

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2008:53

Sjuksköterskors upplevelser av stress vid vård av  
palliativa patienter  
en litteraturöversikt

Agneta Andersson  
Jurate Lucht



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Sjuksköterskors upplevelser av stress vid vård av palliativa patienter - litteraturöversikt
Författare:	Agneta Andersson, Jurate Lucht
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Distriktssköterskeutbildning
Handledare:	Eva Efraimsson
Examinator:	Lars Sandman

## Sammanfattning

Höga nivåer av arbetsrelaterad stress rapporteras inom sjuksköterskeyrket. Som stress faktorer anges dålig bemanning, mycket vikarier, schemaomläggningar, oklar yrkes fördelning, tidspress, kunskapsbrist och dåligt stöd från huvudman. Relativt mycket forskning är gjord om stress allmänt hos sjuksköterskor, betydligt mindre är skrivit om stress bland sjuksköterskor som vårdar döende patienter i hemmet, på hospice eller på sjukhus. Sjuksköterskor som vårdar döende patienter möter dagligen lidande, sjukdom och död som väcker existentiella funderingar och de löper hög risk att drabbas av emotionell utmattning och utbrändhet. Palliativ vård ställer höga krav på sjuksköterskan i fråga om på faktakunskap, omdöme och erfarenhet. Att få förståelse för orsaker till negativ stress hos sjuksköterskor i arbete med palliativa patienter är av största betydelse då denna stress i slutändan påverkar vården och bemötandet av den döende och dess familj samt sjuksköterskornas välbefinnande.

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av stress i arbetet med döende patienter inom palliativ vård samt vilka faktorer som leder till den negativa stressen. Tio vetenskapliga artiklar motsvarande syftet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Vissa stressfaktorer som kommit fram i resultatet är vanliga inom sjuksköterskeyrket men vissa, exempelvis död och döende, är specifika vid vård av patienter i livets slutskede. Diskussionen förs över de stressupplevelser som är liknande för alla arbetsområden inom sjuksköterskeyrket men framför allt över det som är specifikt för dem som arbetar med palliativ vård, där några exempel är upplevelse av hjälplöshet, känsla av att svika patienter, otillräcklighet, för lite kunskap om palliativ vård, gränser mellan profession som sjuksköterska och relation med patienten och anhöriga samt sorg och oro över patienterna och de anhörigas situation. Kunskaper som framkommer i detta arbete kan användas för att få ökad förståelse av fenomenet stress vid vård av palliativa patienter och dess följder. Mera svensk forskning inom området kan vidare utveckla kunskaper beträffande sjuksköterskors upplevelser, vilka behov som finns samt vilka åtgärder som kan minska negativ stress.

**Nyckel ord:** Stress, sjuksköterskor, palliativ vård, vård i livets slut skede, död och döende, litteraturöversikt.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Palliativ vård i Sverige	1
Sjuksköterskans roll vid vård av döende patienter	3
Utbildning i den palliativa vården	3
Om stress	4
Forskning om stress hos sjuksköterskor som vårdar döende patienter	6
Vårdvetenskapligt perspektiv	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>9</b>
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
Litteratursökning	9
Kritisk granskning av artiklar	10
Analys av artiklar	10
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
Att inte kunna hjälpa och ge god vård	13
Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden	14
Att bli bemött utan respekt	15
Att inte få uppskattning och stöd	15
Att vara ensam i sin yrkesroll samt ha flera roller samtidigt	16
Att känna sorg och ångest i sitt arbete	16
Att känna sig otillräcklig på grund av hög arbetsbelastning	17
<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
Metod diskussion	18
Resultat diskussion	19
<b>SLUTSATS</b>	<b>24</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>25</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>29</b>

# INLEDNING

Palliativ vård finns idag inom många verksamheter i sjukvården, man möter den på hospice, på många vårdavdelningar, i hemsjukvård och på äldreboenden. Sjuksköterskans arbete med de palliativa patienterna ställer olika krav på hennes yrkesroll, så som att vara flexibel, kreativ, arbeta självständigt, kommunicera med patient och anhöriga och andra yrkeskategorier, veta vilka insatser som behövs och när. Hon ska också ha stor kunskap i symtomlindring och krisbehandling. Klarar hon av alla dessa krav? Upplever hon sig stressad i sitt arbete? Om så, när och i vilka situationer? Finns det några situationer som upplevs som särskilt stressande inom den palliativa vården? Vi anser att dessa frågor är aktuella och intressanta och valde därför att fördjupa vår kunskap inom området stressupplevelser hos sjuksköterskor i den palliativa vården.

# BAKGRUND

## Palliativ vård i Sverige

Begreppet palliativ vård innebär all vård som inte är kurativt syftande, dvs. inte enbart vården i livets slutskede. Med palliativ vård anses vård av patienter med obotlig, symptomgivande sjukdom, oavsett diagnos. Den största patientgruppen utgörs av cancerpatienter, men även patienter med hjärt- kärlsjukdomar, lungsjukdomar, demenssjukdomar och neurologiska sjukdomar är exempel på andra stora grupper (Beck-Friis & Strang, 2005).

Den palliativa vårdens moderna utveckling startades av Cicely Saunders, som grundade St Christopher's Hospice i London. Enligt hennes filosofi var det viktigt att se den döende patienten som en hel person med alla sina behov och att få dessa behov tillgodosedda. Hon insåg även behovet av att ha familjen och de närstående involverade i patientarbetet samt betydelsen av stöd till närstående i deras sorgearbete. För patientens och de närståendes bästa krävdes flera olika professioner som alla arbetade för samma mål. I Sverige var professor Barbro Beck-Friis en tydlig pionjär i och med skapandet av den sjukhusanslutna hemsjukvården i Motala i början av 1970-talet. I Sverige liksom i de flesta andra länder började den palliativa vården med inriktning på cancerpatienter i livets slutskede, men idag har begreppet vidgats och palliativ vård bör omfatta samtliga patienter som har behov av den aktiva helhetsvård som palliativ vård utgör, oavsett diagnos (Nationella rådet för palliativ vård, 2007).

År 1997 tillsatte staten en utredning som skulle ge förslag till hur livskvaliteten kan förbättras och hur inflytandet kan ökas för de döende och deras anhöriga. Utredningen skulle även beskriva samarbetsformer i kommuner och landsting beträffande vård i livets slutskede samt belysa behovet av forskning och utbildning. Resultatet blev slutbetänkandet "Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut", SoU 2001:6. I december 2004 bildades Nationella Rådet för Palliativ Vård som består av yrkesföreningar och nätverk som arbetar med palliativ vård. Organisationen samordnar

palliativ vård över hela landet enligt WHO:s definition av palliativ vård men har även som mål att sprida information till professionella och till allmänheten samt att utveckla och förbättra den palliativa vården. Under 2005 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting – SKL – beskriva utvecklingen av den palliativa vården i Sverige. Redovisningen av detta uppdrag kom i december 2006 i form av rapporten ”Vård i livets slutskede, Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner” (Nationella rådet för palliativ vård, 2007).

Den svenska definitionen av palliativ vård utgår från WHO:s definition:

*”Palliativ vård är 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 beaktande av problem av psykologisk, social och existentiell art. Det övergripande målet med palliativ vård är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten och dennes familj utan att vare sig förlänga patientens liv eller att påskynda dennes död. Palliativ vård inbegriper en livssyn som bejakar livet och betraktar döendet som en normal process. Palliativ vård innebär att tonvikt läggs på att lindra smärta och andra besvärande symtom. Palliativ vård innebär att såväl fysiska, psykologiska som existentiella/andliga aspekter förenas till en helhet i vården. Den palliativa vården måste kunna erbjuda ett system av stödåtgärder för att hjälpa patienten att leva ett så aktivt liv som möjligt till livets slut och ett stödsystem för att hjälpa familjen att orka med situationen under patientens sjukdom och under sorgearbetet.”* (SOU, 2001 s.55).

Kommittén om vård i livets slutskede (SOU, 2001) anser i sin utredning att palliativ vård ska vila på fyra hörnstenar:

- Symtomkontroll - dvs. att lindra smärta och andra svåra symtom. Symtomkontrollen omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov.
- Samarbete i teamet för att tillfredställa patientens behov. Teamet kan bestå av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor med flera.
- Kommunikation och relation mellan patienten och de närstående å ena sidan och personalen å den andra är en förutsättning för en god palliativ vård.
- Stöd till anhöriga under sjukdomen och efter dödsfallet (SOU, 2001; Sveriges Kommuner och Landsting/Regioner, 2004).

Tidigare dog de flesta människor på akutsjukhus. Under den senaste femtonårs perioden har det skett en förskjutning av dödsplats från sjukhus till särskilda boende och det egna hemmet (Socialstyrelsen, 2006). Jakobssons, Johnsson, Persson och Gaston-Johansson (2006) visar att, av 229 personer som avled i Västragötalands regionen under år 2001, dog 46,7 % på akutsjukhus, 41,9 % på särskilda boende samt 9,2 % i det egna hemmet. Ökat behov av palliativ vård samt ökat antal patienter som önskade få avsluta sina liv hemma resulterade i utveckling av nya former för palliativ vård. Hemsjukvården blev allt vanligare och utvecklades till avancerad hemsjukvård, som idag utgör en del av specifik palliativ vård i Sverige. Idag ges vård i livets slutskede på sjukhus, inom kommunens särskilda boenden eller i det egna hemmet med hjälp av avancerad hemsjukvård (Socialstyrelsen, 2006).

Dunne, Sullivan och Kernohan skriver (2005) att när det kommer till vård av palliativa patienter i hemmet är det oftast en distriktssköterska som sköter den. De påpekar vidare att forskningen om distriktssköterskans insats inom den palliativ vården är liten, endast fem studier är gjorda under en 10 års period fram till 2004. Det som framkom i samtliga studier var att distriktssköterskan har en central roll i den palliativa vården när det gäller helhetssynen, i fråga om praktisk vård, symtomlindring, känslomässigt stöd och samordning för patienten och familjen.

## **Sjuksköterskans roll vid vård av döende patienter**

Den palliativa vården ställer, enligt Beck-Friis och Strang (2005) höga krav på sjuksköterskan. En optimal palliativ vård bygger på faktakunskap, omdöme och erfarenhet. Det krävs kunskap om symtombehandling och krisbehandling, omdöme när det är klokt att avstå från tekniskt möjliga åtgärder och erfarenhet för att kunna förutse kommande problem. Den huvudsakliga kärnan i omvårdnaden är beröring, empati och andra olika former av stöd. Vidare skriver författarna att sjuksköterskan i den palliativa vården har olika roller såsom att skapa relation, att stödja, att kommunicera samt att koordinera. En stor del av sjuksköterskans arbete går ut på att bygga upp relationer med patienter och för detta krävs att sjuksköterskan är beredd att gå in i patientens situation och det handlar alltid om att kunna anpassa sig till patientens nivå. Men det handlar även om att vara professionell och inte bli för engagerad i den palliativa vården, så att relationen varken blir för ytlig eller för känslös utan balanserad. Både patient och anhöriga är i stort behov av stöd och här är sjuksköterskans uppgift att uppmuntra och finnas till hands. Den stödjande omvårdnad behöver inte alltid handla om samtal eller aktiva handlingar utan många gånger räcker det med fysisk närvaro som inger en slags trygghet för patient och anhöriga. Att vårda palliativa patienter och deras anhöriga kan var stressande och en utmaning för sjuksköterskor men, som Beck-Friis och Strang (2005) påpekar, om sjuksköterskan intar ett professionellt förhållningssätt mot den sjuke och anhöriga samt vågar vara ärlig och närvarande, inger det trygghet i relationen.

## **Utbildning i den palliativa vården**

Vård av palliativa patienter kräver mycket av sjuksköterskan oavsett om det är på ett hospice, i hemmet eller på en vårdavdelning. Det är en komplex vårdsituation där det krävs stor teoretisk kunskap, praktiskt kunnande och erfarenhet samt psykologisk och etisk kunskap (Wallerstedt & Andershed, 2007). För att klara av yrkesrollen med patienter i livets slutskede är det viktigt att ha kunskap inom palliativ vård samt personlig och professionell erfarenhet (Johnston & Smith, 2005). Studier visar dock att sjukvårdspersonalen känner sig ofta inadekvat och dåligt förberedda för att ta hand om de bekymmer som människor i livets slutskede har (Jakobsson, 2007).

Hawkins, Howard och Oyebode skriver (2007) att ett flertal sjuksköterskor i deras undersökning upplever att de känner sig osäkra i sin yrkesroll när det kommer till att hantera situationen med palliativa patienter och deras anhöriga, de upplever att de inte har tillräcklig kunskap eller erfarenhet. Vidare skriver de att utbildningen av sjuksköterskor ofta inte har förberett dem för att möta patientens och familjers känslomässiga behov i den palliativa vården. I England ansågs det att utbildningen i

palliativ vård inte var tillräckligt bra hos distriktssköterskorna och därför genomfördes ett treårigt utbildningsprogram. Shipman, Burt, Ream, Beynon, Richardsson och Addington-Hall (2008) både intervjuade distriktssköterskorna och delade ut frågeformulär före och efter utbildningsprogrammet och kom fram till att distriktssköterskorna efter utbildningen kände ökat självförtroende. De uttryckte också att de hade fått ökad kunskap och kompetens, både när det gäller medicinsk kunskap och förmåga att kommunicera och stödja patienterna. Denham, Meyer, Rathbun, Tabora och Thornton gjorde (2006) en omfattande undersökning på sjuksköterskors utbildning inom palliativ vård i USA och kom fram till att det behövs mer utbildning inom området då flera sjuksköterskor uppgav att de kände sig osäkra och ovana i arbetet med palliativa patienter.

Enligt nationell kartläggning av förekomsten av palliativ vård i sjuksköterskeutbildningarna i Sverige, som gjordes 2005, har en svensk sjuksköterskestudent i genomsnitt 60 timmars undervisning i området palliativ vård i sin grundutbildning. Undervisningens omfattning varierar från mellan 3 timmar till 5 veckors obligatorisk undervisning. De innehållsområden som främst förekommer i undervisningen är ”döden” följt av etik, kris, närståendes behov och situation, tillämpad omvårdnad samt symtom (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Beck-Friis och Strang (2005) finns det ännu ingen specialistutbildning för sjuksköterskan i den palliativa vården i Sverige. Sjuksköterska som vill specialisera sig kan läsa olika kurser, som har inriktning emot palliativ omvårdnad, på universitet och högskolor. Detta visar att kompetensen inom den palliativa vården är mycket varierande bland sjuksköterskor.

## **Om stress**

Ekedahl (2001) skriver att fenomenet stress/stressorer är mångfacetterat. Hon identifierade stress som fysiologisk, social, psykologisk, etisk och materiell. Alla former kan existera var och en för sig själva, i kombination och från en existentiell dimension. Ekedahl och Wengström skriver vidare (2008) att sjuksköterskor kan uppleva olika nivåer av stress i sitt arbete: från enklare nivåer där bara en av ovan nämnda former är involverad till nivåer där flera former är involverade i kombination med en existentiell dimension. Dessa uppträder antingen på ett personligt plan eller på grupplan.

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att stress leder till livslidande. Med livslidande menar författarna det lidande som är förknippat med levandet i alla dess faser och former och med livssituationen. Någon form av livslidande finns alltid i människors liv, vilket inkluderar ett hälsoperspektiv. Idag upplever många människor i vårt land livslidande i och med att livssituationen innebär en allt för hög stressnivå.

Stressrelaterad ohälsa är ett växande problem inom vården. Forskare vid institution för omvårdnad i Umeå universitetet bedriver ett projekt ”Samvetsstress i vården” med inriktning mot samvete i relation till utbrändhet. Ett antagande som utvecklats är att dåligt samvete i det dagliga arbetet har samband med stress (samvetsstress) och utbrändhet, vilket påverkar personalen och indirekt vården negativt. Avhandlingen

”Stress of conscience and burnout in healthcare – The danger of deadening one’s conscience” av Glasberg (2007) är en del i projektet och har det övergripande syfte att undersöka sambandet mellan samvetsstress och utbrändhet, där utbrändheten ses utifrån två dimensioner: emotionell utmattning och distansering eller cynism. Resultatet visar att faktorer som har samband med emotionell utmattning är bl.a. att tvingas döva sitt samvete för att kunna arbeta kvar i vården, samvetsstress på grund av att det saknas tid att ge den vård patienten behöver, upplevelse av att inte kan leva upp till andras förväntningar, upplevelse av bristande stöd från medarbetare och låg grad av inre styrka. Avhandlingen tar upp ett annorlunda perspektiv att se på stress och utbrändhet inom vården bl.a. genom att visa på att dåligt samvete tycks ha samband med utbrändhet. Av resultatet framkommer det att utbrändhet relaterar till personalens oförmåga att leva upp till sin moraliska övertygelse, därför att man inte kan handla utifrån sina värderingar och patienternas välbefinnande. Många gånger kanske det räcker för personalen med att diskutera eller uttrycka vad deras samvete påbjuder. Andra gånger kan det vara så att hur man än gör så upplever man dåligt samvete vilket kan innebära att man behöver stöd för att kunna hantera eller förhålla sig till sitt dåliga samvete. Ibland kan samvetet behöva korrigeras t.ex. utifrån faktakunskap, eftersom samvetet kan vara felbart. Genom att reflektera över och diskutera med andra om samvetets krav kan man få en större insikt i hur man ska handla (Glasberg, 2007).

Stress upplevs när en person inte kan hantera situationen. Rydén och Stenström (2000) använder Baum, Singer och Baums definition av stress som den ”process där händelser i vår omgivning eller yttre krafter, stressorer, hotar individens existens och välbefinnande” (a.a., s. 23). Dessa yttre krafter, stressorer, beskrivs i litteraturen som stress medan våra inre reaktioner på dem ofta refereras till som anspänning eller stressreaktioner/stressresponser. Stress handlar om störningar i individens samspel med miljön – en process där individens förmåga ställs mot omgivningens krav. Stressfyllda livshändelser tycks inte bara leda till en ökad risk för att drabbas av depression utan har också visat sig vara en riskfaktor för att insjukna i olika kroppssjukdomar. Människor är dock olika sårbara och kan reagera mycket olika när de utsätts för stressfyllda händelser. Hur påfrestningarna upplevs och kan komma att resultera i ohälsa beror på personlighetsfaktorer, erfarenheter, sociala förhållanden samt hur vi hanterar händelserna (Rydén & Stenström, 2000).

Arbetsrelaterad stress kan beskrivas som att det råder ojämnavikt mellan de arbetskrav som ställs på en person och dennes förmåga att bemöta dessa krav, både fysiskt och psykiskt. När någon upplever stress på en arbetsplats är det alltså en indikation på att kraven som ställs på personen har överstigit personens personliga resurser och arbetsglädjen byts mot frustration och utmattning (Lambert & Lambert, 2008).

McVicar (2003) skriver att höga nivåer av arbetsrelaterad stress rapporteras inom sjuksköterskeyrket. Stress kan vara positiv och negativ och bör därför ses som en helhet där individen kan pendla från känslor av positiv stress till allvarlig negativ stress (McVicar, 2003). Symtom av arbetsrelaterad stress indelas vanligen i flera kategorier: kognitiva symtom t.ex. minnesstörningar, koncentrationssvårigheter, dåligt omdöme, oro, ångest; fysiska symtom t.ex. huvudvärk, ryggvärk, sömnlöshet; emotionella symtom t.ex. rastlöshet, otålighet, dåligt humör, känsla av isolering, oförmåga att slappna av; beteendesyntom t.ex. ätstörningar, sömnstörningar, överdrift av aktiviteter, missbruk, ansvarslöshet (Lambert & Lambert, 2008). Allvarlig och långvarig negativ



stress kan leda till utbrändhet och allvarliga psykologiska störningar som påverkar sjuksköterskas fysiska och mentala hälsa samt kan medföra stora personalkostnader på grund av frånvaro från arbete, konflikter bland personal samt snabb personalomsättning. Utbrändhet kan även påverka kvaliteten av den vård som ges till patienter och deras familjer. För att förhindra allvarlig negativ stress med alla dess konsekvenser är det därför viktigt att förstå vilka faktorer som orsakar den (Payne, 2001; McVicar, 2003).

Krav-kontroll-stödmodell som utvecklades på 1980-talet av den amerikanske forskaren Robert Karasek i samarbete med Töres Theorell har använts ofta för att kartlägga psykosociala arbetsförhållanden och deras effekt på hälsa (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 2003; Oxenstierna, Ferrie, Hyde, Westerlund & Theorell 2005). Modellens fokus ligger på att förhållanden mellan upplevda krav och upplevd kontroll i arbetssituationer samt socialt stöd är avgörande om arbetet leder till negativ eller positiv stress. Höga arbetskrav i kombination med små möjligheter att påverka sin situation skapar förutsättningar för negativ stress som kan orsaka psykisk och fysisk ohälsa. Däremot utgör höga krav inget problem när den egna kontrollen över sin arbetssituation är hög. I dessa fall upplevs arbetet som inspirerande. Socialt stöd har lindrande effekt på upplevd stress. På stressiga arbetsplatser med kombinationen av höga arbetskrav och litet beslutsutrymme, kan risker för ohälsa minskas av socialt stöd från arbetskamraterna och cheferna.

## **Forskning om stress hos sjuksköterskor som vårdar döende patienter**

Trots att stress utgör en del av vardagen för sjuksköterskor som vårdar döende patienter i hemmet, på hospice eller på sjukhus finns det mycket lite forskning i ämnet (Lambert & Lambert, 2008). I synnerhet beskriver väldigt få studier detta fenomen från distriktssköterskors perspektiv.

I Pålsson och Norbergs (1995) studie intervjuades 23 svenska distriktssköterskor om deras upplevelser av svåra omvårdnadssituationer. Det kom fram i studien att distriktssköterskorna upplevde stress vid vård av palliativa patienter. Särskilt stress fyllt upplevdes situationer såsom omläggning av illaluktande sår, att komma nära patienter och deras anhöriga samt när patienten trodde på alternativa behandlingsmetoder.

I en studie om arbetsrelaterad stress och coping hos kvinnliga hospicesköterskor i England visade det sig att de mest stressframkallande faktorerna var död och döende, inadekvat förberedelse att möta patientens och anhörigas behov, hög arbetsbelastning, konflikt med andra yrkesgrupper, brist på stöd samt osäkerhet angående behandling (Payne, 2001).

Även nyutbildade sjuksköterskor i Hopkinson, Hallet och Lukers (2003) studie upplevde det faktum, att de var inadekvat förberedda för vård av döende patienter, som en stressfaktor. Detta hindrade sjuksköterskor att svara på patienters och anhörigas frågor samt stötta dem emotionellt. Sjuksköterskorna hade visioner om god död och ambitioner att ge den bästa vård i livets slutskede. När det inte gick att leva upp till de ställda kraven upplevde de skuld känslor.

I en holländsk studie poängterar van Staa, Visser och van der Zouwe (2000) att själva kärnan av den palliativa vården t.ex. frekventa konfrontationer med död och döende,

utgör en hög risk för utbrändhet och emotionell utmattning för vårdpersonalen. Tung arbetsbelastning på grund av personalbrist, tidsbrist samt brist på kompetens är andra faktorer som orsakade arbetsrelaterad stress hos personalen.

Jones (2003) tar i sin studie upp en rad faktorer som upplevs som svåra att hantera av hospicesköterskor. Så som balansen mellan att både vara nära och hålla distans till patienten och deras anhöriga, etablera hållbara relationer med patienten och anhöriga, klara av att hantera starka känslor både negativa och positiva som uppstår i arbetet, hjälpa människor att dö som ger en känsla av betydelse för deras hela liv. Hon skriver vidare att starka känslor kan följa efter ett dödsfall hos sjuksköterskan och det är viktigt att rätt stöd finns tillgängligt för eftertanke och samtal. Redinbaugh, Schuerger, Weiss, Brufsky och Arnold skriver (2001) att sjuksköterskor upplever att de inte är tränade i att hantera den sorg som patienten och deras anhöriga upplever i livets slutskede, vilket leder till att sjuksköterskorna känner sig hjälplösa och stressade.

Georges, Grypdonck och Dierckx de Casterle (2002) fann i sin studie om vården av palliativa patienter på en canceravdelning att sjuksköterskorna hade olika attityder och syn på sitt arbete med patienterna. Den tydligaste var att hålla en korrekt syn och rationell attityd till sitt arbete, man ville att arbetet skulle flyta på, såg mest till praktiska saker som symtom och behandling och försökte vara välorganiserade. Sjuksköterskorna försökte skydda sig själva genom att inte involvera sig i patienten och deras kära, de undvek på så sätt emotionella problem. Den andra attityden som färre uttalade och som inte framkom alls så tydligt var att se och förstå patientens behov ur ett palliativ omvårdnads perspektiv, vilket innebar engagemang i patientens liv och känslor.

Det har forskats mer allmänt i ämnet om stress och utbrändhet hos sjuksköterskor. Där uppges dålig bemanning, mycket vikarier, schemaomläggningar, oklar yrkesfördelning, tidspress, kunskapsbrist, och dåligt stöd från huvudman som faktorer som påverkar stress nivån hos sjuksköterskor (Bennet, Lowe, Matthews, Dourali, & Tattersall, 2001) & (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill & Hannigan, 2000). Rout (2000) presenterade i sin studie om att de vanligaste faktorerna till stress hos distriktssköterskor att dessa var tidspress, administrativt ansvar, att inte ha kontroll, för mycket att göra, störd och avbruten i arbetet, resursbrist samt hantera palliativa patienter och deras anhöriga.

Sammanfattningsvis kan det sägas att det, att inte kunna leva upp till ställda krav, upplevs som en stressfaktor i många arbetssituationer vid vård av döende patienter. Resultatet av stress blir lidande omvårdnad där patienternas behov inte blir tillräckligt tillgodosedda vilket ökar skuld-känslor hos sjuksköterskorna.

## **Vårdvetenskapligt perspektiv**

Begrepp som holistisk människosyn, lindrat lidande och vårdrelation är viktiga begrepp inom den palliativa vårdfilosofin men även inom vårdvetenskapen.

Vårdvetenskapen betraktar människan som en enhet där kropp, psyke, själ och ande är olika begreppsliga aspekter av denna enhet. Att se patienten som en helhet innebär att vårdaren tar hänsyn till patientens livsvärld och subjektiva kropp. Den subjektiva kroppen är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig – på samma gång. Genom kroppen har människor särskild tillgång till världen och när något i kroppen förändras,

exempelvis vid sjukdom, förändras även människors upplevelse av världen - människans livsvärld förändras (Dahlberg et al., 2003).

Dahlberg et al. (2003) beskriver livsvärlden som den levda världen, genom vilken människor älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker och i vilken de söker ett livsinnehåll och en mening. Författarna menar att ett livsvärldsperspektiv inom vården bejakar patientens levda verklighet med betoning på upplevelser och erfarenheter. Fokus ligger alltså på patienten; patientens eget perspektiv på sin hälsa och ohälsa, på sin livssituation, samt på vårdandet. Patientcentrerat vårdande utesluter dock inte ett familjeperspektiv, vilket är särskilt viktigt vid vård av barn, äldre, vid kroniska sjukdomar eller palliativ vård. Men det är även viktigt att klargöra hur vårdarna upplever vårdandet, inte minst som arbetsmiljö. När vårdarnas perspektiv belyses är det alltid med avsikt på patientens situation d v s vilken betydelse det har på patientens vård. Exempelvis kan vårdares utsatthet och ohälsa på grund av stress innebära konsekvenser för vårdandets kvalitet. Idag, när stress och utbrändhet är ett allvarligt samhällsproblem, kan påfrestningar i livet och arbetet väcka mindre goda känslor hos vårdare. Negativa känslor som uppkommer i vårdssituationer får aldrig döljas utan måste bearbetas och hanteras på ett sätt att patienten ges en god vård (a a).

Palliativ vård i likhet med all annan vård sker inom ramen för relation. En god vård som kan erbjuda lindrat lidande och välbefinnande är helt beroende av att det finns en fungerande mellanmännisklig relation mellan vårdare och patienten, där vårdaren har ett professionellt engagemang och inte räknar med att få ut något för egen del. Vårdaren använder sig av sina personliga kunskaper och erfarenheter för att kunna erbjuda en absolut närvaro i mötet med patienten. I den professionella vårdrelationen krävs öppenhet och reflektion. Den utmärks också av ett ömsesidigt utbyte mellan vårdare och patient och att vårdaren strävar efter att se den unika personen i patienten. Ansvar för att vårdrelationen blir så bra som möjligt ligger alltid hos vårdare och det är också vårdarens ansvar att förhindra att ett vårdlidande uppstår i relationen (Dahlberg et al., 2003).

Dessvärre kan det finnas hinder för vårdare att skapa en vårdande relation med patienten. Ett hinder kan vara en tidsmässigt pressad arbetssituation. Även situationer där patientens tillstånd gör vårdaren osäker hindrar utveckling av en bra vårdrelation, exempelvis när vårdaren tvingas konfronteras med sina egna obearbetade rädslor kring döden. Vårdaren kan även känna en rädsla för att bli alltför involverad eller kan ha svårt att se sig själv och patienten som två olika personer. Detta kan förhindra att vårdrelationen utvecklas positivt och kan skapa ett onödigt lidande hos både patienten och vårdaren (Dahlberg et al., 2003). Fageström (2006) skriver att vårdare tycks vara väl medvetna om det etiska kravet att ge en god vård till patienter. Författaren beskriver vården som en dialektisk kamp mellan ”vara” eller ”icke vara” en god vårdare; en kamp mellan vårdares vilja och möjligheter att agera. Misslyckandet med att ge en god vård innebär misslyckandet med att vara en ”god”, vilket kan orsaka lidande hos vårdare.

## **PROBLEMFORMULERING**

Palliativ vård skiljer sig från övrig vård av patienter genom sitt unika syn på vårdandet. Palliativ vård syftar till att skapa förutsättningar för livskvalitet när bot inte längre är möjligt där sjuksköterskans roll är mycket speciell på grund av de nära relationer vården medför till såväl patienter som anhöriga. Sjuksköterskor inom den palliativa vården möter dagligen lidande, sjukdom och död som väcker existentiella funderingar och de utsätts för hög risk att drabbas av emotionell utmattning och utbrändhet. Arbete inom palliativ vård är mycket varierande och utmanande vilket gör det svårt att uppskatta stressnivåer hos sjuksköterskor. Att få förståelse för orsaker till den negativa stressen hos sjuksköterskor i arbete med palliativa patienter är dock av största betydelse, då denna stress i slutändan påverkar vården och bemötandet av den döende och dess familj. Samtidigt möjliggör förståelse av hur sjuksköterskor upplever stress insättande av de åtgärder som kan minska eller avlägsna stresskällor.

## **SYFTE**

Syfte med denna litteraturöversikt är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av stress i arbetet med döende patienter inom palliativ vård samt vilka faktorer som leder till den negativa stressen.

## **METOD**

Detta arbete är en litteraturöversikt som sammanlagt omfattar 10 artiklar som berör syftet.

### **Litteratursökning**

Sökning av artiklar gjordes i databaserna CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy samt i en rad databaser i form av samsök. Vi eftersökte artiklar som var peer-review granskade och som angavs som forskningsartiklar ("research article"). Enbart artiklar med sammanfattning samt skrivna på engelska och publicerade efter 1998 eftersöktes. Inklusionskriterierna omfattade även patienter över 19 år i livets slutskede, både män och kvinnor. De sökord som användes i databassökningen samt hur sökorden kombinerades framgår i bilaga 1. En manuell sökning av litteratur gjordes genom att vi använde referenslistor på redan funna artiklar för att hitta material som motsvarade arbetets syfte.

Artiklarna valdes framför allt utifrån de titlar som berörde syftet. Vi begränsade oss till studier genomförda i Västeuropa, Nordamerika och Australien. Detta val motiverades med att resultaten, i så stor utsträckning som möjligt, skulle vara överförbara på svenska förhållanden, eftersom palliativ vård i Sverige såväl som i andra västländer möter

samma svårigheter på grund av likartade demografiska mönster samt dödsorsaker (Jakobsson, 2007). Efter att vi läst sammanfattningen, valde vi 17 artiklar som ansågs relevanta för studiens syfte. Dessa artiklar lästes i sin helhet. Under den här genomläsningen valdes bort fyra artiklar som inte svarade mot studiens syfte.

## **Kritisk granskning av artiklar**

För att bedöma artiklarnas vetenskaplighet gjordes en kritisk granskning som baserats på Polit, Beck och Hunglers (2001) kriterier för bedömning av såväl kvalitativa som kvantitativa artiklars vetenskapliga kvalitet. Där anges vilka krav som ställs på de delar som ingår i en vetenskaplig studie, d v s på titel, sammanfattning, introduktion, metod, resultat, diskussion samt referens (se bilaga 2). Utifrån kriterierna har vi först gjort enskild bedömning för att sedan tillsammans komma fram till en slutlig bedömning av varje artikel. Efter kritisk granskning av 13 artiklar valdes 10 ut för analys, åtta kvalitativa och två kvantitativa. Översikt över använda artiklar redovisas i bilaga 3.

## **Analys av artiklar**

Den analysmetod som användes vid analys av artiklarna var manifest kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundman (2004). Manifest innehållsanalys är textnära och beskriver det synliga, tydliga innehållet i texten. Kvalitativ innehållsanalys kan användas vid analysen av innehållet i intervjuer eller dagböcker, men i vårt fall användes metoden för att analysera texten i de valda artiklarnas resultat.

Analysen och kategorisering av texten har genomförts både på var varsitt håll och gemensamt för att minska risken för feltolkningar och missförstånd.

Inledningsvis lästes artiklarnas resultat förutsättningslöst för att få en uppfattning av innehållet. Genomläsningen upprepades flera gånger för att få en bättre helhetsbild och djupare förståelse för innehållet. Därefter plockade vi ut de textdelar (meningsenheter), som motsvarade studiens syfte. Med meningsenhet menas ord, meningar eller stycken som har samband genom samma innehåll eller kontext. De meningsenheter som valdes ut kondenserades. Med kondensering menas att meningsenheten förkortas men innehållet i den bevaras (Graneheim & Lundman, 2004).

I nästa steg gjorde vi kategorisering av de meningsenheter som hade något gemensamt. Vi diskuterade vilka meningsenheter som hörde ihop. De kondenserade meningsenheterna kodades och dem som hörde ihop fördes till kategorier (se exempel i tabell 1). Kategorier med liknande innehåll sammanfördes till bredare kategorier och kategoriseringen fortsatte till dess att vi fick slutliga kategorier som uteslöt varandra. Vi kontrollerade varje nyskapad kategori mot tidigare led i kategoriseringen och de ursprungliga textenheterna. Enligt Burnard (1991) är det viktigt att emellanåt återgå till originaltexten för att vara säker på att kategorierna täcker alla aspekter av analysenheten. Graneheim och Lundman (2004) menar att kategorier beskriver innehållet och kan därför ses som manifest innehåll av texten.

Vi använde citat ur artiklarna för att illustrera innehållet i resultatet.

**Tabell 1: Exempel ur analysen**

<b>Utvalda meningsenheter</b>	<b>Kondenserade meningsenheter</b>	<b>Koder</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Slutliga kategorier</b>
Många gånger berättade sjuksköterskor om stress orsakad av att familjen var "för trevlig" eller på grund av sjuksköterskans oförmåga att "komma undan" när man redan byggt upp en nära relation genom att ofta besöka familjen i hemmet.	Stress på grund av oförmåga att avbryta en nära relation med familjen	Svårt att sätta gränser	Osäkerhet i relation med familjen	Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden
Distriktsköterskor uttalade hur de upplevde sin otillräcklighet i sin relation med barn och ungdomar i familjen. Detta ledde till benägenhet att utesluta barnen och ungdomar från samtal och vård av sina föräldrar. Distriktsköterskorna upplevde även att det var svårt att hantera emotionell engagemang i familjens problem.	Upplevde otillräcklighet i relation med barn och ungdomar och att det var svårt att vara emotionellt engagerad.	Relation med familjen	Osäkerhet i relation med familjen	Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden
Familjens eller patientens förnekelse av sjukdomsprognos orsakade ofta stress hos sjuksköterskor. Denna typ av stress var många gånger ett uttryck av värdekonflikt mellan sjuksköterskan och familjen, framför allt när sjuksköterskans ideal av god död som "rofylld och accepterad" inte stämde överens med familjens ideal.	Stress när sjuksköterskans ideal av god död inte stämde överens med familjens ideal.	Döende/död	Osäkerhet inför döden	Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden

## RESULTAT

Analysen av artiklarna resulterade i 7 kategorier (tabell 2). Dessa presenteras nedan och belyses med citat från artiklarna på originalspråk.

**Tabell 2: Översikt över kategorierna (n=7)**

<b>Kategorier</b>	<b>Referenser 1998-2007</b>
<b>Att inte kunna hjälpa och ge god vård</b>	Wilkes et al. (1998) Escot et al. (2001) Newton & Waters (2001) Wilkes & Beale (2001) Berterö (2002) Dunne et al. (2005) Ekedahl & Wengström (2007) Hawkins et al. (2007)
<b>Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden</b>	Wilkes et al. (1998) Escot et al. (2001) Wilkes & Beale (2001) Dunne et al. (2005) Ablett & Jones (2007) Ekedahl & Wengström (2007) Hawkins et al. (2007) Wallerstedt & Andershed (2007)
<b>Att bli bemött utan respekt</b>	Newton & Waters (2001) Wilkes & Beale (2001) Dunne et al. (2005)
<b>Att inte få uppskattning och stöd</b>	Newton & Waters (2001) Ekedahl & Wengström (2007) Wallerstedt & Andershed (2007)
<b>Att vara ensam i sin yrkesroll samt ha flera roller samtidigt</b>	Wilkes et al. (1998) Wilkes & Beale (2001) Ekedahl & Wengström (2007) Wallerstedt & Andershed (2007)
<b>Att känna sorg och ångest i sitt arbete</b>	Wilkes et al. (1998) Escot et al. (2001) Newton & Waters (2001) Ekedahl & Wengström (2007) Wallerstedt & Andershed (2007)
<b>Att känna sig otillräcklig på grund av hög arbetsbelastning</b>	Wilkes et al. (1998) Escot et al. (2001) Newton & Waters (2001) Wilkes & Beale (2001) Berterö (2002) Ablett & Jones (2007) Ekedahl & Wengström (2007) Hawkins et al. (2007) Wallerstedt & Andershed (2007)

## Att inte kunna hjälpa och ge god vård

Sjuksköterskorna upplevde hjälplöshet när de inte kunde ordna så att allt blev så bra som möjligt för patienten i fråga om smärtlindring, oro, ångest eller andra symtom (Ekedahl & Wengström, 2007; Escot, Artero, Gandubert, Boulenger & Ritchie, 2001; Wilkes, Beal, Hall, Rees, Watts & Denne, 1998; Berterö, 2002; Wilkes & Beale, 2001). De upplevde också hjälplöshet när de såg att familjen inte orkade eller klarade av att vårda den döende för att de var för trötta både fysiskt och emotionellt vilket ses i följande citat:

*...A couple of days before he went into hospital, the brother-in-law who was doing most of the work had come to a point where he realized that yes the care was beyond him. (Wilkes & Beale, 2001, s.310).*

En del sjuksköterskor blev stressade när de hade en känsla av att de svek patienter på grund av att de inte hade nog med kunskap om palliativ vård och symtomlindring framför allt smärtlindring och de önskade mer utbildning (Wilkes et al., 1998; Berterö, 2002; Escot et al., 2001; Dunne et al., 2005; Hawkins et al., 2007). Även de med mera utbildning och längre erfarenhet kände press på att utbilda sig ytterligare. Detta krävde en god planering av sjuksköterskors tid, som redan var bristfälligt på grund av hög arbetsbelastning och därför upplevdes som en stressfaktor (Ekedahl & Wengström, 2007; Berterö, 2002).

Även upplevelse av att man inte skötte sitt jobb som man borde skapade stress hos sjuksköterskorna. Dessa situationer uppstod när patienten eller anhöriga levde i förnekelse och var svåra att få kontakt med, eller om deras åsikter om vården och hur en god död ska vara inte stämde överens med sjuksköterskans:

*Denial and dealing with these families is the most challenge of all problems. You can cope with all others complications (Wilkes et al., 1998, s. 18).*

Sjuksköterskan kände då att hon inte gjorde ett så bra jobb som hon skulle gjort, om hon bara fått möjlighet till det (Ekedahl & Wengström, 2007; Wilkes & Beale, 2001).

I vissa situationer kunde sjuksköterskor uppleva en känsla av otillräcklighet som de blev stressade av. Det kunde vara i situationer som när familjen och de anhöriga förlitade sig för mycket på sjuksköterskan som om hon var en nyckel person som fixar allt (Newton & Waters, 2001) eller när de skulle samtala med en döende och inte visste vad de skulle säga eller svara:

*I find it awkward talking to patients who are dying. I don't know how to respond to some of the things they say like I haven't got long left or am I dying? (Dunne et al, 2005, s.376).*

När familjen och anhöriga tog ut sin frustration, sorg och ilska på sjuksköterskor, tog en del sjuksköterskor detta mycket personligt och kände sig otillräckliga (Ekedahl & Wengström, 2007; Wilkes & Beale, 2001; & Dunne et al., 2005).

Situationer där sjuksköterskor upplevde att patienter fick behandling som inte gagnade dem var stressande och utmanande. Detta kunde inträffa när sjuksköterskor ställdes inför etiska frågor som gällde seder av döende patienter:



*Where are the boundaries, when you talk about the patient, what is ethically correct in sedating anybody... and sometimes... this conflicts with the anxiety of the family....Are we supposed to sedate the patient in order to alleviate the anxiety of the family? (Ekedahl & Wengström 2007, s. 233),*

eller när patienter på grund av olika vård filosofier fick onödig behandling som inte hjälpte:

*Sometimes we are almost sure that this is not going to help, but we give the treatment anyway... to a large extent this concerns the different points of view of the nurses and physicians (Ekedahl & Wengström 2007, s.235).*

Sjuksköterskorna hamnade i liknande situationer när de ställdes inför etisk dilemma och var tvungna att välja mellan två lika svåra alternativ i de fall anhöriga ville hemlighålla information från patienten eller vice versa, vilket ses nedan:

*Sometimes you get patients trying to shield the family and the family trying to shield the patient and you're (the nurse) stuck in the middle and they're telling you one thing and the patient is telling you something else. I find that very challenging...( Dunne et al., 2005, s.377).*

## **Att vara osäker i relation med patienten och anhöriga och inför döden**

Sjuksköterskorna blev stressade då de upplevde att de hade svårt att sätta gränser mellan deras profession som sjuksköterska och relation gentemot patienten och anhöriga. De upplevde att de ibland fick en för nära relation till dem och blev sedda som mer än en sjuksköterska. Det var lätt att bli allt för engagerad och involverad i familjens privatliv (Wilkes et al., 1998; Wilkes & Beale, 2001; Ablett & Jones, 2007; Wallerstedt & Andershed, 2007). Detta avspeglas i citatet nedan:

*I am just that type of person that I become part of the family... but than I was trying to decide where I wanted to go with this friendship (Wilkes et al., 1998, s. 18)*

Om man hade en tidigare relation till patienten eller någon anhörig fanns också upplevelse av att det var svårt att sätta gränser:

*Someone I played tennis with; I picked up as a client. So it's more stressful because you are sort of there, but with palliative care you get involved anyway (Wilkes & Beale, 2001, s.310).*

Dunne., et al. (2005) skriver att många sjuksköterskor upplevde sig osäkra i sitt bemötande av barn och ungdomar, de visste inte vad de skulle säga och försökte istället undvika denna kontakt:

*I would find young children and the adolescents difficult to deal with. It can be heart rending. I'm never sure what is the right thing to do and as a result they probably get left out. It's an area we would need training in (Dunne et al., 2005, s. 377)*

Arbeta med döden och döende är stressande (Hawkins et al., 2007). Känslor som sjuksköterskor upplevde direkt kopplade till döden kunde ibland bli för mycket för dem. När det dog många patienter under en kort tid upplevde sjuksköterskor att det blev för mycket emotionella känslor som de inte hann hantera, då arbetet och patienterna tog all deras tid. Flera sjuksköterskor blev också känslomässigt berörda då en patients död föll utanför ramen av deras ideal av en lugn och fridfull död, eller när deras ideal och upplevelse av en god död inte sammanföll med familjens (Wilkes et al., 1998; Wilkes &

Beale, 2001; Escot et al., 2001; Dunne et al., 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007), vilket citatet nedan belyser:

*For nurses in the city, dying became stressful if it did not fit the nurses` norm – that is, that dying should be peacefulness and acceptance and any sense of denial by either the family or client was very stressful for the nurse (Wilkes & Beale, 2001, s. 311).*

## **Att bli bemött utan respekt**

I mötet med vissa läkare upplevde sig sjuksköterskorna nedvärderade och ignorerad. Detta skedde när läkare inte lyssnade på deras bedömning av patienters tillstånd, när de inte fick den uppbackning och support som de kände att de behövde i fråga om att förse patienter med adekvat smärtlindring eller när en läkare nekade att se till en dålig patient. (Newton & Waters, 2001; Wilkes & Beale, 2001; Dunne et al., 2005).

*I thought this guy is dying and I said so to the doctor I think someone should come and see him. They still didn't and he actually died and no one had seen him. That's frustration and sort of stressful, you feel let down (Wilkes & Beale, 2001,s.309).*

Vidare fanns också en upplevelse av att de blev bemötta på ett respektlöst sätt av läkarna, vilket fick dem att känna sig osynliga:

*The GP kept me waiting about an hour, and he had no patients, he just had paperwork things to do... I felt he wanted me to give up and go... I would put that as more stressful than all dealings I have with patients (Newton and Waters, 2001, s. 535).*

Frustrationen i dessa situationer ledde till stress hos sjuksköterskorna då de i slutända upplevde att läkarnas sätt att bemöta dem, ignorera och nervärdera dem gick ut över patienterna.

## **Att inte få uppskattning och stöd**

Arbetsmiljön med ständig tidsbrist och ofta förekommande känsla av otillräcklighet skapade behov av stöd från ledningen för att kunna klara av det krävande arbetet med döende patienter och deras anhöriga (Ekedahl & Wengström 2007; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sjuksköterskor i flera studier berättade om avsaknaden av uppskattning och stöd för sina arbetsinsatser med stress som resultat. Det kunde handla om bristande stöd från cheferna och arbetsorganisationen men även ifrån kollegorna. Newton & Waters (2001) kom i sin studie fram till att avsaknad av respons och uppskattning från ledningen ökade tryck på arbetsbelastning, skapade förbittring samt ökade känsla av hjälplöshet och värdelöshet hos specialistsjuksköterskorna. Uteblivet stöd från arbetsteamet eller läkarna ledde till svårigheter att hantera sin roll.

Citaten nedan illustrerar, att nyutbildade sjuksköterskor som vårdade döende patienter, upplevde stress på grund av att de fick genomgå "livets hårda skola", vilket innebar att de inte fick något stöd och handledning från äldre och erfarna kollegor:

*There was never any talk about supervision... you were thrown into it directly... it is tough when you are new, everything is new... technically and practically... it is a totally different world (Ekedahl & Wengström, 2007, s.234).*

## **Att vara ensam i sin yrkesroll samt ha flera roller samtidigt**

Flertal av sjuksköterskorna upplevde stress som en följd av det faktum att de arbetade ensamma inom sitt geografiska område eller på kvällar och helger (Ekedahl & Wengström, 2007; Wilkes & Beale, 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007). Detta ledde till att de ensamma tvingades ta viktiga beslut och vara expert.

En av konsekvenser av det ensamma arbetet var att sjuksköterskorna var tvungna ta på sig olika roller. I Wilkes et al. (1998) studie upplevde sjuksköterskor att patienter, närstående och kollegor verksamma inom andra områden förväntade sig rådgivning och stöd i frågor gällande palliativ vård. Sjuksköterskor skulle även fungera som arbetsledare, stöta närstående vid patientens bortgång samt sköta administrativt arbete (Wilkes et al., 1998; Ekedahl & Wengström, 2007). Växlandet mellan olika roller upplevde sjuksköterskorna som kravfyllt och därmed stressande. Detta gällde även när sjuksköterskors arbete var uppdelat mellan palliativ vård och kurativ vård, exempelvis barnhälsovård, vilket framgår av citaten nedan:

*...the palliative-care clinical nurse specialist rang me and said he (the client) was dying and I had to go out there. I was in the middle of a baby clinic and she said I had to go straight after the clinic and I had no say whatsoever. When I got there, she left. He died 3 hours later and I couldn't get out the door. I left there an emotional wreck (Wilkes & Beale, 2001, s.308).*

Att inte fullständigt hinna växla mellan de olika rollerna upplevdes som en stressfaktor, eftersom sjuksköterskor menade att detta var grundläggande för optimal vård (Wilkes & Beale, 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007).

## **Att känna sorg och ångest i sitt arbete**

Andra stressande känslor var upplevelse av sorg och oro över patienterna och de anhörigas situation. Man hade svårt att sluta tänka på dem vilket ledde till överbelastning och utmattning (Wilkes et al., 1998; Newton & Waters, 2001).

*I feel as though I've left those children behind... I went home one day and said. "I'll foster them all, I'll have them all here. I'll look after them all"... (Newton & Waters, 2001, s.537).*

Döden och döendet skapade också känslor av ångest hos sjuksköterskor (Ekedahl & Wengström, 2007). De förföljdes av tankar som varför unga dör för tidigt, eller varför dör alla på vår avdelning, samt tankar om den egna döden (Ekedahl & Wengström, 2007; Wallerstedt & Andershed, 2007).

*There was a woman with three children - small children, and she wasn't much older than me. And of course that gets to you, naturally... (Wallerstedt & Andershed, 2007, s. 36).*

Sjuksköterskorna i Escot et al. (2001) beskriver att de förföljdes av tankar om döden när de var i sina hem. Sjuksköterskorna uppgav också att de upplevde sig ha "förbjudna"

känslor i samband med dödsfall i form av otillräcklighet, frustration, sorg, förlust och att man inte orkar längre (Wallerstedt & Andershed, 2007).

## **Att känna sig otillräcklig på grund av hög arbetsbelastning**

Hög arbetsbelastning var ofta förekommande stressfaktor i de flesta studierna och innefattade flera komponenter såsom tidsbrist, personalbrist, övertidsarbete, administrativt arbete.

Specialistsjuksköterskor i palliativ hemsjukvård i Newton & Waters (2001) studie upplevde hög arbetsbelastning som en stressfaktor. Den höga arbetsbelastningen skapades av personalbrist orsakad av kollegornas flytt, sjukskrivning och rekryteringssvårigheter. Sjuksköterskorna var tvungna att arbeta övertid samt överanstränga sig för täcka upp andras områden, där de inte kände patienter. Detta utökade redan tidskrävande resor mellan patienternas hem. Allt detta ledde till utmattning och stress samt att privatlivet blev lidande. De redan stressade specialistsjuksköterskorna belastades ytterligare när de inte litade på andra vårdgivares arbetsinsatser och kompetens och tog på sig andras uppgifter, vilket framgår av följande citat:

*Some district nurses not... giving (patients) the care they need in terms of bowel care or making sure they have a syringe driver set up... they are so demoralised by their own lack of support...that our requests are the straw that breaks the camels` s back... as a CNS if I visit ... I will do it myself (Newton & Waters, 2001, s.535).*

Även sjuksköterskor i andra studier redogjorde för hög arbetsbelastning med tidsbrist som följd (Wilkes et al., 1998; Ekedahl & Wengström, 2007; Berterö, 2002; Ablett & Jones, 2007; Escot et al., 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007; Hawkins et al., 2007) samt uttryckte de långa resorna, i kombination med det stora antalet patienter, som tidskrävande och därmed en stressfaktor (Wilkes & Beale, 2001). Den ständiga bristen på personal gjorde att tiden för varje enskild patient blev begränsad vilket väckte sjuksköterskors upplevelse att den vård de skulle ville ge blev lidande:

*To many clients to see in the one working day... feeling av anxiety when the work cannot be completed (Wilkes et al., 1998, s. 18)*

med känslor av frustration och otillräcklighet som resultat.

Som ytterligare en stressfaktor beskrev sjuksköterskor den tid de var tvungna att spendera åt administrativt arbete:

*We are trying to make time; when we are with patients that are the focus. I am really pressed by the time factor...administrative tasks take a lot of time and somehow the computer world isn` t less time-consuming (Ekedahl & Wengström, 2007, s. 233)*

Nedskärningar som ökade arbetsbelastning, satte vårdkvalitet och patientsäkerhet på spel, vilket hotade sjuksköterskans roll som huvudansvarig för god och säker vård. Detta kunde öka psykisk ansträngning hos sjuksköterskan med dålig hälsa som resultat:

*We have been hit here at the A-clinic... with bad economy and cutbacks... there used to be three of us at night, now there are only two and it has increased the stress tremendously...I feel the pshysical wear... and my hands ache terribly (Ekedahl & Wengström 2007, s.234)*

## **DISKUSSION**

### **Metod diskussion**

Enligt Graneheim och Lundman (2004) skall tillförlitligheten i kvalitativa studier granskas utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Forskaren ska ge en klar och tydlig beskrivning av gjort forskning så att den skulle kunna upprepas.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av stress vid vård av patienter i palliativt skede samt vilka faktorer som leder till den negativa stressen.

Manifest kvalitativ innehållsanalys har därför varit en passande metod för dataanalys då vi har haft som mål att hålla oss nära ursprungstexten samt skildra upplevelser.

I metod delen har vi beskrivit tillvägagångssättet för litteratursökning och analys, vilket gör att tillförlitligheten av vår studie styrks. I valet av artiklar för dataanalys har vi strävat efter uppfyllt nivå av vetenskaplighet utifrån tidigare nämnda kriterier (Polit et al., 2001). Utifrån dessa har först enskild bedömning gjorts för att sedan tillsammans komma fram till en slutlig bedömning av varje artikel. På grund av vår ringa erfarenhet av att granska artiklar, kan det dock finnas brister i vår bedömning och mindre trovärdiga artiklar skulle ha kunnat passera igenom kriterierna. Vidare har fokus varit på studier gällande sjuksköterskor som i någon mån arbetar med just döende patienter dvs. sjuksköterskor verksamma inom hospice, på sjukhus, inom hemsjukvården, distriktssköterskor samt specialistsjuksköterskor inom den palliativa vården. Detta för att materialet skulle passa studiens syfte och bli tillräckligt omfattande. Tidsintervallet har även valts för samma ändamål. Alla artiklar utom en, som ingått i studien, har blivit publicerade under 2000-talet, vilket ökar aktualiteten i resultaten. Trots att vi har begränsat oss till studier genomförda i Västeuropa, Nordamerika och Australien har ingen studie gjort i Nordamerika passade syfte med vårt arbete.

Det har varit något av en utmaning att dela upp den analyserade litteraturen i kategorier som skulle vara varandra uteslutande samt täcka all data väl. Graneheim och Lundman (2004) menar att en textenhet alltid har flera innebörder och tolkning av texten påverkas av forskares erfarenheter. Det kräver att forskare är ärlig mot originaltexten och inte tar textenheterna ur sitt sammanhang för att skapa en annan innebörd. Analysen och kategorisering av texten har genomförts både på var varsitt håll och gemensamt för att minska risken för feltolkningar och missförstånd. Det gemensamma arbetet har get oss goda möjligheter till diskussion och reflektion. Genom arbetets gång har vi haft tillgång till handledning, där vi har fått hjälp och vägledning. Allt detta anser vi höjer trovärdigheten i denna studie (Graneheim & Lundman, 2004).

Litteraturöversikten består av artiklar skrivna på engelska där texten har översatts. Trots att vi har använt oss av ordböcker, synonymböcker och lexikon kan nyanser i texterna ha förlorats och påverkat resultatet.

Arbetet är baserat på åtta kvalitativa studier och två kvantitativa med ett lågt deltagarantal i studierna, vilket begränsar överförbarhet av studiens resultat. I de kvalitativa studierna har vår fokus varit på sjuksköterskors upplevelser av stress vid vård av palliativa patienter. Resultat från de kvantitativa studierna har använts för att få bredare kunskap om fenomenet stress vid vård av palliativa patienter samt förtydliga faktorer som orsakar denna stress. Det låga antalet av artiklarna kan tolkas som en svaghet men visar även hur lite det är skrivet i ämnet samt att det behöver forskas mera.

## **Resultat diskussion**

Inför diskussion kring sjuksköterskors upplevelse av stress vid vård av döende patienter vill vi klargöra att diskussionen förs med distriktssköterskas perspektiv i tanke. Deltagarna i studier som ligger till grund av vår litteraturöversikt skiljer sig åt beträffande typ av arbetsplats och bara två studier belyser distriktssköterskors upplevelser. Trots detta anser vi att det som kommit fram i resultatet av vårt arbete gäller även för distriktssköterskor eftersom palliativ vård utgör en del av distriktssköterskas arbetsområde.

Vi vill även klargöra att med stress menar vi den stress som negativt påverkar sjuksköterskornas hälsa. Dahlberg (1997) menar att uppfattning om en företeelse är en förutsättning för att utveckla fördjupad kunskap om den. Vår egen uppfattning av stress stämmer med definitioner av negativ stress som beskrivs i bakgrunden. Vi har även reflekterat att i några studier som ingår i vår litteraturöversikt inte framgår forskarnas uppfattning av stress.

Stress och utbrändhet är idag vanliga begrepp inom sjukvården, vilket McNeely (1996) redan påpekade i sin artikel för 12 år sedan. Idag har vi lite mer kunskap om stressorsaker inom vården. Dock är fortfarande inte så mycket forskning gjord om sjuksköterskors stressupplevelser inom palliativ vård. Detta är underligt med tanke på att vi idag är mycket väl medvetna om stressens konsekvenser för sjuksköterskor. Anledningen till varför det inte forskats mer i ämnet är svårt att veta med säkerhet. En anledning kan vara att palliativ vård ofta bara utgör en del av sjuksköterskan/distriktssköterskans arbetsområde och att få är specialister inom området.

I resultatet framkom faktorer som tidsbrist, bristande personaltillgång, övertidsarbete, hög arbetsbelastning och brist på stöd från ledning och kollegor som stress faktorer för sjuksköterskorna i arbetet med de palliativa patienterna (Wilkes et al., 1998; Ekedahl & Wengström, 2007; Berterö, 2002; Ablett & Jones, 2007; Escot et al., 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007; Hawkins et al., 2007; Newton & Waters, 2001; Wilkes & Beale, 2001). Flera studier bekräftar att avsaknad av stöd är en betydande stressfaktor (Bennet et al., 2001; Payne, 2001). Detta kan förstås i ljuset av krav-kontroll – stödmodellen, där stöd förknippas med goda relationer mellan arbetskamrater och mellan arbetskamrater och chefer. När kolleger stödjer varandra kan de gemensamt öka sitt inflytande över beslutsprocesserna (Theorell, 2003, ss. 36-37). Dåligt stöd från arbetskamrater har visat sig ha starkt samband med långtidssjukskrivning (Oxenstierna et al., 2005) medan väl fungerande socialt stöd på arbetsplatser minskar risker för ohälsa (Karasek & Theorell,

1990). I några av de studier, som ingick i vår litteraturoversikt, beskrev sjuksköterskor socialt stöd från nära familj och vänner samt informellt stöd från kollegor som det mest betydelsefulla. Lambert och Lambert (2008) kallar denna typ av stöd för en buffert mot negativ stress.

Hög arbetsbelastning uppfattades som en stark orsak till stress bland sjuksköterskor i vår litteraturoversikt. Konsekvenser av den höga arbetsbelastningen var att sjuksköterskor upplevde att den vård de skulle vilja ge blev lidande, vilket väckte känslor av otillräcklighet och frustration. Här kan det tänkas att kraven överstiger möjligheter att påverka sin situation och enligt krav-kontroll-stödmodellen kan leda till en negativ stress (Karasek & Theorell, 1990). Det kan även sättas i relation till resultatet i Glasbergs (2007) avhandling om samvetsstress. Hon skriver att ständiga omorganisationer och neddragningar i vården innebär minskade resurser samtidigt som krav och ansvar ökar. Detta tillsammans med idealbild av god vård och förväntningar gör att personalen ifrågasätter sin egen förmåga och sitt värde. När personalen inte kan handla utifrån sina värderingar och patienternas välbefinnande har de dåligt samvete

Vi reflekterar över att ständiga påfrestningar av detta slag bör påverka distriktsköterskor både som yrkesmänniskor och som personer. Vi menar att det påverkar både familjeliv och hälsa vilket slutligen begränsar möjligheter att fungera väl som distriktsköterska

Flera av stressfaktorerna som kommit fram i vår studie är inte specifika för den palliativa vården utan förekommer i alla verksamhetsområden inom sjuksköterskeyrket, vilket bekräftas av andra studier. Det som är mera intressant är vilka stressupplevelser som är specifika just vid vård av palliativa patienter.

Något som klart utskiljde sig från andra sjuksköterskegruppers stressupplevelser var att ständigt arbeta med döden. När flera patienter dog under en kort tid blev sjuksköterskorna mer stressade likaså när döden inte blev den "idealiska döden". Att komma för nära och bli en vän var stressande, men även att inte veta var man skulle sätta gränsen (Wilkes et al., 1998; Wilkes & Beale, 2001; Escot et al., 2001; Dunne et al., 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007). I en sådan speciell situation som döden är, både känslig och upprivande för patienten och familjen är det inte lätt att svara på var man ska sätta gränser som sjuksköterska då alla familjer och patienter har olika behov. Penz (2008) skriver att transitionen då patienten övergår till palliativ vård bör ses som en av de mest stressfulla och svåraste processerna för patienten och dennes familj under sjukdomstiden. Vidare skriver hon att den allmänna historiska synen på sjuksköterskan som varm, vårdande, änglalik och självuppoffrande bara späder på missförståndet om vad en sjuksköterska inom palliativ vård egentligen gör. Synen på vad som utgör ansvaret för sjuksköterskor som vårdar palliativa patienter behöver nog klargöras. Man måste börja "vara rädd om sig själv" och sätta en gräns för vad det innebär att vårda palliativa patienter. Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) skriver att det finns lidande som man inte kan göra något åt. Ibland måste sjuksköterskor distansera sig från människors lidande. De måste lära sig att hantera svåra situationer genom att sätta gränser och inte bli för personligt engagerade i patienter och anhöriga. Detta kan även kopplas till Glasbergs (2007) avhandling om samvetsstress. Med samvetsstress menar hon vårdssituationer som ger oss dåligt samvete. Om man har lärt sig att vård ska ske på ett sätt och det sedan inte finns möjlighet till att göra det, upplever man samvetsstress.

Man vårdar alltså inte så som samvetet säger att man bör. Hon nämner orsaker som att distansera sig som en form av samvetsstress. När sköterskor som vårdade palliativa patienter upplevde sig stressade av att de inte kunde vara en vän eller kände att de måste sätta en gräns för sitt engagemang upplevde de dåligt samvete för detta, s.k. samvetsstress.

Ytterligare en upplevelse som stack ut som stressande i arbetet med palliativa patienter var att arbeta som ensam sjuksköterska och iklädd sig olika roller så som att ge stöd och rådgivning till både patienten, anhöriga och kollegor. (Ekedahl & Wengström, 2007; Wilkes & Beale, 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007; Wilkes et al., 1998). Detta bidrog till upplevelser av att inte räckta till och därmed ökade negativ stress hos sjuksköterskorna. Ensam arbete är vanligt förekommande inom distriktsköterskans arbetsområde. Ofta befinner distriktsköterskan sig själv ute på landsbygden utan tillgång till kollegor eller läkare att rådfråga. Distriktsköterskor i Berterös (2002) studie har dock en annorlunda upplevelse av det ensamma arbetet. De ser positivt på eget bestämmande och egen kontroll över sitt arbete vilket ger dem möjligheter att utveckla den palliativa vården de ger till patienter och anhöriga. De upplever kontroll genom att vara en rådgivare till patienter och anhöriga och genom att alltid kunna nås av alla. Upplevelse av kontroll minskar stress i deras arbete. Detta stämmer bra med Karasek och Theorells (1990) modell som säger att höga krav utgör inget problem när individen har stort inflytande över sin arbetssituation. Däremot, när kraven är orimliga och överstiger förmågan att kunna klara av arbetsuppgifterna, kan en negativ stress uppstå.

Att det upplevs stressande att arbeta som ensam distriktsköterska kan tolkas som att distriktsköterskor känner sig osäkra och inte riktigt trygga i sin roll. Vad som orsakar detta är en intressant fråga. Kan det bero på det som Penz skriver angående förmågan att finna sin yrkesidentitet som palliativ sjuksköterska. Hon menar att den är mer komplex än i andra sjuksköterskors yrkesroller vilket bero på att det finns en viss anspänning i yrkesrollen då man aldrig riktigt vet med säkerhet vad som ska ske, samt att vårdmiljöerna hela tiden skiftar. Hon skriver vidare att för den palliativa sjuksköterskan är viktiga egenskaper hög förmåga av flexibilitet och kreativitet samt förmåga att tolerera viss ovetskap men även att arbeta självständigt (Penz, 2008). Vi tror att osäkerheten och att inte finna sin yrkesroll kan kopplas vidare till att flera sjuksköterskor i studierna upplevde att de hade för dålig utbildning, erfarenhet och kunskaper för sitt arbete inom den palliativa vården (Wilkes et al., 1998; Berterö, 2002; Escot et al., 2001; Dunne et al., 2005; Hawkins et al., 2007).

Dahlberg (2003) skriver angående sjuksköterskors utbildning att det inte enbart de erfarenheterna den studerande får under sin utbildning till sjuksköterska som formar henne till sin blivande yrkesroll. Goda och dåliga livserfarenheter och mötet med andra människor är mycket betydelsefulla i ett yrke som till stor del bygger på förmågan att relatera till andra. Därför är det viktigt att utbildningen är utformad på ett sätt som möjliggör att ta till vara på de studerandes tidigare erfarenheter. Om utbildningen ger den studerande möjlighet att se sig själv som subjekt och behandlas så under undervisningen finns det god förutsättning att den studerande sedan som sjuksköterska ska kunna vårda varje patient med helhetssyn, vilket är en viktig förutsättning i palliativvården. Vidare skriver Dahlberg att om det finns tid till reflektion, diskussion och bearbetning av de livserfarenheter som sjuksköterskestuderande bär med sig ger det en möjlighet till att senare använda den livserfarenheten på ett för människorna i vården



kreativt sätt. Att träna sig i självkännedom medför att den färdiga sjuksköterskan har ökat sin förmåga att relatera till andra människor. Att själv må bra som vårdare innebär att fungera på ett sätt som är bra för patienten. Vi anser att Dahlbergs tankar om utbildning och erfarenhet inte bara gäller studerande i grundutbildning utan i lika stor grad distriktssköterskestuderande, vilka har med sig en ännu större grad av livserfarenhet från arbetet som sjuksköterska, där vissa kan ha en stor erfarenhet av palliativ vård. Vi tror att om man kan använda denna erfarenhet på ett kreativt sätt under utbildningen ökar möjligheterna att man blir en mera kompetent distriktssköterska

Erfarenhet är naturligtvis inget som sjuksköterskeelever kan få mängder av under sin utbildning och praktik. Den största erfarenheten fås naturligtvis efter år av praktiskt arbete. Källström-Karlsson och Ehnfors (2008) gjorde en långtidsstudie med sjuksköterskor som arbetade på hospice. Första intervjun gjordes efter 2 års yrkeserfarenhet och den andra 11 år senare. Huvudfynden från studien visar att sjuksköterskor som dagligen måste möta döende patienter under en lång tid får en stor inverkan på sitt dagliga arbete och personliga liv. Efter första intervjun uppgav sjuksköterskorna att det var svårt att inte tänka på patienterna efter arbetets slut, de tänkte på saker som misslyckad smärtlindring och drömde om patienterna, vilket upplevdes som känslomässigt utmattande. Sjuksköterskorna talade också mycket om sin egen död och att leva här och nu. Efter andra intervjun 11 år senare var värderingarna till arbetet klart förändrade, döden var fortfarande närvarande men tog inte så stor plats i deras liv längre. De pratade inte längre så mycket om sin egen död utan om döden som en del av livet. Under dessa år som sjuksköterskorna varit i kontakt med döende och döden hade de lärt sig av patienterna och deras familjer genom att prata och lyssna på dem. Denna erfarenhet beskrev de som att de hade växt på det personliga planet och yrkesmässigt. Deras erfarenheter hade också resulterat i större självförtroende professionellt, de beskrev sig själva som goda vårdare. De tyckte att de klarade av svåra situationer själva, de var tillgängliga för patienten och lyssnade på dem. De upplevde inte längre jobbet som emotionellt stressfullt med vissa undantag då flera patienter dog på kort tid.

Det finns ingen specialistutbildning inom området palliativ vård i Sverige. Man är hänvisad till enskilda kurser som inte ger någon helhetssyn på ämnet. I hemsjukvården är distriktssköterskan den som har hand om många palliativa patienter i hemmet utan att ha en direkt specialistutbildning mot palliativ vård. Husband (2008) skriver att distriktssköterskans roller är så många att risken finns att det uppstår en osäkerhet och en ökad arbetsbelastning hos henne. Kraven på vad man ska utföra går inte att uppfylla med den kunskap som distriktssköterskan har. Vidare skriver Wright (2002) att då palliativ vård är en specialistgren upplevs det som stressande för distriktssköterskan. Den palliativa vårdens olika situationer kräver kunskap, praktisk färdighet och flexibilitet av distriktssköterskan. Hon måste få tillgång till mer resurser och utbildning för att kunna utföra sitt arbete med att tillgodose en god palliativ vård i hemmet. Även Berterö (2004) skriver att den svenska distriktssköterskan uppger att svårigheter ligger i att de inte har några generella eller direkta direktiv eller lösningar på hur man tillhandahåller god palliativ vård i olika situationer.

Vi anser att om man får utbildning i ämnet palliativ vård i skolan och sedan stöttning från erfarna sjuksköterskor och från ledning när man börjat sitt arbete, så kommer man

troligtvis att snabbare känna sig trygg och säker i sin roll. Att bli inkastad utan någon som helst erfarenhet och med bristande kunskap i palliativ vård är inte rätt mot vare sig sjuksköterskan eller patienten. Pimple, Schmidt och Tidewell (2003) skriver angående utbildning att, för att sjuksköterskestudenterna ska vara väl förberedda inför sitt yrkesliv behöver palliativ vård integreras i deras utbildning, de måste förse med kunskap om smärta, symtomlindring, förmåga att hantera känslor av förlust och sorg hos anhöriga samt att kunna kommunicera och hantera olika etiska och kulturella problem. Vidare skriver de att studenterna måste få klinisk praktik i vård av patienter i livets slutskede där de får stöd, guidning och praktisk kunskap av erfarna sjuksköterskor. Till slut skriver de att en hög kvalitet på den palliativa vården är beroende av välförberedda och utbildade sjuksköterskor.

Att bemöta frustration och ilska från patienter och anhöriga var också specifikt vid vård av palliativa patienter. (Ekedahl & Wengström, 2007; Wilkes & Beale, 2001; Dunne., et al. 2005). Det var tydligt att sjuksköterskorna var mycket påverkade av att ständigt utsättas för dessa känslomässiga situationer, de visste inte hur de skulle hantera dem och en del tog det även personligt. Dahlberg et al. (2003) skriver att negativa känslor som väcks i samband med vårdande måste bearbetas och hanteras på ett sådant sätt att patienten ges en god vård. Hur kan då de här specifika stressupplevelserna samt allmän stressproblematik hanteras? Strategier för stresshantering kallas coping. Sjuksköterskor i vår litteraturoversikt använder sig av olika copingstrategier, men stöd från nära familj och kollegor upplevdes som den viktigaste i de flesta studier. Stöd från arbetsgivare efterlystes i flera studier, antingen saknades stödet helt eller upplevdes som bristfälligt.

Lambert och Lambert (2008) refererar till Lazarus och Folkman som menar att stress kan hanteras på två olika sätt, dels genom att kontrollera känslor och dels genom att försöka lösa problem. Känslorienterad coping fokuserar på att hantera känslor som skapas av situationen. Man försöker att acceptera situationen eller omvärdera den dvs. se den i ett nytt ljus. Problemfokuserad coping inkluderar strategier för att samla information, planera, fatta beslut och lösa konflikter i syfte att ta hand om problem som orsakar stress. McVicar (2003) skriver att problemfokuserad coping visat sig ha bättre effekt för att förebygga utbrändhet, men kombination av de båda strategierna bör ge bästa effekt. Forskning har visat att de med utbildning i copingstrategier eller de som har utvecklat egna copingstrategier klarar sig betydligt bättre. Sjuksköterskorna i Blomberg och Sahlberg-Blom studie ansåg att en stark självkänsla, stor självkänedom och förmåga att se sin egen begränsning är viktiga faktorer för att kunna hantera jobbiga situationer med palliativa patienter. Deras sätt att hantera jobbiga situationer skedde genom att de balanserade mellan att vara nära patienten och distansera sig. Vilken strategi som användes var oftast ett spontant val, men ibland kunde det vara ett medvetet val (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

En annan coping strategi kan vara gruppsamtal. Jones (2003) skriver att en större självkänedom och större medvetenhet om kollegors, patienters och familjers känslor kan hjälpa sjuksköterskan att få en öppnare och mer tänkvärd inställning till sin yrkesroll. Detta kan uppnås genom handledning i grupp, där man med öppenhet tar emot samtal kollegor emellan, om deras styrkor, svagheter och rivalitet. Även Glasberg (2007) menar att diskussion med andra i personalgruppen kan många gånger räcka för att avlasta dåligt samvete. Det räcker dock inte alltid och ibland behöver man stöd för att hantera eller förhålla sig till sitt dåliga samvete och därmed undvika utbrändhet

Slutligen vill vi referera till Penz (2008) som skriver, att skillnader i sjuksköterskors upplevelser vid vård av palliativa patienter kan bero på deras syn på den palliativa vården. Sjuksköterskan som ser palliativ vård som en unik aspekt av sin yrkesroll och identitet har lättare att känna tillfredsställelse med det hon gör än den som ser palliativ vård som en tillfällig roll integrerad i sitt arbete. Vi har reflekterat över vår egen syn på sjuksköterskas yrkesroll när vi var nyutbildade och idag, när vi är nästan färdiga distriktssköterskor. I nuläget är det lättare att se komplexiteten och rollsamspel i vårt arbete. Vi frågar oss om det krävs specialistutbildning och speciella kurser för att distriktssköterska ska känna att palliativ vård ingår naturligt i hennes yrkesroll. Omvårdnad utgör grund för sjuksköterskans/distriktssköterskans kunskapsområden och utgångspunkt för arbetet. Den palliativa vården är en speciell form av omvårdnad och har samma prioritet som all vård. Därför tror vi att palliativ vård bör lyftas fram i högre utsträckning än idag redan i sjuksköterskors grundutbildning.

## **SLUTSATS**

Sjuksköterskor möter död och döende patienter vid flera vårdssammanhang och på olika arbetsplatser. Vår litteraturöversikt har, genom analysen av tidigare gjorda studier, visat olika aspekter av stress som sjuksköterskor upplevde vid vård av palliativa patienter. Just arbete med död och döende, ensamt arbete samt frustration och ilska från patienter och anhöriga framkom som specifika stressfaktorer för dessa sjuksköterskor.

Resultatet kan, på grund av det låga deltagarantalet i studierna, inte direkt överföras till alla liknande situationer och vårdmiljöer. Vi tror dock att det avspeglar verkligheten angående stressupplevelser och risker för sjuksköterskornas hälsa vid vård av palliativa patienter. Balans mellan de arbetskrav som ställs och de resurser som sjuksköterskorna har är en nödvändighet för att undvika arbetsrelaterad stress. Därför bör sjuksköterskornas behov lyftas fram och diskuteras i högre utsträckning än idag samt i största möjliga mån tillgodoses av arbetsgivare för att förhindra utbrändhet och ohälsa hos sjuksköterskor.

Negativ stress kan leda till utbrändhet och försämrad hälsa hos sjuksköterskor vilket, tror vi, varken gagnar omvårdnad eller patienter. Då stress i sjuksköterskors vardag ökar i allt högre grad, är det av stor vikt att kunskaper om stress, dess konsekvenser samt stresshantering lyfts fram och sprids vidare. Området är inte tillräckligt utforskat och det finns flera frågor att fördjupa sig i. Relativt få svenska studier väcker önskan om mera svensk forskning inom området. Det vore intressant att studera vidare om distriktssköterskors stressupplevelser samt vilka copingstrategier de använder sig av, hur olika stödinsatser påverkar stressnivåer samt vad sjuksköterskor själva anser finns att göra för att minska negativ stress.

## REFERENSER

- Ablett, J., & Jones, R. (2007). Resilience and wellbeing in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, *16*, 733-740.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Bennet, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., & Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: Coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, *17*, 55-63.
- Berterö, C. (2002). District nurses' perceptions of palliative care in the home. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *19*(6), 387-391.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 244-254
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, *11*, 461-466.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (2003). *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Denham, S. A., Meyer, M. G., Rathbun, A., Tobora, M. A., & Thornton, L. (2006). Knowledge of Rural Nurses' Aides About End-of-Life Care. *Family Community Health*, *29*(3), 229-241.
- Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(4), 372-380.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Forgethill, A., & Hannigan, B. (2000). Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All -Wales community mental health nurse study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *7*, 529-537.
- Ekedahl, M. (2001). How can you bear the challenge of working at the edges of life and death? Coping processes with hospital chaplains encountering existential confrontation: a study in psychological of religion. Uppsala Universitet.
- Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team – A comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *European Journal of Cancer Care*, *17*, 42-48
- Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care – coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*, 228-237.

Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J.P., & Ritchie K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health, 17*, 273-279.

Fagerström, L. (2006). The dialectic tension between 'being' and 'not being' a good nurse. *Nursing Ethics, 13*(6), 622-632.

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

Glasberg, A-L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare – The danger of deadening one's conscience*. Umeå university medical dissertations.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.

Hawkins, A. C., Howard, R. A., & Oyebode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology, 16*, 563-572.

Hopkinson, J.B., Hallet, C.E., & Luker, K.A. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing, 44*(5), 525-533.

Husband, J. (2008). The evolving role of community nurse specialist in palliative care. *British Journal of community nursing, 13*(1), 26-30.

Jakobsson, E., Johnsson, T., Persson, L-O., & Gaston-Johansson, F. (2006). End-of life in a Swedish population: Demographics, social conditions and characteristics of places of death. *Scandinavian Journal of Caring Science, 20*, 10-17.

Jakobsson, E. (2007). *End-of-life care in a Swedish county - patterns of demographic and social conditions, clinical problems and health care use*. Göteborg : Institute of Health Care Sciences, Göteborg University.

Johnston, B., & Smith, L. N. (2005). Nurses and patients' perception of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 700-709.

Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care, 12*, 224-232.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and reconstruction of working life*. New York: Basic Books/Harper.

Källström – Karlsson, I-L., & Ehnfors, M. (2008). Five Nurses' experiences of hospice care in a long-term perspective. *Journal of hospice & palliative nursing, 10*(4), 224-232.

- Lambert, V. A., & Lambert, C.E. (2008). Nurses` workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 38-44
- McNeely, S. (1996). Stress and coping strategies in nurses. *Health Manpower Management*, 22(3), 10-12
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Nationella rådet för palliativ vård (2007). Hämtad 2008-09-01 från <http://www.nrpv.se/pages/1.asp>
- Newton, J., & Waters, V. (2001). Community palliative care clinical nurse specialists` descriptions of stress in their work. *International Journal of Palliative Nursing*. 7(11), 531-540.
- Oxenstierna, G., Ferrie, J., Hyde, M., Westerlund, H., & Theorell, T. (2005). Dual source support and control at work in relation to poor health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 455-463
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405.
- Penz, K. (2008). What are the potential factors that sustain registered nurse who are provide home based palliative and end-of-life care? *Journal of hospice & palliative nursing*, 10(5), 295-303.
- Pimpel, C., Schmidt, L., & Tidewell, S. (2003). Achieving Excellence in End-of-life Care. *Nurse Educator*, 28(1), 40-43.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization (5:th edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Pålsson, M.B., & Norberg, A. (1995). District nurses` stories of difficult care episodes narrated during systematic clinical supervision sessions. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 9, 17-25.
- Redinbaugh, E. M., Schuerger, J. M., Weiss, L. L., Brufsky, A., & Arnold, R. (2001). Helth care professionals` grief: A model based on occupational style and coping. *Psycho - Oncology*, 10, 187-198.
- Rout, U. R. (2000). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 303-309.
- Rydén, O., & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi – psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Shipman, C., Burt, J., Ream, E., Beynon, T., Richardsson, A., & Addington – Hall, J. (2008). Improving district nurses` confidence and knowledge in the practice of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 494-505.

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Socialstyrelsen: Stockholm.

SOU, 2001:6.(2001).*Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Sveriges Kommuner och Landsting/Regioner. (2004). *Handboken för hälso- och sjukvård*.

Hämtad 2008-09-02 från

[http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/06\\_article.asp?CategoryID=1517&ParentId=1517](http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/06_article.asp?CategoryID=1517&ParentId=1517)

Theorell, T. (2003). Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? *Statens folkhälsoinstitut*, 2003:46

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

van Staa, A.L., Visser, A., & van der Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: Experiences av evaluations of interventions for palliative care team. *Patient Education and Counseling*, 41, 93-105.

Wilkes, L., Beale, B., Hall, E., Rees, E., Watts, B., & Denne, C. (1998). Community nurses` descriptions of stress when caring in the home. *International Journal of Palliative Nursing*, 4(1), 14-20.

Wilkes, L. M., & Beal, B. (2001). Palliative care at home: Stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 306-313.

Wright, K. (2002). Caring for the terminally ill: the district nurse perspective. *British journal of nursing*, 11(18) .1180-1185.

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Artikelsökning

Bilaga 2: Kriterier för granskning av vetenskapliga artiklar

Bilaga 3: Artikelöversikt



**Bilaga 1: Artikelsökning** (sökord och kombinationer använda i databassökning)

Söknr	Databas	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1	CINAHL	Palliative care AND Nurs* AND Stress	28	1
2	CINAHL	Palliative care AND Nurs* AND Stress + Hospice and Palliative nursing	14	2
3	CINAHL	Palliative AND Nurs* AND Stress AND Coping	32	0
4	Blackwell Synergy	Palliative care AND Nurs* AND Stress	140	4
5	Blackwell Synergy	District nurs* AND Stress AND End-of-life care	2	0
6	PubMed	Palliative AND Nurs* AND Stress	122	0
7	PubMed	Palliative AND Home care AND Stress	29	0
8	PubMed	Palliative AND District nurs* AND Stress	122	0
9	PubMed	Palliative care AND District nurs* AND Stress	81	0
10	Samsök i databaser: Academic Search Elite Web of Science Science Direct Sage journals on line Wiley Inter Science LWW Nursing & Health Collection DOAJ Emerald Fulltext	Palliative AND Stress	205	4

## **Bilaga 2: Kriterier för granskning av vetenskapliga artiklar**

**Titel:** Ska spegla artikelns innehåll och bör inte ha mer än 15 ord. Titeln i kvalitativa studier nämner deltagarna och det undersökta fenomenet, medan i kvantitativa studier anges de beroende och oberoende variablerna samt populationen.

**Sammanfattning:** Placeras i början av artikeln och ska med 100 till 200 ord besvara frågor angående studiens frågeställningar, vilka metod som använts, studiens resultat samt framtida användning och värde. Genom genomgång av abstract ska läsaren kunna snabbt avgöra huruvida artikeln är intressant eller inte.

**Introduktion:** Följer direkt efter sammanfattningen och ska bekanta läsaren med forskningsproblemet och den kontext inom vilket det formulerades. Det centrala fenomenet, koncept och variabler ska beskrivas samt syfte och frågeställningar och/eller hypoteser, som ska prövas, ska klargöras. Det ska även finnas genomgång av tidigare forskning samt förklaring för nyttan med och behovet av studien. I studier som är grundade på ett visst teoretiskt antagande, ska den teoretiska referensramen beskrivas här.

**Metod:** Här får läsaren svar på vilken metod som använts för att besvara forskningsfrågorna. Deltagarna, procedurer kring datainsamling, miljön samt aktuell kontext ska tydligt beskrivas. Tillvägagångssätt vid olika moment i använd metod ska redovisas.

**Resultat:** Här ska presenteras de resultat som framkommit ur analysen av insamlad data. Sammanfattning av forskningsfynd presenteras i form av text och förtydligas ofta med hjälp av tabeller och diagram. I kvantitativa studier ska det finnas beskrivning av den statistisk analys som använts för att analysera insamlad data. Resultatet i kvalitativa studier presenteras ofta uppdelat i övergripande teman med tillhörande undergrupper.

**Diskussion:** Här presenteras forskarens tolkning av resultatet i relation till teoretisk ram och på en praktisk nivå samt förslag till implikation inom omvårdnaden och framtida rekommendationer. Slutligen ska studiens begränsningar presenteras.

**Referenser:** Artikeln avslutas med en lista över böcker, rapporter och artiklar som refererats till i studien (Polit et al., 2001).

### Bilaga 3: Artikelöversikt

Titel:	Resilience and wellbeing in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work.
Författare:	Ablett J., Jones, R.
Tidskrift:	Psycho-Oncology
Tryckår:	2007
Syfte:	Att beskriva hospice sjuksköterskors erfarenhet av deras arbete i palliativ vård samt att undersöka den process som hjälper dem att arbeta kvar i den palliativa vården med bibehållen känsla av välbefinnande.
Metod:	Kvalitativ intervjustudie. Insamlad data analyserades enligt <i>interpretative phenomenological analysis</i> (IPA).
Urval:	10 sjuksköterskor inom palliativ vård från en hospice i Nordvästra England.
Resultat:	Tio teman framkom som beskriver bl.a. sjuksköterskors syn på att vårda samt syn på döden, stress och coping.
Referenser:	41
Land:	England

---

Titel:	District nurses' perceptions of palliative care in the home
Författare:	Berterö, C.
Tidskrift:	American Journal of Hospice and Palliative Care
Tryckår:	2002
Syfte:	Att beskriva vilken mening distriktssköterskan tillskriver sitt arbete inom palliativ vård.
Metod:	Kvalitativ intervjustudie. Insamlad data analyserades med hjälp av de sju stegen i Georgis fenomenologiska metod.
Urval:	6 distriktssköterskor som arbetade med palliativ vård i hemmet.
Resultat:	Fyra teman kunde utläsas: utmaning, kontroll, frustration, relation. Kontentan av dessa fyra teman beskrivs som ett engagemang där distriktssköterskorna vet och accepterar att palliativ vård i hemmet inkluderar både skyldigheter och stort engagemang.
Referenser:	20
Land:	Sverige

---

Titel:	Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences
Författare:	Dunne, K., Sullivan, K., Kernohan, G.
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing
Tryckår:	2005
Syfte:	Att undersöka hur distriktssköterskor upplever att vårda palliativa patienter samt deras anhöriga
Metod:	Kvalitativ fenomenologisk intervjustudie. Colaizzis 7 steg för dataanalys användes för att analysera insamlad data.
Urval:	25 distriktssköterskor
Resultat:	Fyra huvudsakliga teman framkom som beskriver bl.a. kommunikation, symtomkontroll samt personlig engagemang.
Referenser:	71
Land:	England

---

Titel: Coping processes in a multidisciplinary healthcare team – A comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains  
Författare: Ekedahl, M., Wengström, Y.  
Tidskrift: European Journal of Cancer Care  
Tryckår: 2007  
Syfte: Att studera stress hos sjuksköterskor som vårdar döende cancerpatienter enligt modell utvecklad av Ekedahl.  
Metod: I en kvalitativ hypotesgenererande forskningsmetod användes semistrukturerade intervjuer för datainsamling. Både induktion och deduktion användes initialt vid analys av insamlad material. Resultat av analysen tolkades senare med hjälp av Pargaments coping teori.  
Urval: 15 sjuksköterskor som vårdar patienter döende i cancer.  
Resultat: Insamlad data avslöjade arbetets betydelse för sjuksköterskorna, vad de strävade efter samt vilka stressorer som hotade deras strävan. Sjuksköterskor kan uppleva olika nivåer av stress och fyra stressnivåer identifierades i resultatet: individuell nivå, grupp nivå, organisatorisk nivå samt kulturell nivå.  
Referenser: 38  
Land: Sverige

---

Titel: Stress levels in nursing staff working in oncology  
Författare: Escot, C. Artero, S, Gandubert, C., Boulenger, J.P., Ritchie K.  
Tidskrift: Stress and Health  
Tryckår: 2001  
Syfte: Att fastställa stressorsaker samt stresskaraktär hos onkologisjuksköterskor.  
Metod: Kvantitativ enkätstudie. Mätinstrument som användes var The Nursing Stress Scale, The Maslach Burnout Inventory, and The General Health Questionnaire.  
Urval: 37 sjuksköterskor som arbetade på en onkologisk centrum i Frankrike.  
Resultat: Stressorsaker är brist på kunskaper, tidsbrist samt relationsproblem med andra yrkeskategorier inom sjukvården. När stressade, har sjuksköterskor stor risk för att bli professionellt utbrända när de uppvisar symtom såsom fysisk trötthet, ont i ryggen och sömnsvårigheter; när de upplever dålig hälsa; när relation med patienter och deras familjer inte fungerar samt när osäkerheter som gäller jobbet uppstår.  
Referenser: 47  
Land: Frankrike

---

Titel: Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles.  
Författare: Hawkins, A. C., Howard, R.A., Oyebode, J.R.  
Tidskrift: Psycho-Oncology  
Tryckår: 2007  
Syfte: Att studera vidare de stresskällor och copingstrategier hos hospice sjuksköterskor, som kommit fram i tidigare studier samt att undersöka hur sjuksköterskors anknytnings mönster påverkar deras upplevelse av stress och coping.  
Metod: Kvantitativ tvärsnitts enkätstudie. Instrument som användes var Experiences in Close Relationships Scale, Nursing Stress Scale, General Health Questionnaire samt The COPE.  
Urval: Enkäter skickades till alla sjuksköterskor (215) på 5 hospice. 84 svarade (39%).  
Resultat: Död och döendet, hög arbetsbelastning samt otillräcklig förberedelse att möta patienters och anhörigas emotionella behov utlöstes som viktigaste källor till stress för hospice sjuksköterskor, vilket stämde överens med andra studier. Anknytningsmönster hade betydelse huruvida sjuksköterskor sökte emotionellt socialt stöd som coping.  
Referenser: 104  
Land: England

---

Titel:	Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work.
Författare:	Newton, J., Waters, V.
Tidskrift:	International Journal of Palliative Nursing
Tryckår:	2001
Syfte:	Att analysera upplevelser av arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor specialiserade inom palliativ vård i hemmet.
Metod:	Kvalitativ. Datainsamling gjordes genom frågeformulär med öppna frågor som bas samt semistrukturerade intervjuer som uppföljning. Data analyserades med hjälp av metod inspirerad av Colaizzi.
Urval:	Frågeformulär delades ut till 28 sjuksköterskor, specialiserade inom palliativ vård i Essex stadsområde. 20 frågeformulär returnerades ifyllda och 14 sjuksköterskor gick vidare med att intervjuas.
Resultat:	Tre teman framkom som beskriver att stress uppstår på grund av hög arbetsbelastning, relationsproblem med andra yrkesgrupper inom sjukvården samt patienter sorg och lidande.
Referenser:	26
Land:	England
Titel:	Community nurses' descriptions of stress when caring in the home
Författare:	Wilkes, L., Beale, B., Hall, E., Rees, E., Watts, B., Denne, C.
Tidskrift:	International Journal of Palliative Nursing
Tryckår:	1998
Syfte:	Att utifrån kommunalsjuksköterskors egna berättelser belysa hur de upplever stress vid vård av palliativa patienter i hemmet.
Metod:	Kvalitativ studie med data insamling via frågeformulär med öppna frågor, som sedan följdes upp av semistrukturerade intervjuer.
Urval:	80 frågeformulär skickades till kommunalsjuksköterskor. 21 sjuksköterska valde att fylla i frågeformulären och 7 av dem som gick vidare med att intervjuas. Insamlad data analyserades med hjälp av programvara The Ethnograph.
Resultat:	Stress för sjuksköterskor innebar brist på kontroll, tidsbrist, överbelastning, oförmåga till coping samt brist på kunskaper. Dålig familjedynamik, stor arbetsbelastning, andras förväntningar samt patienters/familjers förnekelse att det kanske inte fanns någon bot utlästes som huvudsakliga stressfaktorer. Utveckling av stödsystem, stödsamtal individuellt eller i grupp ingick i copingstrategier.
Referenser:	24
Land:	Australia
Titel:	Palliative care at home: Stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia.
Författare:	Wilkes, L.M., Beale, B.
Tidskrift:	International Journal of Nursing Practice.
Tryckår:	2001
Syfte:	Att jämföra upplevelser av stress mellan stads- respektive landsbygdssjuksköterskor som arbetar med palliativ vård i hemmet.
Metod:	Två kvalitativa deskriptiva tidigare gjorda studier låg till grund för insamling av data. Insamlingen skedde genom ostrukturerade intervjuer som följde frågeformulär. Med intervjuerna som grund fick författarna fram resultatet. Programvara The Ethnograph v4,0 användes vid dataanalys.
Urval:	7 sjuksköterskor ur stadsmiljö samt 5 sjuksköterskor verksamma på landsbygden blev intervjuade.
Resultat:	Ur intervjuerna kunde stressfaktorer och stödjande funktioner för de båda respektive grupperna av sjuksköterskor utläsas. De huvudsakliga stressfaktorerna för båda grupperna visade sig vara relaterade till familjedynamik, rollkonflikt och definition av roller samt hög arbetsbelastning.
Referenser:	25
Land:	Australia

Titel: Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective.  
Författare: Wallerstedt, B., Andershed, B.  
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science  
Tryckår: 2007  
Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vår av svårt sjuka och döende patienter utanför speciella palliativ vårds enheter.  
Metod: Kvalitativ intervjustudie. Insamlad data analyserades med hjälp av fenomenologisk metod inspirerad av Giorgi.  
Urval: 9 sjuksköterskor som arbetade inom primärvården, hemsjukvården samt på sjukhus intervjuades.  
Resultat: Tre övergripande teman beträffande palliativ vård framkom som beskriver sjuksköterskors ambition och hängivenhet, dagliga möten samt tillfredsställelse och missnöje med arbetet.  
Referenser: 54  
Land: Sverige

---