vara professionella för att patienten och anhöriga skulle känna trygghet. Distriktsköterskorna var tvungna att ha kunskap om progressen av sjukdomen och informera patienten och anhöriga om vilka symtom som kunde vara förväntade och hur de på bästa sätt kunde underlätta för patienten (23).

Titeln som distriktsköterska är väl etablerad i människors medvetna och för många innebär detta en garanti för förtroende och omvårdande relationer. Distriktsköterskorna ansåg att de som hade långvarig erfarenhet kunde snabbt förstå patientens situation och detta skapade förtroende mellan patient och vårdare (21). I personalgrupper där det var stor åldersspridning mellan distriktsköterskorna visade det sig att även den yngre personalen visade ett stort engagemang och stor insikt. Distriktsköterskorna tyckte att det var svårt att ge ett entydigt svar på om det var av stor betydelse i vilken ålder och hur mycket erfarenhet personalen hade. Personligheten hos distriktsköterskan spelade stor roll, inte bara åldern. Men de flesta ansåg dock, att livs- och arbetserfarenheten var viktig för att förstå vad som var betydelsefullt i omvårdnaden av patienten. De mer erfarna kunde urskilja och hade mer lösningar på problemen som uppstod i hemmet och kunde därmed tillfredsställa patientens behov (22).

Specifik kompetens

De palliativa patienterna fick oftast svåra symtom på grund av sin sjukdom och detta kunde vara svårt att hantera och kontrollera för distriktsköterskorna. Smärta var det symtom som var mest komplex, med psykosociala, själsliga och fysiska komponenter (17). Många av distriktsköterskorna kände att de var ensamma när det gällde att kartlägga och tolka patienternas smärta samt att välja och få rätt dosering på smärtlindring. Värdering av smärta skedde i stort sett genom observation av patienten och patientens eget uttryck samt anhörigas upplevelser av patientens smärta. Andra symtom som distriktsköterskorna ansåg vara svåra att hantera var trötthet, förstoppning och illamående. För att öka sina kunskaper kände distriktsköterskorna att de behövde specialistkompetens inom palliativ vård (22).

Hinder för kompetensutveckling

Det framkom från Brobäck med flera (14) att distriktsköterskorna kände att kunskapen ibland inte räckte till för den palliativa vården. De uttryckte att det behövdes handledning av en professionell beteendevetare inom området för att kunna reflektera över svåra situationer. De hinder för kompetensutveckling som distriktsköterskorna angav var ekonomiska resurser, tidsbrist och att det kunde vara svårt att bibehålla kompetensen inom deras breda område. Som kunskapsbehov nämndes förutom medicinska kunskaper, mer kunskap i pedagogik och kommunikation. Distriktsköterskorna var överens om behovet av kompetensutveckling och det fanns en önskan om förnyade kunskaper. Metoder som nämndes för att få detta var; handledning, kurser, konferenser och hospitering på sjukhus (24).

Relation till patienten

Distriktsköterskorna beskrev hur viktigt det var att kontakten mellan patienten och dem fungerade tillfredställande. För att relationen skulle fungera krävdes det ett givande och tagande mellan patient och vårdgivare. Utifrån detta mellanmänskliga samspel skedde omvårdnaden. En av distriktsköterskornas första uppgift var att skaffa sig en uppfattning om helheten kring patientens situation och sedan att formulera beslut och utföra omvårdnadsåtgärder utefter dessa observationer (14, 16, 19). Det var viktigt att möta patienten i ett tidigt skede av sjukdomen för att förutsättningarna i omvårdnaden runt patienten skulle bli så bra som möjligt. Distriktsköterskorna behövde en viss bakgrund om patienten men de ville ha patientens eget perspektiv av situationen för att lättare se deras behov. Distriktsköterskorna kände att de behövde spendera mycket tid i hemmet för att lära känna patienten. Många av distriktsköterskorna ansåg att kontinuiteten i vården var en viktig komponent för att få en högkvalitativ omvårdnad. Vården skulle kunna bli mycket bättre om det var en person som skötte den övergripande kontakten med patienten, så inga oklarheter uppstod om vad som hade sagts (17, 18, 21).

Information - Samtal

Det var viktigt att en relation mellan vårdare och patient fungerade från början. Anvik-Höj (22) beskrev att distriktsköterskorna ansåg att det var viktigt med planeringen när en patient

skulle komma hem för att dö. Det var angeläget för distriktsköterskorna att det skapades en kontakt med patienten och anhöriga så tidigt som möjligt. Därför ordnades det ofta ett möte på sjukhuset där alla parter kunde medverka. På dessa möten skulle information ges till patienten och dess anhöriga om hur hemsjukvården fungerade och hur anpassningar i hemmet kunde göras (22).

Distriktsköterskorna brukade ringa upp patienten innan ett hembesök. Detta gjordes för att de skulle ge ett gott intryck och skapa ett förtroende till patienten. Vara gäst och professionell i ett hem kan vara krävande. För att det skulle vara lättare att känna patienten så tyckte distriktsköterskorna att det var bra att börja prata om vardagliga och praktiska ting. Distriktsköterskorna trodde att om de satte sig in i en patientens situation så var det lättare att möta den personens önskemål och behov (16).

Distriktsköterskan startade vid första hembesöket med att berätta för patienten och dess anhöriga vad de hade för arbetsuppgifter och diskuterade tillsammans med patienten vilka planer och mål det fanns med vården hemma. Meningen med denna presentation var att patienten skulle känna sig trygg. Relationen som byggdes upp mellan vårdare och patient var en hjälp för att distriktsköterskorna skulle kunna identifiera patientens behov. Distriktsköterskorna upplevde att de var ett stöd för patienten och dess familj. Distriktsköterskorna skulle vara närvarande för att lyssna och kunna ge råd, men ibland kände de att de inte räckte till och var då tvungna att hänvisa patienten till annan professionell hjälp (19).

Distriktsköterskorna kände att de måste ge fortlöpande information till patienten om hur hemsjukvården fungerade och hur patienten lättast skulle få tag i personalen. Information gavs också om praktiska ting och om vilka andra instanser det fanns som kunde vara behjälpliga under sjukdomstiden. Distriktsköterskorna poängterade vikten av att finnas till, att lyssna på patienten och att alltid vara tillgänglig (23).

Professionalism

Öhman och Söderberg (15) visade att distriktsköterskorna kände att de var professionella i mötet med den svårt sjuke patienten, samtidigt som de tyckte att det var minst lika viktigt att visa sin egen sårbarhet som människa. De ville vårda patienten vänligt men ärligt. I största mån försökte de att inspirera patienten att ta tillvara det positiva i situationen för att de skulle må bättre. Distriktsköterskorna uttryckte att de ofta upplevde den sjuke som otroligt stark. Energin och styrkan hos patienten underlättade det fortsatta arbetet i hemmet. Distriktsköterskorna reflekterade ofta över sin egen förståelse när ett möte hos en patient inte kändes bra. Ett misslyckat möte kunde bekymra dem för en längre tid, men de kände också att de måste acceptera misslyckade möten. Det var en tröst att de kunde gå tillbaka till patienten och försöka att reda ut eventuella misstag (15).

Distriktsköterskorna ansåg att patientens autonomi skulle respekteras. Speciellt vid vårdrelationer där patienten inte följde den sociala strukturen och hade ett avvikande beteende. Distriktsköterskorna kände att de måste anpassa sig till patienternas önsknings. Ibland upplevde de att de var tvungna att kompromissa med patienten och försökte att tala om vad som var acceptabelt utan att störa dennes autonomi. Distriktsköterskorna poängterade att det kunde vara svårt att bibehålla balansen mellan att vara professionell och privat gentemot

patienten. Speciellt svårt var detta om man arbetade i en liten kommun där sammanträffande med anhöriga kunde inträffa på ledig tid. Detta upplevde distriktsköterskorna ibland som bekymmersamt. De kände att det inkräktade på deras privata sfär och det kunde ibland vara svårt att hitta en bra lösning. Samtidigt underströk distriktsköterskorna att det kunde vara en fördel att arbeta på ett litet ställe där de lärde sig mycket om den sociala strukturen, kände patienterna väl och hade kännedom om sjukhusets rutiner (21).

Relation till anhöriga

Anhörig som resurs

Både distriktsköterskorna och de anhöriga upplevde att det var en stor anpassning av att vårda en svårt sjuk patient i hemmet. Det var viktigt för distriktsköterskorna att skapa trygghet så att familjen kände förtroende för deras insats. Familjen skulle kunna lita på att distriktsköterskorna fanns till hands och kom när de behövdes. Distriktsköterskorna var medvetna om vikten av att de anhöriga hade rätt till ett eget liv. Den anhörige skulle få vara anhörig och inte en del av vårdteamet (23).

Enligt Benzein med flera (20) upplevde anhöriga att det var krävande att vårda en svårt sjuk familjemedlem hemma. Familjens lidande var relaterat till sorgen över att den anhörige var sjuk och skulle dö och deras hjälplöshet över att de inte kunde påverka situationen. Distriktsköterskorna upplevde att de anhöriga var en stor resurs och att de hade en otrolig kraft och styrka. Anhöriga var en resurs både praktiskt och känslomässigt för patienten och distriktsköterskorna. När medlemmar i familjen var engagerade i vården kände distriktsköterskorna att patienten mårde mycket bättre. När de anhöriga var välinformerade och överens om målen med vården var det också lättare för dem att stötta varandra och patienten. Familjen ansågs som en resurs när det rörde en rak och öppen kommunikation t e x att de kunde diskutera sjukdomen och dess förlopp. När familjen var välinformerade och trygga i sin situation bjöds de in att medverka i vården. Trots att det ibland kunde ta lång tid att invitera familjen i vården så sparade det kraft i det långa loppet (20).

Anhöriga som börda eller i behov av stöd

Distriktsköterskorna mötte ofta familjemedlemmar och vårdare som var oroliga och stressade. I vissa svåra fall, speciellt där det var barn inblandade, kunde det kännas svårt för distriktsköterskorna att hantera. Vissa anhöriga gav intryck av att vara starka, men oron och tröttheten lyste igenom och det fanns ett stort behov av stöd. En del anhöriga hade svårt att visa sina känslor och ibland uttrycktes detta genom aggressivitet. För distriktsköterskorna var det ett bekymmer att inte alltid kunna bemöta dessa anhöriga på rätt sätt (17). Familjen kunde också vara en börda för distriktsköterskorna, speciellt vid de tillfällena när familjen ställde orimliga krav och argumenterade om hur vården skulle bedrivas. Distriktsköterskorna tolkade detta som ett uttryck för osäkerhet och rädsla och att de anhöriga kände sig maktlösa. I vissa familjer kunde det råda dåliga förhållanden mellan familjemedlemmar. Detta skapade oftast konflikter som kunde vara svåra att lösa. En del av distriktsköterskorna hade tron att de kunde hjälpa och lappa ihop de trasiga relationerna men de flesta ansåg att de inte hade med dessa relationsproblem att göra. I dessa fall begränsades målet för patientens omsorg jämfört med deras professionella ambitioner. Det var viktigt att varje familjemedlem engagerades individuellt och inte blev tyngda av för mycket ansvar (20). Anvik-Höj (22) visade att

distriktsköterskorna var uppmärksamma på hur de anhöriga mådde och att de förstod vilken påfrestning det kunde vara för de anhöriga. Distriktsköterskorna försökte sätta in extra resurser så att de anhöriga blev avlastade (22). Det mest stressande för distriktsköterskorna var att patienten och anhöriga ibland var oinformerade om sjukdomen. Distriktsköterskorna kände sig mer nöjda med sitt arbete där det rådde en öppen kommunikation. Då kunde både anhöriga och patienten prata om döden. Dessa omständigheter gjorde att omvårdnaden och omsorgen blev av bästa kvalitet och gav möjlighet för anhöriga att bearbeta den kommande sorgen (17, 18, 20, 24).

Relation till kollegor

Distriktsköterskorna tyckte att det var viktigt med en god kommunikation mellan de professionella som var involverade i omvårdnaden av den palliativa patienten (14). Distriktsköterskorna beskrev att ha en nära relation med en patient och dess anhöriga i den palliativa vården kunde vara väldigt krävande. Detta gjorde att det ibland kunde vara svårt att koppla av från arbetet. Distriktsköterskorna kunde hamna i situationer där de kände sig oombärliga i vården. Då kunde det vara viktigt för vissa med den kollegiala kontakten, för att kunna prata av sig sina bekymmer och på så sätt få distans från de oroande tankarna och göra det möjligt att fortsätta och att möta nya utmaningar (15).

Ett problem som poängterades av distriktsköterskorna var möjligheterna och tillgängligheten till kontakten med läkaren i hemsjukvården för att få hjälp med ordinationer. Det var oftast svårt att få läkaren att komma till patienten på hembesök för att undersöka och följa upp patienten. Kontakten med läkaren skedde oftast via telefon. Distriktsköterskorna kände att de vill ha mer råd och stöd från läkaren. Distriktsköterskorna upplevde ibland att läkaren inte hade något intresse eller dåligt med kunskap om symtombehandling. Ett bättre tvär professionellt team samarbete skulle kunna underlätta vården i hemmet (22).

Distriktsköterskorna beskrev att de i huvudsak arbetade ensamma. Flera påpekade att de inte ville bli styrda av andra utan de ville själva bestämma över sina uppgifter. För att kunna planera och ha kontroll över arbetet ansågs det viktigt med kontinuitet, områdes ansvar samt kollegialt stöd. Bristande information från sjukhus och andra vårdgivare nämns som skäl till svårigheter att planera den palliativa vården i hemmet (24).

Distriktsköterskans negativa upplevelser av den palliativa vården

Det fanns många positiva aspekter med att arbeta med de palliativa patienterna, men många gånger så kände distriktsköterskorna en viss ensamhet, utsatthet och otillräcklighet. Tillfällen de kunde känna så var när patienten inte fick den vård som de behövde, när patient och anhörig var missnöjda och när patienten inte klarade av att bo kvar hemma. De upplevde att det var svårt att ha hela förtroendet från patienten vid svåra samtal. Flera av distriktsköterskorna hade funderingar kring ansvarsfrågan och det fanns en viss oro för att bli anmäld och detta begränsade handlingsutrymmet (24). En del av distriktsköterskorna kände stor stress av att vårda svårt sjuka patienter och de blev påverkade av svåra situationer. Vårda svårt sjuka patienter kunde vara känslomässigt uttorkande och det fanns inte alltid support (17). När de kände att de inte kunde ge den vård som krävdes var det ofta beroende på tidsbrist. Till detta hörde också att de brottades med organisatoriska problem och brist på resurser. Detta skapade en stor frustration över att de inte alltid kunde ge den form av vård

som deras profession och erfarenhet skulle kunna ge möjlighet till. Vården runt den palliativa patienten krävde mycket av distriktsköterskorna och ibland kunde det vara svårt att samordna vården för att det skulle bli så bra som möjligt. Distriktsköterskorna ansåg att de var tvungna att vara flexibla och att de kunde anpassa vården i hemmet så att den var formulerad med respekt till behoven som patienten och anhöriga hade (14). När den palliativa patienten blev sämre så kunde det vara svårt att engagera sig i patientens oro och ångest. Trots att distriktsköterskorna ibland kände ångest och ledsnad så var de tvungna att framtona sin professionalism och kunna visa ett förtroendegivande framträdande (15).

DISKUSSION

Metoddiskussion

När jag påbörjade att bearbeta data så skedde detta med hjälp av Karin Dahlbergs teori. Enligt Dahlberg (9) så innebär det att data analyseras och struktureras för att slutligen sammanställas i en resultatbeskrivning i någon form. För att kunna beskriva och skapa en förståelse för en text så måste den bearbetas i olika delar (9). Jag påbörjade mitt arbete på hösten 2005. Första sökningen av artiklar skedde via PubMed och Cinahl och jag valde ut 10 stycken artiklar som jag då tyckte stämde in på mitt syfte. Artiklarna var från 1994 fram till 2004 och både kvantitativa och kvalitativa. Jag hade ett långt uppehåll med arbetet under 2006. Startade upp på nytt januari 2007 och försökte att då sätta mig in i artiklarna igen. Men eftersom det hade passerat en ganska lång tid så kändes artiklarna inte relevanta längre, dels p.g.a. att de kändes ålderdomliga och en del kvantitativa artiklar var svåra att analysera. Jag kasserade åtta av artiklarna och behöll två stycken kvalitativa som jag hade sökt manuellt i Vård i Norden. Jag startade nya sökningar via Amed och Cinahl och för att begränsa sökningen så inriktade jag mig på artiklar som skulle vara gjorda under 2000-talet, vara kvalitativa och gjorda i Sverige eller England. Efter att ha koncentrerat sökningarna på detta sätt kändes det mycket lättare och jag fann artiklar som kändes optimala för mitt arbete.

När jag efterhand hade läst igenom artiklarna flera gånger så framkom det så småningom återkommande resultat om hur distriktsköterskan upplever vården av palliativa patienter. För att strukturera upp arbetet så delade jag in resultatet under olika kategorier. Dahlberg (9) anser att kategorier skapas av de kvalitativa skillnader och likheter som analyserats fram i materialet och består i grunden av enskilda personers sätt att uppfatta och resonera om olika företeelser. Problemet med den kvalitativa undersökningen är att det kan finnas för dåligt underlag för att kallas kvalitativ och detta innebär att de kvalitativa studierna innehåller ledande frågor och tolkningarna blir för subjektiva. Genom vårdvetenskapliga kvalitativa vård metoder handlar det om att belysa existentiella aspekter på olika människors uppfattningar och med tanke på hur många olika människor det finns i världen så kan man beskriva dessa med hjälp av kvalitativa artiklar i det oändliga (9).

Resultatdiskussion

Distriktsköterskornas huvuduppgift med vården i hemmet är att bidra till att patienten har möjlighet att uppleva så bra livskvalité som det är möjligt fram till att döden inträffar. Vården i hemmet innebär allt som oftast att också familjen blir delaktig och de har också ett stort behov av att få hjälp och stöd. Artiklarna visar att distriktsköterskan ett stort behov av

kompetens inom många områden. För att vårda de palliativa patienter tillfredsställande så måste kunskapen innefattas av medicinska, maskintekniska kunskaper, att behärska samtalsmetodik, att vara stöd till både patient och anhöriga, att vara den som har kontakten med andra instanser och professioner. Samtidigt som distriktsköterskan uttrycker att det finns mycket kompetens så känner de flesta att det alltid finns ett behov av mer utbildning (19, 22, 23, 24). I alla yrkeskategorier behövs det kompetensutveckling. Som sjuksköterska krävs det att du håller dig a jour med nyheter inom omvårdnadsutvecklingen. För att kunna utveckla dig som sjuksköterska krävs det en organisation på din arbetsplats som medger att du kan förkovra dig i nyheter och utbildningar. Den erfarenhetsbaserade kunskapen som också kan kallas den tysta kunskapen utvecklar sjuksköterskan genom mångårigt praktiskt arbete. Denna kunskap varken syns eller hörs och kan vara svår att uttrycka i ord eller diskuteras överhuvudtaget. Trots allt är den tysta kunskapen ovärderlig i omvårdnaden med svårt sjuka patienter. Vårdvetenskapen och forskningens uppgift är att problematisera och belysa de företeelser som finns inom vårdandet och kan medverka till en kunskapsutveckling. Samtliga professioner behöver ett vetenskapligt förhållningssätt. Tillsammans med den tysta kunskapen och vetenskaplig teoretisk bakgrund kan omvårdnaden av patienten bli den bästa.

För att klassificera distriktsköterskorna med hjälp av Benners (8) kompetensutveckling från novis till expert så tycker jag att de flesta distriktsköterskor måste kännetecknas som experter. De som ser sin begränsning och behöver mer stöd och kunskap kan klassificeras som skicklig eller kompetent (8). Enligt Benner (10) kännetecknas expertsjuksköterskan av att omedelbart kunna uppfatta den kliniska situationen, hon har en växande förståelse av patientens bakgrund, genom deras egna berättelser, samt förmåga att notera förändringar med hjälp av patientens reaktionsmönster. Typiskt för omvårdnadshandlingar är att de är reaktionsbaserade och att de bygger på intuitiva helhetsuppfattningar om vad som har fungerat bra i tidigare situationer av samma typ och att de kan förändras alltefter den enskilda patienten. Relationen mellan expertsjuksköterskan och andra professioner är öppnare och att expertsjuksköterskan har lättare att få fram relevanta kliniska fakta som har betydelse för omvårdnaden. Expert sjuksköterskan kan hantera gränser och känner sina begränsningar. I oväntade och ovanliga situationer visar expertsjuksköterskan ett etiskt förhållningssätt som utmanar andras förväntningar. De är också försiktiga i att bedöma andras styrkor och svagheter. Omvårdnad kan inte utövas av en person ensam. Det handlar inte om egna personliga insatser utan därför består expertsjuksköterskans kompetens i att stärka och samarbeta med andra. I komplicerade situationer måste alla resurser sättas in. Expertsjuksköterskan har möjlighet att utveckla ett engagemang i relationen tillsammans med patienten. Detta gör att sjuksköterskan har mycket lättare att förstå patienternas önsknings på ett sätt som inte hade varit möjligt utan denna speciella kontakt och respekt. Erfarna sjuksköterskor känner ett stort ansvar för det som normalt betecknas som medicinsk behandling. Om sjuksköterskan inte tycker att patienten reagerar som förväntat på behandlingen ser det de som sin personliga skyldighet att övertyga läkaren om att behandlingen måste förändras. Sjuksköterskan lär sig av erfarenhet att de bör lita på sitt kliniska omdöme och att vara mer påstridiga när de förhandlar med läkare för att få till stånd förändring av en behandlingsplan. Erfarenheten har också lärt dem vilka åtgärder som kan vänta och vilka som är mer akuta. Förmåga att förhandla med läkaren grundar sig också på relationen mellan läkare och sjuksköterska. Parterna ska åtminstone ha respekt och erkänna varandras kompetens och det ska finnas en ömsesidig känsla av förtroende (10).

Jag som arbetar på sjukhus och har sett många patienter som har fått svåra diagnoser anser att vår huvuduppgift på sjukhuset är att vara tydliga i vårt språk till patienten. Efter att ha läst

dessa artiklar så finns det en större förståelse hos mig om att anhöriga och patient måste förstå innebörden av sjukdomen för att underlätta för distriktsköterskans fortsatta arbete. Distriktsköterskan ansåg att de måste fortsätta med denna öppenhet även i hemmet för att vården ska fungera på ett bra sätt och underlätta för patienten och dess familj. Accepterandet hos patienten om att hon/han har en dödlig sjukdom tar olika lång tid att bearbeta på grund av att patienterna är olika som människor med blandad bakgrund och personliga erfarenheter. Distriktsköterskorna kände att de måste respektera patientens och anhörigas önskningar och krav fast att det inte alltid var enligt deras normer och värderingar, men det var här som den mer erfarna distriktsköterskan lättare kunde upprätta hålla en professionell attityd och acceptera att vården i hemmet kan vara mycket olika beroende på vilka individer som vårdas (19,23).

Kaasa (11) anser att god kommunikation mellan vårdpersonal och patient en förutsättning för korrekt diagnos och god vård och behandling. Kommunikation kan betraktas som en färdighet som kan förbättras och utvecklas. Det svåra samtalet måste planeras och det mest idealiska är att olika professioner och närstående till patienten är med. Det måste avsättas tid och sanningen måste alltid sägas till patienten. Patienten måste få tid att ta till sig information för att kunna hantera situationen. Det är viktigt att patienten känner att personalen finns till hands i alla situationer (11).

När en person blir sjuk i en familj så befinner sig alla familjemedlemmar i kris. Krisbearbetning kan yttra sig på många olika sätt. För att distriktsköterskorna ska kunna hantera sådana situationer var hon tvungen att försöka förstå och sätta sig in i hur de anhöriga upplever och bearbetar sin sorg. I många fall kan osäkerhet och maktlöshet hos de anhöriga uttrycka sig som aggressioner mot vården och de som vårdar (20). Jag upplever att hos dessa anhöriga visar sig detta redan hos oss på sjukhuset. Det kan vara oerhört svårt att tackla och inte ta det personligt. Vi som arbetar på sjukhus har andra professioner att ta till hjälp vid svåra samtal men för distriktsköterskan som oftast står ensam kan det vara oerhört krävande och alltid att försöka att jämkla mellan olika parter. Resultatet visar att distriktsköterskorna försöker att vara uppmärksamma på hur de anhöriga mår och försöker att avlasta familjen när de märker att de inte orkar mera (19,22).

En del av distriktsköterskorna känner att de har dålig support av läkaren inom hemsjukvården (22). Jag upplever detta som en organisatorisk fråga. Vi som arbetar på sjukhuset får många samtal från distriktsköterskor om medicinska frågor som kan vara svåra att svara på speciellt där man inte varit involverad i patienten. Ibland upplever jag att de ringer sjukhuset i första hand istället för att ta kontakt med läkaren i primärvården. Varför det är på detta sätt är en svår fråga och kanske beror det på att de känner att de får mer support från oss på sjukhuset eller att de känner att vi fortfarande har huvudansvaret för patienten. Vi försöker att vara behjälpliga i de frågor vi kan svara på eller att vi frågar den ansvarige läkaren. Men detta tar mycket tid och kraft från både läkare och sjuksköterskor och jag känner att denna tid är bättre att vi satsar på patienter som är på sjukhuset. I vissa av dessa fall känner jag att det finns en osäkerhet hos distriktsköterskorna. På den avdelning där jag arbetar har vi en högspecialiserad vård och detta kan ju vara svårt för distriktsköterskorna att kunna, men det känns ibland som den basala kunskapen inte finns där och det tycker jag är oroväckande. Vi inbjuder ofta distriktsköterskor att medverka vid svåra omläggningar för att de ska ha sett detta innan patienterna kommer hem och detta brukar distriktsköterskorna uppskatta.

Vården i hemmet är komplex och det finns svåra problem både känslomässigt och praktiskt som måste lösas för att det ska fungera tillfredställande. Studierna visar att många av distriktsköterskorna ansåg att det var viktigt att ha en vidareutbildning i palliativ vård. Jag tycker att de borde vara ett krav att det finns både en erfarenhetsbaserad och teoretisk bakgrund för att arbeta som distriktsköterska inom hemsjukvården.

På avdelningen träffar vi på många palliativa patienter. Vi försöker att ordna så att de får enkelrum och att anhöriga kan vara där så stor del som möjligt. Vi ser också på många sätt de anhöriga som en resurs. Fördel med att arbeta på en avdelning är att vi alltid har en läkare till hands att fråga och vi som personal är otroligt många och vi kan alltid ta stöd av varandra. Distriktsköterskan träffar vi vid vårdplanerings möten och enligt min erfarenhet så fungerar det oftast väldigt bra när patienten ska gå hem. Där det fungerar bäst är där det finns ett välfungerande palliativt team med olika engagerade professioner.

Denna undersökning visar att distriktsköterskorna arbetar i många fall ensam och att ibland känner de sig utlämnade och skulle vara i behov av mer kollegialt stöd och handledning. Men trots att de upplever sitt arbete ensamt så tycker de också att det är en stor fördel att vara självständiga och att kunna bestämma rutiner och lägga upp arbetet som de själva vill. Resultatet visar att den palliativa vården i hemmet behövs och att distriktsköterskorna upplever att hon fyller en stor funktion. När en patient ska vårdas hemma så anser jag att det behövs ett tvärprofessionellt team för att det ska fungera tillfredställande och för att patienten och dess anhöriga ska känna sig trygga. Det finns fortfarande mycket man skulle kunna göra för att det ska fungera ännu bättre med vården i hemmet. Jag tror på sikt att vården i hemmet behöver utvecklas mer för det kommer inte att finnas resurser för att patienter ska kunna vara kvar en längre tid på sjukhuset. I mina fortsatta studier så skulle jag vilja fördjupa mig ännu mer i hur distriktsköterskan ska kunna bevara och utveckla sin kompetens på ett bra sätt som distriktsköterskan har nytta av i sitt framtida arbete.

REFERENSLISTA

1. Gaunt D, Lantz G. *Hemmet i vården - Vården i hemmet*. Stockholm, Ersta vårdetiska instituts skriftserie; 1996.
2. Beck- Friis B, Ewalds E. *Livets gåva och gräns*. Örebro, bokförlaget Libris; 1987.
3. Beck- Friis B, Ewalds E. *Förstå mig även nu- Om vård i livets slut*. Örebro, bokförlaget Libris; 1987.
4. Ternstedt B-M. *Livet pågår - om vård av döende*. Stockholm, Vårdförbundet FOU; 1998.
5. Kommiten om vård i livets slutskede. *Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut*. Stockholm, SOU; 2001.
6. Kihlgren M, Johansson G, Engström B, Ekman S-L. *Sjuksköterskans ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund, Studentlitteratur; 2000.
7. Nilsson A. *Omvårdnadskompetens inom hemsjukvård- en deskriptiv studie*. Akademisk avhandling. Göteborg, Göteborgs universitet; 2001.
8. Benner P. *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund, Studentlitteratur; 1993.
9. Dahlberg K. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund, Studentlitteratur; 1997.

10. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertkunnande i omvårdnad Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund, Studentlitteratur; 1999.
11. Kaasa S. *Palliativ behandling och vård*. Lund, Studentlitteratur; 2001.
12. Nyberg R. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund, Studentlitteratur; 2000.
13. Schale Balaz S, Nordin M, *Handbok i hemsjukvård*. Stockholm, Förlagshuset Gothia AB; 2001.
14. Appelin G, Brobäck G, Berterö C. A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 9, 315-324
15. Öhman M, Söderberg S. District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *J Clin Nurs* 2004; 13, 858- 866
16. Kennedy M C. The work of district nurses: first assessments visits. *J Adv Nurs*, 2002; 40(6), 710-720.
17. Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses experiences. *J Adv Nurs*, 2005; 50 (4), 372 -380.
18. Luker K, Lynn A, Caress A, Hallet C. The importance” of knowing the patient”: community nurses constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs*, 2000; 31(4), 775-782
19. Wright K. Caring for the terminally ill: the district nurses perspective. *British J Nurs* 2002,11, 18.
20. Benzein E, Johansson B, Säveman B-I. Families in home care- a resource or a burden? District nurses beliefs. *J Clin Nurs*, 2004; 13, 867-875.
21. Sundelöf E-M, Hansebo G, Ekman S-L. Friendship and caring Communion: The meaning of caring relationship in district nursing. *Int J Human Caring* 2004; 8,3
22. Anvik-Höj V. När den kreftsyke dör i sitt hjem- sykepleiers erfaringer. *Vård i Norden* 1999 (3) 32 -36.
23. Ulvarsson J. Anhöriga i hemsjukvården. *Vård i Norden* 1999 (3) 37 – 43
24. Karlsson B, Morberg S, Lagerström M. Starka som individer men svaga som grupp. *Vård i Norden* 2006 (1) 36-41

BILAGA 1

Artikelpresentation

Ref. Nr: 14

Titel: A comprehensive picture of palliative care at home from people involved

Författare: Appelin G, Brobäck G, Berterö C.

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

Publicerat år: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva den palliativa vården av de personer som är inblandade

Metod: Kvalitativ metod där det gjordes inspelade intervjuer som översattes ordagrant.

Data var analyserad enligt hermeneutisk ansats inspirerad av Gadamer

Huvudfynd: Den palliativa vårdens huvudsyfte var att skapa så god livskvalité både känslomässigt och fysiskt för patienten

Urval: 6 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 38

Ref. Nr: 15

Titel: District nursing- sharing and understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes

Författare: Öhman M, Söderberg S.

Publicerat år: 2004

Land: Sverige

Syfte: Att belysa vikten av distriktsjuksköterskans erfarenheter genom möten med palliativa patienter och dess anhöriga

Metod: Kvalitativ metod där det genomfördes intervjuer. Data var analyserad av fenomenologisk och hermeneutisk ansats inspirerad av Ricoeur

Huvudfynd: För att den palliativa vården ska bli så bra som möjligt måste distriktsköterskan skapa en god relation med patienten

Urval: 10 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 36

Ref. Nr: 16

Titel: The work of district nurses: first assessment visits

Författare: Kennedy C.

Land: Storbritannien

Publicerat år: 2002

Syfte: Undersöka hur stor kunskap distriktsjuksköterskan får av det första besöket hos patienten och vilka beslut de fattar i relation till dessa intryck

Metod: Kvalitativ metod med två halv strukturerade intervjuer och utförda observationer

Data analyserades enligt etnografisk ansats

Huvudfynd: Distriktsköterskans kunskaper vävs samman med både de teoretiska och den erfarenhetsbaserade kunskapen

Urval: 11 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 40

Ref. Nr: 17

Titel: Palliative care for patients with cancer: district nurses experiences

Författare: Dunne K, Sullivan K, Kernohan G.

Land: Storbritannien

Publicerat år: 2005

Syfte: Undersöka distriktsjuksköterskans erfarenheter av palliativ vård i hemmet

Metod: Kvalitativ metod med ostrukturerade inspelade intervjuer som analyserades med hjälp av Colaizzis sju steg av data analys. Data analyserades med hjälp av en Husserlian fenomenologisk ansats

Huvudfynd: Fyra kategorier blev identifierade som huvudteman kommunikation, familjen som vårdare, symtomlindring och den personliga involveringen i den omvårdande rollen

Urval: 25 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 70

Ref. Nr: 18

Titel: The importance of knowing the patient: community nurses constructions of quality in providing palliative care

Författare: Luker A, Lynn A, Caress A, Hallet C.

Land: Storbritannien

Publicerat år: 2000

Syfte: Undersöka kvalitén av den palliativa vården i hemmet

Metod: Kvalitativ med inspelade intervjuer som blev nedskrivna ordagrant.

Huvudfynd: Hur relationen blir mellan patient och vårdare är helt avgörande för hur kvalitén blir för den palliativa vården

Urval: 62 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 19

Ref. Nr: 19

Titel: Caring for the terminally ill: the district nurses perspective

Författare: Wright K

Tidskrift: British Journal of Nursing

Publicerat år: 2002

Land: England

Syfte: Undersöka distriktsjuksköterskans roll i den palliativa vården

Metod: Kvalitativ studie där det gjordes halv strukturerade inspelade intervjuer som översattes ordagrant. Analysen skedde efter kodning och kategorisering och data presenterades i olika teman

Urval: 6 distriktsjuksköterskor

Huvudfynd: Relationen mellan patienten och vårdaren är helt avgörande för hur den palliativa vården utvecklas

Antal ref: 21

Ref. Nr: 20

Titel: Families in home care – a resource or a burden? District nurses beliefs

Författare: Benzein E, Johansson B, Säveman B-I.

Tidskrift: Journal of Clinical nursing

Publicerat år: 2004

Land: Sverige

Syfte: Undersöka distriktsjuksköterskans tilltro till familjen i hemsjukvården

Metod: Kvalitativ, där data insamlades via fokus grupp intervjuer vid tre tillfällen. Analysen skedde genom Burnard och presenterades under olika teman

Urval: 5 distriktsköterskor

Huvudfynd: Familjen kan både vara en börda och en resurs för distriktsköterskan i den palliativa vården

Antal ref: 27

Ref. Nr: 21

Titel: Friendship and Caring Communion: The meaning of caring relationship in District nursing

Författare: Andrée-Sunderlöf E-M, Hansebo G, Ekman S-L.

Tidskrift: International Journal for human caring

Publicerat år: 2004

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka vad distriktsköterskan tycker är betydelsefullt i den omvårdande relationen av de äldre

Metod: Kvalitativ metod med fenomenologisk hermeneutisk ansats. Data insamling skedde med hjälp av inspelade intervjuer. Analysen skedde med hjälp av Ricoeur och presenterades under olika teman

Huvudfynd: Det som är viktigast för att relationen ska fungera är vänskap och god omvårdnad

Urval: 12 distriktsköterskor

Antal ref: 36

Ref. Nr: 22

Titel: När den kreftsyke dör i sit hjem: sykepleiers erfaringer

Författare: Anvik- Høj, V.

Tidskrift: Vård i Norden

Publicerat år: 1999

Land: Norge

Syfte: Undersöka hur hemsjukvården är etablerad för de svårt sjuka patienterna

Metod: Kvalitativ där bandinspelade intervjuer analyserades och resultatet presenterades under olika rubriker

Huvudfynd: Resultatet visade att distriktsköterskan arbetade mycket ensam i svåra situationer

Urval: 12 distriktsjuksköterskor

Antal ref: 12

Ref. Nr: 23

Titel: Anhöriga i hemsjukvården

Författare: Ulvarsson J.

Publicerat år: 1999

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka hur informationen gavs och hur anhöriga till patienter inskrivna i hemsjukvården upplevde information och utbildning i samband med att de vårdade patienten

Metod: Kvalitativ, där intervjuerna utfördes efter en frågeguide som innehöll semistrukturerade frågor. Alla intervjuerna bandades och efter utskrift analyserades texten inspirerad av Lantz med inriktning att finna teman och kategorier

Urval: 3 sjuksköterskor, 1 kurator, 2 anhöriga

Huvudfynd: Personalen som intervjuades i studien visade på ett stort engagemang och en vilja att förverkliga patienternas och anhörigas önskningar om ett gott liv ända fram till döden. De anhöriga upplevde att informationen gavs på ett ostrukturerat sätt och inte dokumenterades

Antal ref.: 20

Ref. Nr: 24

Titel: Starka som individer men svaga som grupp

Författare: Karlsson B, Morberg S, Lagerström M.

Publicerat år: 2006

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva hur distriktsköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sin yrkesroll i dagens samhälle

Metod: Kvalitativ med deskriptiv ansats. Som datainsamlingsmetod har använts fokusgruppsintervjuer. Analysen av arbetet presenterades under olika teman

Huvudfynd: Distriktsköterskan har svårt att bibehålla sin självständiga professionalism, svårt att utveckla sin kompetens och som grupp känner de att de behöver stärkas och synliggöras

Urval: 22 distriktsköterskor

Antal ref.: 28