

ATT DÖ PÅ AKUTSJUKHUS
SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDA PATIENTER SOM
BEFINNER SIG I LIVETS SLUTSKEDE INOM AKUTSJUKVÅRDEN
END OF LIFE CARE IN THE ACUTE CARE SETTING
FROM NURSES' PERSPECTIVES

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2019-05-07
Kurs: VT 19

Författare:
Annie Bergström

Nina Öhnfeldt

Handledare:
Maja Holm

Examinator:
Karin Bergkvist

SAMMANFATTNING

Andelen äldre i befolkningen ökar. Inom akutsjukvården idag vårdas allt fler multisjuka, sköra, äldre som har palliativa vårdbehov. Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv obotlig sjukdom. Akutsjukvården som ingår i den allmänna palliativa vården ska kunna uppmärksamma när patienter är i behov av palliativ vård, förstå när döden är nära och genomföra brytpunktsamtal. Akutsjukvården ger palliativ vård av sämre kvalitet än andra vårdnivåer och sjuksköterskor känner sig oförberedda och obekväma i sin roll som ansvarig för en döende patient.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården.

Metoden för studien var en kvalitativ intervjustudie där åtta sjuksköterskor från olika avdelningar på ett akutsjukhus intervjuades. En semistrukturerad intervjuguide användes med utgångspunkt från författarnas valda teoretiska ramverk de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Som analysmetod på insamlade data användes en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats.

I resultatet framkom att sjuksköterskorna upplever att det saknas samsyn i teamet kring målet med vården och att brytpunktsamtal med patient och närstående tas för sent. Sjuksköterskorna saknar verktyg för att kunna ge professionellt stöd till närstående och de har stark tilltro till medicinsk symtomlindring.

Slutsatser som kan dras från studien är att den palliativa vården på akutsjukhuset är ojämlig då den bygger på personer och deras respektive kunskap och erfarenhet och inte på organisation och struktur. Det saknas sjukhusövergripande riktlinjer, rutiner och tydliga arbetsätt i att vårda patienter i livets slutskede.

Nyckelord: Akutsjukvård, Fyra hörnstenar i palliativ vård, Kvalitativ intervjustudie, Palliativ vård, Sjuksköterskors upplevelser.

ABSTRACT

The elderly population is increasing. Chronically ill and fragile patients requiring end of life care end up in the acute hospital. Palliative care is an approach that improves the quality of life for patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness. Acute hospital care has a responsibility to be able to identify patients with palliative care needs, recognising the dying process and be able to discuss prognosis with patients and their family. Patients in acute hospitals receive care of poorer quality than in other care settings and nurses feel discomfort and underprepared for the role of caring for a dying patient.

The aim of the study was to describe nurses' experiences of caring for people in need of palliative care in the acute hospital setting.

The methodology for this study was a qualitative interview study in which eight nurses working at an acute hospital were interviewed. A semistructured interviewguide was used based on the theoretical framework of the study, the four areas of palliative care. The collected data was analysed using qualitative content analysis with a deductive approach.

Result of the study showed that the nurses experienced a lack of teamwork and difficulties within the team to reach common ground and concensus regarding the goal of the patients care. Discussing prognosis with a patient with a known life-limiting illness is often delayed. Nurses experience lack of knowledge on how to give professional support to family members in palliative care and they rely greatly on medical symptom management.

The conclusion of the study is that palliative care in the acute setting is unequal since it seems to depend on the knowledge and experience of the health professionals themselves instead of the structure of the organization. There is an absence of guidelines, routines and clear work procedure of how to give end of life care.

Keywords: Acute hospital setting, Areas of palliative care, Nurses experience, Palliative care, Qualitative interview.

Innehållsförteckning	
INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Palliativ vård	2
Allmän och specialiserad palliativ vård	4
Brytpunktsamtal	4
Sjuksköterskans ansvar	5
Palliativ vård i akutsjukvården	7
Teoretisk ramverk -De fyra hörnstenarna i palliativ vård	9
Problemformulering	11
SYFTE	11
METOD	11
Ansats	11
Urval	12
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska övervägande	14
RESULTAT	15
Sjuksköterskans upplevelse av symtomkontroll	15
Sjuksköterskans upplevelse av teamarbete	17
Sjuksköterskans upplevelse av kommunikation och relation	19
Sjuksköterskans upplevelse av stöd till närstående	20
DISKUSSION	21
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion	24
Slutsats	27
Klinisk tillämpbarhet	27
REFERENSER	29

BILAGA A Intervjuguide

BILAGA B Brev till verksamhetschef

BILAGA C Brev till informanterna

BILAGA D Tabell 1, exempel på analysarbetet

BILAGA E Tabell 2, koder och kategorier

INLEDNING

”Döden verkar inte vara tillåten på ett akutsjukhus, man vill rädda liv till varje pris utan att tänka på konsekvenserna för patienten”

(Dotter till 92-årig kvinna som vårdades på akutsjukhuset 2014)

År 2017 avled 92 000 personer i Sverige (Socialstyrelsen, 2019). Cirka 80 procent av dem som avlider årligen är väntade på grund av en eller flera obotliga sjukdomar (Axelsson, 2016). Utifrån data från svenska palliativ registret vet man idag att cirka en tredjedel av alla dödsfall i Sverige sker inom akutsjukvården (Melin-Johansson, 2017). I nuläget föds det fler personer än det dör vilket innebär att andelen äldre i befolkningen ökar (Statistiska centralbyrån, 2018). Författarna anser att akutsjukvården som är en del av den allmänna palliativa vården står inför stora utmaningar att klara av att möta det ökande antalet patienter som har behov av den palliativa vårdens innehåll, kunskap och erfarenhet. Författarna har själva lång erfarenhet av att arbeta inom akutsjukvården och att möta äldre multisjuka sköra patienter och deras närstående. Mötet med denna patientgrupp och hur vården bedrivits har många gånger väckt tankar, funderingar och känslor av att vården i livets slutskede skulle kunna förändras och förbättras. Med hjälp av registerdata vet vi idag att palliativ vård ges med sämre kvalitet i den akuta sjukvårdsmiljön jämfört med andra vårdnivåer och att kunskapen är låg (Melin-Johansson, 2017) trots att socialstyrelsen prioriterat palliativ vård i livets slutskede som nummer ett, likställt med att rädda liv.

BAKGRUND

Palliativ vård

I Sverige förväntas befolkningen öka med 150 000 per år och det är i de äldre åldrarna som den största ökningen förväntas. År 2045 beräknas det finnas över en miljon som är 80 år och äldre. Palliativ vård skall erbjudas alla patienter som är i behov av det oavsett ålder och diagnos. Med tanke på tillväxten av äldre i befolkningen framförallt personer över 80 år så kommer antalet patienter med olika kroniska livshotande sjukdomar med stor sannolikhet öka. De patienter med kronisk sjukdom vars palliativa vårdbehov ökar ju närmare livets slutskede patienten kommer är bland annat svår hjärtsvikt, grav KOL, njursvikt, leversvikt, neurologiska sjukdomar som multipel skleros (MS), amyotrofisk lateral skleros (ALS) och demenssjukdomar (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt där syftet med vården är att förbättra livskvaliteten för patient och närstående. Vården skall förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann bedömning och behandling av smärta och andra problem av fysisk, psykosocial och existentiell karaktär som kan uppstå vid livshotande sjukdom (World Health Organization, 2002).

Det palliativa förhållningsättet innebär även att bekräfta livet och se döendet som en naturlig process som varken skall påskyndas eller fördröjas. Vården skall syfta till att lindra smärta och andra symtom samt erbjuda organiserat stöd till närstående under hela patientens sjukdomstid samt efter dödsfallet (World Health Organization, 2002). Palliativt förhållningsätt kan tillämpas i tidigt skede av kronisk obotlig sjukdom samtidigt som behandlande insatser som är livsförlängande pågår eller att åtgärder vid akuta tillstånd sätts in. Detta innebär att sjukvårdspersonalen gör en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål utifrån ett helhetsperspektiv på situationen med fokus på patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Tänka vårdinsatser skall hela tiden avvägas av för- och nackdelar för att uppnå optimalt välbefinnande hos patienten (Socialstyrelsen, 2018). Att arbeta utifrån ett palliativt förhållningsätt i praktiken innebär att som sjukvårdspersonal ställa sig frågan varför patienten blivit försämrad just nu och att låta patienten själv få reflektera över sin situation och ta ställning till vilka åtgärder/undersökningar som hen kan tänka sig genomgå. En annan viktig del är att få patientens syn på vilka problem eller besvär som är viktigast att åtgärda just nu vilket inte sällan skiljer sig från det teamet prioriterat som viktigt (Axelsson, 2016). Definitionen av palliativ vård enligt Socialstyrelsen (2013, s.16) är: ”hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård innebär också ett beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ett organiserat stöd till närstående”

Palliativ vård delas in i två faser, tidig och sen fas där den sena fasen innebär en övergång till vård i livets slutskede. Att avgöra när övergången från tidig till sen fas sker är svår och lika svårt är det att definiera när den tidiga fasen börjar. Den tidiga palliativa fasen kan oftast vara lång och tar sin början redan när patienten får sin diagnos om progressiv obotlig sjukdom. Syftet med vården i tidig fas är att utvärdera om och hur länge en livsförlängande behandling är lämplig och att genomföra vårdinsatser som främjar livskvalitén under behandlingstiden (Socialstyrelsen, 2013). Detta innebär således att palliativ vård kan ges tidigt i sjukdomsskedet samtidigt som en livsförlängande behandling pågår (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Vid övergången till sen palliativ fas som innebär vård i livet slutskede ändras vårdens syfte från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Detta sker oftast successivt utifrån sjukdomsförloppets olika faser. Definitionen av palliativ vård i livets slutskede enligt Socialstyrelsen (2018, s. 13) är: ”palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet”. Beslutet om övergång till palliativ vård i livets slutskede sker efter bedömning av om den livsförlängande behandlingen inte längre är meningsfull eller att behandlingen ger allvarliga symtom eller biverkningar så att patienten istället tar skada eller blir lidande. Vid sen palliativ fas ses döden som oundviklig inom en överskådlig framtid och denna fas är oftast kort (Socialstyrelsen, 2013).

Inom palliativ vård förekommer ofta begreppet ”en god död”. Utgångspunkten för begreppet är att avgörandet huruvida döden är god ligger endast hos personen själv. För att uppnå en god död är det patientens person, behov, värderingar och vilja som bör vara i fokus vid planering av vårdens genomförande vilket innebär att vården måste anpassas till den person som ska dö (Ternestedt, 2013).

Ternestedt, (2013) beskriver kriterier för en god död som till exempel att få vara fri från smärta och lidande, vara medveten om dödens närhet samt att acceptera sin situation. Andra kriterier som anses centrala är självbestämmande, möjlighet till förberedelse inför döden och att få dö på den plats man önskar. Att få möjlighet att summera sitt liv och att bli respekterad för den man är och att kunna behålla sina sociala relationer är även det en viktig del i upplevelsen av en god död (Ternestedt, Andershed, Eriksson & Johansson, 2002). Ur ett patientperspektiv framhålls även tanken om en god död som att få dö i sömnen, få dö snabbt, dö med värdighet och att få vara smärtfri. Självbestämmande och att vara fri från lidande är det som är mest centralt för ”en god död. En god död kan anses vara att få vårdas hemma sista tiden och att slippa onödiga invasiva behandlingar (Gott et al., 2013).

Allmän och specialiserad palliativ vård

Definitionen av allmän palliativ vård enligt Socialstyrelsen (2018, s. 18) är: ”palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård”. Allmän palliativ vård bedrivs inom alla vårdformer till exempel, sjukhus, vård- och omsorgsboenden, primärvård och hemsjukvård. Den allmänna palliativa vården oavsett vårdform bör kunna uppmärksamma när patienten är i behov av palliativ vård eller palliativ vård i livets slutskede, förstå när döden är nära, genomföra brytpunktsamtal, samt ge vård och behandling vid vanliga symtom (Socialstyrelsen, 2018). Socialstyrelsen (2018, s. 19) definierar specialiserad palliativ vård som ”palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utgörs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård”.

Brytpunktsamtal

Brytpunktsamtal är samtal mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Det är värdefullt om sjuksköterska eller annan vård- och omsorgspersonal närvarar för att kunna följa upp samtalet och vid behov kunna erbjuda känslomässigt stöd samt svara på frågor. Om patienten tillåter är det önskvärt att närstående deltar i brytpunktsamtalet. Samtalet ska anpassas till patientens kognitiva förmåga, kulturella bakgrund och önskan om delaktighet och utgå så långt som möjligt utifrån patientens situation och önskemål. Flera samtal kan behövas för att tillgodose behoven av fortlöpande information och besvara frågor kring livets slutskede (Socialstyrelsen, 2018). För att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna för palliativ vård används och påverkar praktiken använder socialstyrelsen kvalitetsindikatorer i utvärderingar och uppföljningar av vårdens processer, resultat och kostnader. Inom palliativ vård i livets slutskede har nio nationella kvalitetsindikatorer tagits fram som utgår från den palliativa vårdens fyra hörnstenar. En av dessa indikatorer är samtal om vårdens innehåll och riktning, brytpunktsamtal (Socialstyrelsen, 2013).

Inom akutsjukvården saknas ofta rutiner för samtal kring brytpunkt, vårdens riktning och prognos och sjukvårdspersonal upplever att patienter som skrivs ut från akutsjukhuset inges med falskt hopp om tillfrisknande då de inte fått ”rätt” information. (Gott, Ingleton, Bennett & Gardiner, 2011) Att identifiera när en patient närmar sig, går över i eller redan är i livets slutskede är viktigt både för patient, närstående och för vårdpersonalen. Genom att identifiera tidpunkten och i tid hålla samtal skapas möjligheten för patient och närstående att hinna förbereda sig för livets slutskede (Socialstyrelsen, 2018). Att bedöma hur lång tid patienten har kvar i livet är svårt dock visar det att klinisk erfarenhet tillsammans med sjukdomsbild och funktionskattning gör det möjligt att uppskatta den återstående tiden som tex år, månader, veckor, dagar eller timmar. Vårdpersonal ska bjuda in till samtal så snart det finns tecken på att sjukdomen börjar ta över eller när sjukdomsinriktad behandling inte längre gagnar patienten (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Bristfällig information från vårdpersonal och kommunikation som särskilt rör frågor om vård i livets slutskede hindrar patienterna från att ta en mer aktiv roll och vara mer delaktiga i att hantera sin sjukdom och behandling, fatta beslut och planera för framtiden. Om information och stöd inte ges aktivt av personalen så går patienten ofta miste om det då de själva inte tar sig för och frågar. En anledning till bristfällig kommunikation och information kan vara bristande kunskap hos personalen i att hålla svåra samtal. Patienter önskar en mer öppen kommunikationen i vården och där man tar tillvara på patientens syn och önskemål på tex behandling. Patienter anser att vården blir mer effektiv och samtidigt stärker det möjligheten till att bygga en relation och tillit till personalen. En mer personcentrerad vård genom att ta in patientens perspektiv, önskemål och behov stärker patienten och underlättar beslut kring fortsatt vård och behandling (Selman et al., 2016). För att kunna bedriva en god palliativ vård för patienter som har ett palliativt vårdbehov krävs det att alla inblandade är införstådda med vårdens inriktning och att den medicinska möjligheten till att förlänga livet är begränsat. Att hålla samtal om vårdens innehåll och riktning (brytpunktssamtal) är en rekommendation för hälso- och sjukvården som bedöms särskilt viktig och är rangordnad som prioritet ett då det kan förebygga oro och missförstånd och förbättra livskvaliteten för de personer som är i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013).

Sjuksköterskans ansvar

Att som sjuksköterska ge god omvårdnad till en döende patient samtidigt som akut sjuka patienter behöver vård är utmanande. Arbetet inom akutsjukvården upplevs ofta bli uppgiftsorienterat med fokus på att ”få jobbet gjort” och där det höga tempot kan leda till att den döende patienten får mindre uppmärksamhet (Bloomer, Endacott, O’Connor & Cross, 2013). Sjuksköterskor upplever ofta stress över att de inte har tid att vara hos patienten i den utsträckning de önskar för att verkligen ta reda på vad som är viktigt för patienten (Robinson, Gott & Ingleton, 2014).

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017) ansvarar sjuksköterskan självständigt för omvårdnaden av patienten. Ansvar innebär att ta kliniska beslut som erbjuder människor möjlighet att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa men också att kunna hantera hälsoproblem och sjukdom för att på bästa sätt uppnå välbefinnande och livskvalité livet ut. Sjuksköterskans arbete skall präglas av ett etiskt förhållningsätt där det patientnära arbetet grundar sig i en humanistisk människosyn. Omvårdnadsarbetet leder sjuksköterskan självständigt men också tillsammans i team med andra professioner och med patienten och dennes närstående. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden utifrån patientens fysiska, psykosociala, andliga och kulturella behov och upplevelser i det dagliga livet. En viktig förutsättning för att kunna ge god omvårdnad är att sjuksköterskan kan etablera en förtroendefull relation med patient och närstående med visad respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, vanor, tro, och rätten till självbestämmande. I mötet med patient och närstående måste sjuksköterskan även visa respekt för integritet och värdighet för att kunna uppnå god omvårdnad.

Sjuksköterskor kan känna sig oförberedda och obekväma i sin roll som ansvarig för en döende patient vilket gör att de ibland försöker undvika att konfronteras med patientens närstående för att på så sätt slippa besvara frågor som rör prognos och vad som händer när döden närmar sig. Sjuksköterskor upplever även att det kan vara svårt att se skillnad på en akut dålig patient och en döende patient. I de fall där sjuksköterskan identifierar att en patient är döende leder ofta avsaknaden av beslut från läkaren om att övergå till vård i livets slutskede till att sjuksköterskan känner sig frustrerad (Bloomer, Endacott, O'Connor & Cross, 2013). Hierarkier inom personalgruppen är en bidragande orsak till att sjuksköterskor inte känner sig delaktiga eller lyssnade till när det gäller beslut kring övergången till palliativ vård i livets slutskede (Gott, Ingleton, Bennett & Gardiner, 2011). När beslut om vård i livets slutskede väl tagits upplever många sjuksköterskor att de får ta huvudansvaret för vården. Sjuksköterskor känner sig inte alltid tillräckligt förberedda eller att de finns förutsättningar för att diskutera vårdens utformning tillsammans med närstående (Caswell, Pollock, Harwood & Porock, 2015).

En specialistsjuksköterska inom palliativ vård har specialiserat sig på att vårda patienter med obotlig sjukdom och vård i livets slut där rollen innebär att: stärka, hjälpa och stödja patient och närstående, bygga relationer och verka för en god kommunikation samt hjälpa familjen hitta mening genom att fokusera på livet och acceptera av döden. En specialistsjuksköterska kan med sin kompetens hjälpa teamet identifiera palliativa vårdbehov, klargöra målet med vården för den aktuella patienten samt klargöra varje teammedlems specifika roll. Specialistsjuksköterskan ska självständigt kunna stötta och handleda medarbetare i palliativ vård (Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad & Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Palliativ vård i akutsjukvården

Majoriteten av de som har ett palliativt vårdbehov inom akutsjukvården är den äldre sköra multisjuka patienten med flera återkommande inläggningar på akutsjukhus (Gardiner et al., 2012). De vanligaste orsakerna till inläggning inom slutenvården på akutsjukhus som anses vara "olämplig" sjukhusinläggning är: närstående som vårdar i hemmet som inte längre orkar och hemsituationen blir ohållbar, "rädda liv till varje pris" mentaliteten i samhället och en övertro på den medicinska vården, otillräcklig beviljad hjälp från kommunen samt bristen på vanan och kunskapen inom äldreomsorgen av att vårda äldre med komplex sjukdomsbild. Personal inom hälso- och sjukvården säger själva att många akuta inläggningar skulle kunna undvikas om man arbetade mer förebyggande och planerade vården i god tid för de som är i livets slutskede. Frågan om vad som är en "olämplig" inläggning på akutsjukhus ställs i relation till vad som menas med en god död (Gott et al., 2013). Enligt Cardona- Morrell et al., (2016) erhåller en tredjedel av patienter i livets slutskede icke meningsfulla behandlingar. Till detta räknas aktiva åtgärder som dialys, blodtransfusion, strålbehandling och annan livsuppehållande behandling. Icke meningsfulla läkemedelsbehandlingar inkluderar administration av antibiotika, näringsdropp och olika former av hormonbehandlingar. De vanligaste rapporterade åtgärderna är vård på intensivvårdsenhet, påbörjad hjärtlungräddning och användning av cytostatika de sista sex månaderna av livet.

Resultat från Svenska palliativregistret från september 2016 till augusti 2017 (Melin-Johansson, 2017) visar att akutsjukvården ger palliativ vård av sämre kvalitet. Endast 37 procent av patienter i livets slutskede som avled på akutsjukhus erhöll brytpunktsamtal. Patienter över 85 år får inte brytpunktsamtal i samma utsträckning som yngre åldrar. Statistiken visar även på en skillnad mellan män och kvinnor där kvinnor får brytpunktsamtal i lägre omfattning. Brytpunktsamtal till patienter med cancer ges i högre omfattning än till patienter med demens eller lungsjukdomar. På sjukhus är andelen dokumenterad smärtskattning lägre än inom andra vårdformer och endast en fjärdedel av patienterna fick dokumenterad smärtbedömning under sista levnadsveckan. Övriga symtom som ångest, illamående och förstoppning skattades endast i 14 procent av fallen. En nationell jämförelse visar att akutsjukvården är sämre på att symtomskatta patienter i livets slutskede än andra vårdformer.

Synen på död och döendet i samhället påverkar antalet sjukhusinläggningar och vårdpersonal upplever att bilden i samhället är att döendet är något som förväntas skall ske på sjukhus, kommunalt boende eller inom specialiserad palliativ slutenvård och inte i hemmet. Detta syns även i de familjer där man har planerat i god tid för vård i slutskedet i hemmet, men när det sedan närmar sig så är det svårt att hantera döendet. Vårdpersonal upplever att närstående många gånger insisterar på att ringa ambulans vid försämring på grund av den kultur som finns i samhället att rädda liv till varje pris vilket leder till att många patienter i livets slutskede hamnar på intensivvårdsavdelning istället för att erhålla palliativ vård i livets slutskede (Gott et al., 2013).

En anledning till att detta sker kan bero på sjukvårdens bristande kommunikation i att samtala kring prognos med patienter som har en begränsad tid kvar i livet. Det kan även bero på den kultur som råder inom akutsjukvården där inriktningen är att ”fixa” det akuta problemet utan att ägna tillräcklig uppmärksamhet på hela patientens hälsotillstånd (Gott et al., 2013)

Något som försvårar och är utmanande för akutsjukvården är bristen på kontinuitet på vårdpersonal och samordning av vården. Detta gör att många patienter blir osäkra på vilken roll de har och vilket team som ansvarar för just dem. Patienter vill ofta inte ”störa” personalen som upplevs stressade och upptagna och avstår då från att be om hjälp. Ett beteende som också kan vara kulturellt betingat framförallt hos den äldre generationen. Slutenvården kan ses av patienter och närstående som en omtumlande och förvirrad plats där vården upplevs gå ut på att komma in, behandlas och sedan snabbt skrivs ut. Vården bygger på att följa riktlinjer, checklistor och snabba flöden vilket kommer i konflikt med de behov som finns hos patienter med allvarlig kronisk sjukdom. Sjukhusmiljön upplevs dessutom av många patienter och närstående som bullrig och stressig och inte som ett lämpligt ställe att dö på. Många vittnar om känslan att man glöms bort och det är ont om utrymmen för att kunna ha enskilda samtal med både personalen men också med sin familjemedlem (Selman et al., 2016).

Att inte ha tillgång till avskildhet vid svåra samtal upplevs av närstående som utlämnande då samtalen tvingas tas i en publik miljö som tex korridoren. Bristen på enkelrum inom akutsjukvården gör också att patienter i livets slutskede många gånger vårdas i flersal vilket stressar närstående dels att inte få lugn och ro men också en oro över att medpatienterna på salen skall störa den döende om medpatienten är tex förvirrad och orolig. Närstående visar även oro för att medpatienterna skall blir oroliga över att vårdas bredvid någon som är döende och hur det skall påverka dem (Robinson et al., 2014) Inom akutsjukvården visar studier att det förekommer bristande kännedom kring de vårdprogram och kunskapsstöd som finns inom palliativ vård (Gott, Ingleton, Bennett & Gardiner, 2011; Lind, Wallin, Brytting, Fürst & Sandberg, 2017). Melin-Johansson (2017) menar att fortbildning i palliativ vård och kunskap om palliativt förhållningssätt saknas och att den prioritering, tid och omvårdnad som döende patienter behöver är svår att bemöta i en vårdmiljö fokuserad på kurativ vård och livsförlängande behandling. Vårdpersonalen upplever att palliativ vård är en del av det dagliga arbetet men de känner en osäkerhet och önskar mer utbildning och stöd. På ledningsnivå har det visat sig att man inte har samma bild utan menar att palliativ vård är något som främst äger rum inom den specialiserade palliativa vården. Ett hinder för att kunna bedriva en god palliativ vård är den vårdkultur som finns inom akutsjukvården idag som präglas av hög arbetsbelastning, otillräcklig kommunikation och brist i teamarbetet till följd av en hög personalomsättning och inhyrd personal (Lind et al., 2017). Ett annat hinder enligt Weil et al., (2015) är att tolkningen av begreppet *palliativ vård* kan skilja sig mellan professionerna och ofta likställs med vård som endast sker i livets absolut sista timmar eller dagar. Detta kan leda till missförstånd och kommunikationsproblem mellan professionerna, patient och närstående.

I akutsjukvården idag arbetar man mer och mer mot olika tidsmål med bland annat fokus på att patienterna inte skall vistas längre än fyra timmar på akuten eller att utskrivningar skall ske före 11 på vårdavdelningarna, allt för att frigöra vårdplatser. Detta gör att vården idag inte är individanpassad för framförallt den äldre patienten med komplex sjukdomsbild (Selman et al., 2016).

Teoretisk ramverk -De fyra hörnstenarna i palliativ vård

Utifrån människovärdesprincipen samt WHO:s definition av palliativ vård fastslog en kommitté från Statens offentliga utredningar, (2001:6) att den palliativa vården ska vila på de fyra hörnstenar som utgör centrala begrepp inom den palliativa vårdfilosofin, symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och relation och stöd till närstående.

De fyra hörnstenarna i palliativ vård kommer att användas för att strukturera, se och tolka det insamlade datamaterialet i studien.

Symtomkontroll

Symtomkontroll innebär att med hänsyn till patientens integritet och autonomi lindra smärta och andra svåra symtom. Symtomkontrollen omfattar både fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov. I livets slutskede har omvårdnaden i relation till de grundläggande behoven en allt viktigare roll. Att ge god symtomlindring och att främja välbefinnande är de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av svårt sjuka och döende patienter. Omvårdnadsåtgärder för att lindra olika symtom kan vara till exempel lägesförändringar, lugnande miljö och beröring vid ångest eller smärta. Inom den palliativa vården har medicinsk teknik och symtomlindring utvecklats mycket under senare år, däremot har inte kunskapen om omvårdnad utvecklats i samma omfattning. (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Lindqvist et al. (2013) visar i sin studie om läkemedelsbehandling i palliativ vård att det finns fyra läkemedel som är nödvändiga för god vård i livets slutskede: en opioid, förslagsvis morfin, en bensodiazepin, midazolam rekommenderas då det är snabbverkande, ett antipsykotiskt läkemedel som Haldol vilket även är effektivt mot illamående, delirium och hallucinationer och ett läkemedel med antikolinerg effekt till exempel Robinul. På det aktuella akutsjukhuset ingår Morfin, Midazolam, Haldol, och Robinul i det så kallade ”palliativa paketet” som finns att tillgå i läkemedelsmodulen under ”favoritordinationer”. För att kunna förbygga och tidigt upptäcka symtom hos patienter i palliativ vård krävs ett systematiskt arbete med symtomskattning vilket i sin tur ökar förutsättningarna för att uppnå en optimal symtomlindring. Patientens upplevda symtom kan skilja sig från bedömningar som utförs av andra, till exempel av vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2016).

Teamarbete

Teamarbete i palliativ vård innebär att ett multiprofessionellt team ska finnas tillgängligt kring patienten. För att möjliggöra ett helhetsperspektiv på patientens lidande krävs samarbete mellan personal med olika kompetenser, ett multiprofessionellt team (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Att arbeta i team är en förutsättning för god palliativ vård där nyckelpersonen är patienten själv (Johnston, 2005). Utformningen av teamet bör utgå ifrån patientens och närståendes behov och inte utifrån organisationen. Medlemmarna och kompetensen i teamet kan därför variera eftersom behovet styr utformningen (Axelsson, 2016). Grundförutsättningarna för ett fungerande samarbete i teamet är tydlig kommunikation som stöttas av dokumenterade bedömningar, ordinationer och behandlingsstrategier (Axelsson, 2016; Johnston, 2005). För att uppnå ett bra teamarbete krävs att alla teammedlemmar är medvetna om sina egna brister och kunskapsluckor, har en förståelse för andra medlemmars profession och kunskap samt att alla teammedlemmar har ett gemensamt mål (Johnston, 2005).

Enligt Klarare, Lundh Hagelin, Fürst och Fossum (2013) förekommer det att olika professioner inom teamet inte sällan har olika mål med vården och att teammedlemmar upplever att det inte alltid finns en förståelse för den kunskap ens profession innebär. I teamet förekommer ibland okunskap kring vad de andra professionerna har för kunskap och vad som ingår i var och ens ansvar.

Kommunikation och relation

Kommunikation och relation innebär en god inbördes kommunikation och relation inom och mellan arbetslag och i förhållande till patienten och dennes närstående i syfte att främja patientens livskvalitet. Kommunikation är ett centralt begrepp i palliativ vård som kan påverka symtomkontroll och patientens delaktighet. En ärlig kommunikation bidrar till ökad livskvalitet och välbefinnande (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Hälso- och sjukvården rekommenderas att samtal kring vårdens inriktning förs kontinuerligt under hela sjukdomsprocessen då det kan förebygga oro och missförstånd. Hur många samtal som behövs styrs av patientens tillstånd och hur lång tid patienten har kvar att leva (Socialstyrelsen, 2013). Kommunikation i palliativ vård handlar inte bara om att ge information, utan snarare om ett informationsutbyte där patienten blir delaktig genom att bli lyssnad till samt får sina känslor bekräftade. Kommunikation kan ske både verbalt och icke verbalt. För att kunna skapa förtroende och tillit i relationen med patient och närstående krävs att ord och handling överensstämmer (Lugton, Frost & Scavizzi, 2005).

Stöd till närstående

Närstående har ofta en betydande roll i vården av den som är sjuk och kan känna förväntningar från patienten, från andra familjemedlemmar, vänner och vårdpersonal. Egna behov, intressen och den egna hälsan prioriteras bort. Många gånger vill närstående inte själva påtala sina egna behov av stöd eftersom de inte vill ta tid, uppmärksamhet eller resurser från den som är sjuk (Henriksson, 2013).

Närståendes närvaro är betydelsefull samtidigt som de måste få stöd i sin sorg. Närstående behöver få känna sig delaktiga och välinformerade (Milberg, Strang och Jakobsson, 2004). Enligt Milberg (2013) visar studier att det som närstående värdesätter vid vård vid livets slutskede är trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och attityden hos personalen samt kompetens.

Problemformulering

Palliativ vård är enligt socialstyrelsen ett prioriterat vårdområde likställd med livshotande akuta tillstånd. Palliativ vård skall erbjudas alla patienter som är i behov av det oavsett ålder och diagnos. Inom dagens akutsjukvård vårdas allt fler äldre personer med flera olika kroniska diagnoser och där sjuksköterskan dagligen möter patienter i livets slutskede. Allmän palliativ vård ska kunna ges på alla vårdenheter men det ställer krav på att all personal har grundläggande utbildning i palliativ vård och vet när olika insatser bör erbjudas eller när man bör avstå. Det naturliga döendet ses ofta som ett misslyckande och studier visar att patienter som befinner sig i livets slutskede på akutsjukhus får en sämre vård. Att som sjuksköterska möta döende patienter i en miljö som fokuserar på kurativ vård och livsförlängande behandling är en stor utmaning. Med tanke på tillväxten av äldre i befolkningen framförallt personer över 80 år kommer antalet patienter med olika kroniska livshotande sjukdomar sannolikt att öka. Det finns i dag stora brister kring kunskap, bemötande och symtomhantering samt möjligheten till en ”god död” på akutsjukhus. För att sjuksköterskan ska ges möjlighet att kunna ge god omvårdnad i livets slutskede inom akutsjukvården krävs mer djupgående kunskap kring sjuksköterskans upplevelse av att vårda döende patienter. Med studiens innehåll och resultat önskar författarna kunna bidra med kunskap som kan användas till förbättringsarbete med syfte att öka kvaliteten på den vård som ges i livets slutskede i akutsjukvården samt stärka sjuksköterskan i sin profession.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården.

METOD

Ansats

Enligt Polit och Beck (2017) är kvalitativ ansats lämplig då författaren eftersöker undersöknings personers subjektiva upplevelser i olika sammanhang.

Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede är därmed en kvalitativ ansats lämplig.

Urval

Enligt Polit och Beck (2017) sker urvalet inom kvalitativ forskning vanligen genom icke randomiserade/icke slumpmässiga urval. För att säkerställa ett rikt och informativt material har författarna använt sig av ändamålsenligt urval vilket innebär att valet av informanter görs medvetet utifrån förbestämda kriterier. Inklusions kriterier för studien var att sjuksköterskan ska ha arbetat minst ett år inom akutsjukvården (på det aktuella sjukhuset) så hen sannolikt har hunnit få erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede och därmed kan bidra med rik och varierad information motsvarande studiens syfte. Inga övriga inklusions eller exklusionskriterier som till exempel ålder eller kön har använts vid urvalet av informanter. För att få en större variationsbredd i resultatet intervjuades sjuksköterskor från fem olika avdelningar inom kliniken då studiens syfte inte fokuserar på enskilda diagnoser. Kliniken valdes ut då det är den klinik som har flest antal dödsfall per år på det aktuella sjukhuset. Då författarna arbetar som biträdande vårdenhetschefer inom kliniken tog författarna kontakt med respektive vårdenhetschef på de fem utvalda avdelningarna och bad dessa tillfråga en till två sjuksköterskor som uppfyllde urvalskriterierna om de ville delta i studien. Sophiahemmetets högskola rekommenderar mellan fem och tio informanter till kvalitativa studier. Polit och Beck (2017) anser att vid kvalitativa intervjustudier är det inte antalet intervjuer utan kvaliteten på den insamlade data som är avgörande. De menar att det inte finns några fasta regler för urvalets storlek. Utifrån detta intervjuades åtta sjuksköterskor inklusive pilotintervjun. Informanterna bestod av sju kvinnor och en man. Ingen av informanterna hade längre erfarenhet inom yrket, vanligast var ett till tre års erfarenhet som sjuksköterska. Ingen av informanterna hade någon specialistutbildning inom palliativ vård.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod använde vi oss av semistrukturerade intervjuer eftersom de ger informanterna möjlighet att prata fritt och att kunna ge rika beskrivningar utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2017).

Denna intervjumetod är att föredra då intervjuaren vet vilka frågor de vill ställa men de kan inte förutsäga vilka svar de får. Genom intervju som metod tillåts undersökningspersonen med egna ord berätta sin upplevelse och erfarenhet. Metoden innebär en insamling och systematisering av kunskap med syftet att nå djupare förståelse för det problem som studeras (Forsberg & Wengström, 2015). Enligt Jakobsson (2011) benämns intervjupersonen vid datainsamling i kvalitativa studier för informant. Författarna har valt att använda begreppet informant vid hänvisning till den intervjuade sjuksköterskan.

Intervjuare rekommenderas att använda en skriftlig intervjuguide med öppna frågor som inte enbart kan besvaras med ”ja” eller ”nej”. Intervjuarens roll är att uppmuntra informanterna att prata fritt om alla ämnen för att kunna få rika beskrivningar utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Intervjuguiden (Bilaga A) är skapad utifrån studiens teoretiska ramverk, de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Författarna inledde intervjuerien med en pilotintervju för att prova ut intervjuguiden. Då intervjun gick bra och gav rikligt med material utifrån studiens syfte beslutade författarna att inte göra några ändringar på intervjuguiden.

Intervjuerna ägde rum i december 2018 och januari 2019 efter examinatorns godkännande av projektplanen samt verksamhetschefens godkännande av kliniken deltagande i studien (Bilaga B). De sjuksköterskor som var intresserad av att delta i studien fick informationsbrevet (Bilaga C) överlämnat av vårdenhetschefen. Alla intervjuer inleddes med en muntlig genomgång av studiens syfte samt en upprepning av information rörande konfidentialitet och rätten till att avbryta sitt deltagande när som helst under studien. Varje intervju inleddes med en öppen fråga ”vad har du för upplevelser av att vårda döende patienter här på akutsjukhuset?” Därefter följdes intervjuguiden utifrån de fyra hörnstenarna, vid behov ställdes följdfrågor som till exempel ”kan du beskriva vad du menar?” eller ”hur menar du då?”. Intervjuerna avslutades alltid med ”har du något mer att ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun?” Intervjuerna varade mellan 14–28 minuter. Författarna genomförde en intervju tillsammans, övriga intervjuer delades upp mellan författarna. Intervjuerna genomfördes i ett förbokat grupprum i anslutning till aktuell klinik eller i ett enskilt rum i anslutning till respektive avdelning. För att inte gå miste om information ljudinspelades alla intervjuerna på ett digitalt fickminne. Direkt efter varje avslutad intervju fördes inspelningen över på en dator med kodlås därefter raderades intervjun omedelbart från fickminnet för att sedan transkriberas ordagrant.

Dataanalys

Författarna genomförde en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2017) metod för att granska och tolka utskriften av de inspelade intervjuerna. Den metodologiska ansatsen var deduktiv. Deduktiv ansats innebär att dataanalysen sker utifrån en sedan tidigare utarbetad modell eller teori (Elo & Kyngäs, 2007). De fyra hörnstenarna i palliativ vård är inte en uttalad omvårdnadsteori utan bygger på ett antal bärande begrepp. Författarna har valt de fyra hörnstenarna i palliativ vård som teoretiskt ramverk med anledning av att det utgör grunden i den palliativa vårdfilosofin och för att underlätta databearbetningen.

Då det inom omvårdnadsforskning är vanligt att använda sig av ett mer begreppsmässigt ramverk för att organisera och strukturera studiers upplägg (Polit & Beck, 2017) ansåg författarna att de fyra hörnstenarna i palliativa vård var passande utifrån studiens syfte. En kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter såsom utskriften av inspelade intervjuer. Analysen sker stegvis med fokus på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i textinnehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Varje intervju transkriberades ordagrant av författarna.

Enligt Danielsson (2014) börjar analysen av insamlade data redan vid transkriberingen av varje intervju. Att både skriva och lyssna samtidigt ger en upprepning av intervjusituationen. Att höra informanternas nyanser i talet eller längre uppehåll i sina beskrivningar kan ge författaren bättre förståelse för informanternas upplevelser. Allt material lästes sedan igenom ett flertal gånger av författarna var för sig för att bli bekanta med materialet samt att få en första helhetsbild. Sedan lästes dem igenom igen med de fyra hörnstenarna i åtanke. Meningar eller fraser som innehöll information som svarade mot de fyra hörnstenarna identifierades och kodades med hjälp av färgpennor, en färg för varje hörnsten.

Dessa färgkoder klipptes sedan ut och placerades i högar utifrån hörnstenarna. Utklippen lades sedan i kuvert med respektive färgkod på framsidan. Varje urklipp markerades med nummer på baksidan för att kunna härleda vilken sjuksköterska som sagt vad men även för att säkerställa att alla sjuksköterskors upplevelser presenterades i resultatet. De färgkodade meningarna kondenserades sedan till kortare meningsbärande enheter vilket innebär att göra texten kortare och mer lätthanterlig utan att gå miste om det centrala innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Författarna använde sig av en kategoriseringsmatris (Bilaga D) för att underlätta analysarbetet. Den kondenserade texten försågs sedan med en kod i form av ett eller ett par ord som beskriver meningens innehåll. Koderna placerades in i respektive kategori, de fyra hörnstenarna i palliativ vård (Bilaga E). Viktiga delar av texten har illustrerats med lämpliga citat. Elo och Kyngäs (2007) menar att för många citat i resultatet kan tyda på att resultatet är ofullständigt bearbetat därför har antalet citat noga övervägts av författarna. Genom hela analysarbetet hade författarna syftet och de fyra hörnstenarna nedskrivna på en lapp framför sig för att säkerställa att analysarbetet svarade mot syftet och att innehållet passar till kategorierna.

Forskningsetiska övervägande

För att kunna genomföra studien kontaktades klinikens verksamhetschef (Bilaga B) samt vårdenhetschefer för de avdelningar där potentiella informanter (sjuksköterskor) arbetar för att få godkännande. Sjuksköterskorna har erhållit både skriftlig (Bilaga C) samt muntlig information om studiens tillvägagångssätt och syfte samt hantering av data. All data om personer som ingår i studien styrs av konfidentialitet och sekretess vilket bland annat innebär att obehöriga inte ska ha tillgång till det insamlade materialet (Vetenskapsrådet, 2017). Personer ska inte kunna kännas igen när resultatet av studien presenteras (Elo & Kyngäs, 2007). Personer som ingår i studien har erhållit både skriftlig och muntlig information i god tid om studiens syfte, upplägg, metod och förväntad nytta. Namn, adress och telefonnummer till forskaren ingick i denna information.

Informanterna erhöll information om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång utan några negativa följder (Olsson & Sörensen, 2011). Varje informant fick även skriva på ett informerat samtycke. Författarna har erhållit etiskt tillstånd från Sophiahemmet högskolas etiska råd att utföra intervjuerna i enlighet med projektplanen.

I den kvalitativa forskningsintervjun finns en asymmetrisk maktbalans som forskaren behöver vara medveten om. Forskaren definierar och kontrollerar intervjusituation och samtalet kan inte ses som ett samtal mellan likställda parter. Samtalet skiljer sig från det vardagliga samtalet där forskaren besitter en vetenskaplig kompetens, är styrande i vilka frågor som ställs och hur de ska följas upp samt bestämmer när intervjun är slut. Forskaren har vanligen ensamrätt på tolkningen av det som sägs av informanten under intervjun. Det finns en risk att forskningsintervjun har en mer eller mindre dold agenda som informanten är omedveten om och det kan påverka resultatet (Kvale & Brinkmann, 2014). Vidare menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017) för att visa trovärdigheten i sitt resultat behöver forskaren vara medveten om hur den egna förförståelsen för det beskrivna fenomenet har satt sin prägel på tolkningen av resultatet. Förförståelsen inkluderar tidigare erfarenheter, teoretisk kunskap men även förutfattade meningar.

Båda författarna arbetar själva inom akutsjukvården och har därmed egna erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede i en akutvårdsmiljö. Författarna har tillsammans diskuterat sin förförståelse innan intervjuerna påbörjades för att synliggöra förförståelsen för sig själv och varandra och för att minimera risken att påverka resultatet under analysprocessen.

RESULTAT

Resultatet baseras på åtta intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på ett akutsjukhus i Mellansverige. Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier som utgörs av de fyra hörnstenarna i palliativ vård, sjuksköterskans upplevelse av symtomkontroll, sjuksköterskans upplevelse av teamarbete, sjuksköterskans upplevelse av kommunikation och relation samt sjuksköterskans upplevelse av stöd till närstående.

Sjuksköterskans upplevelse av symtomkontroll

Samtliga sjuksköterskor beskrev det färdiga palliativa läkemedelspaket som finns att tillgå på sjukhuset. När väl brytpunktsamtalet är genomfört och beslut om palliativ vård i livets slutskede är taget så upplever sjuksköterskorna att läkare inom kort sätter in de läkemedel som finns i läkemedelspaketet. Samtidigt framhåller sjuksköterskorna att medicinskt symtomlindrande åtgärder sätts in för sent i förloppet och att det oftast är sjuksköterskorna själva som måste initiera att de palliativa läkemedlen ordinerar.

Sjuksköterskorna ansåg att utan tillgång till symtomlindrande läkemedel så har sjuksköterskan inte möjlighet att ge adekvat symtomlindring. När väl dessa läkemedlen är insatta så upplevde sjuksköterskorna att man då fått de resurser som behövs för god symtomlindring. Sjuksköterskorna, framförallt de mindre erfarna nämnde en osäkerhet kring vad och hur mycket man kan ge av respektive läkemedel medan mer erfarna sjuksköterskor uppgav att de kände sig mer trygga med att ge vad som behövs.

Sjuksköterskorna upplevde att de får stöd både från läkare och sina sjuksköterskekollegor vad gäller hjälp med både administrering och doser. Känslan av att få stöd av läkaren upplevdes av sjuksköterskorna både som en trygghet och viktigt för att våga ge de doser som faktiskt behövs för att uppnå en optimal symtomlindring.

Sjuksköterskorna ansåg att de symtomskattar patienter som befinner sig i livets slutskede men inte på ett strukturerat sätt med validerade skattnings instrument utan de går mer på sin känsla, egna tolkningar och använder sin ”kliniska blick”. Sjuksköterskorna beskrev att symtomskattningen utgår från patientens uttryck såsom grimas i ansiktet, att patienten uttrycker sig verbalt eller är motoriskt orolig. Ingen av sjuksköterskorna nämner något validerat symtomskattningsinstrument. Sjuksköterskorna ansåg själva att de inte dokumenterar symtom eller utvärderar given symtomlindring som de borde.

Vi alla kollar om dom har ont så klart fast vi inte registrerar det någonstans (Intervju, 2).

Sjuksköterskorna beskrev att det som försvårar uppföljning och utvärdering av till exempel given smärtlindring är den ständiga omprioriteringen som uppstår på en akutvårdsavdelning där du som sjuksköterska kan vara borta från din patient längre stunder.

Men då är det som sagt dom där dagarna då man kanske inte har tid för patienten att då kan det vara till exempel en patient som har smärta men jag har så mycket annat att göra och då blir det lite tyvärr att man kanske prioriterar bort den personen vilket är jättetråkigt (Intervju, 3).

Sjuksköterskorna uppgav att de har erfarenhet av att läkare ibland avstår från att ordinera alla rekommenderade läkemedel som finns i läkemedelspaketet, om patienten inte uppvisar alla symtom vid ordinationstillfället. De läkemedel som i först hand sätts in är läkemedel mot smärta och oro medan läkemedel mot illamående och rosslighet ibland väljs bort initialt. Att inte ha tillgång till alla läkemedel som rekommenderas beskrevs av sjuksköterskorna som något som försvårar och fördröjer symtomlindringen framför allt under jourtid. Provtagningar, undersökningar och behandlingar som inte upplevs leda till något samt fokus på att åtgärda bakgrunden till symtomet istället för att samtidigt lindra symtomet bidrar också till fördröjning av symtomlindring enligt sjuksköterskorna.

Om man har vid behov då kräver ju det ganska mycket närvaro hos patienten och om man inte har det så kan man ju missa, att det går en längre tid utan att man får den symtomlindring man behöver (Intervju, 1).

En reflektion som framkom med att läkemedelspaketet endast innehåller ordinationer att ge vid behov är att administrering sker först vid uppvisat symtom vilket i sig förutsätter att sjuksköterskan har hög närvaro hos patienten för att identifiera dessa. Att ha hög närvaro hos patienten upplevde sjuksköterskorna vara svårt att uppnå i en akutmiljö.

Sjuksköterskans upplevelse av teamarbete

Att vårda döende patienter upplevdes tudelat på så sätt att sjuksköterskorna hade både bra och dåliga erfarenheter som ofta berodde på vem man arbetade tillsammans med. Sjuksköterskorna i studien upplevde att de dagligen ställs inför svåra etiska dilemman där hen ständigt måste omprioritera och omvärdera omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskorna uppgav att de är måna om att göra sitt bästa utifrån sin kunskap och sitt kompetensområde och att de försöker se hela patienten och närståendes behov men att det på en akutmiljö inte alltid finns utrymme att ge den vård man önskar att man kan ge.

Vissa dagar har man jättemycket tid till att ägna till en sådan patient och vissa dagar är det en sådan patient som glöms bort tyvärr (Intervju, 3).

Sjuksköterskorna i studien uttryckte frustration och att man kan må dåligt över att teamarbetet kring den döende inte alltid fungerar som det ska. Sjuksköterskorna upplevde att de ofta får kämpa för att ge sin syn på patientens tillstånd utifrån omvårdnadsperspektivet till exempel att patienten mår sämre, inte vill äta, inte vill upp och mobiliseras, att patienten uttrycker själv att de inte vill mer, att de blir tröttare och vill ingenting. Sjuksköterskorna upplevde att hur mycket de än försöker vill läkarna ofta vänta med beslut om att övergå till vård i livets slutskede. När sjuksköterskorna vill övergå till symtomlindrande vård så upplevde de att läkaren vill fortsätta med till exempel vätska och antibiotika trots att sjuksköterskorna bedömer att patienten inte gagnas av detta.

Det är någonting med den här palliativa omvårdnaden, där vi hamnar i någon slags situation att vi nästan aldrig är överens. Allra helst skulle jag se att vi hade planen glasklar liksom från alla håll så att alla stod på samma ben och visste precis vad vi gjorde (Intervju, 5).

Det som sjuksköterskorna upplevde frustrerande var att inte vara överens med läkaren om målet med vården, att det saknas samsyn. Många gånger blir det återkommande diskussioner som resulterar i att beslut om att övergå till palliativ vård i livets slutskede skjuts upp vilket påverkar sjuksköterskornas möjlighet att ge god omvårdnad i livets slut.

Omvårdnadsteamet närmast patienten, sjuksköterska och undersköterska upplevdes ha ett närmare samarbete och en samsyn kring när livet går mot sitt slut. Sjuksköterskorna lyfte undersköterskan som en viktig teammedlem som utgör en trygghet med sin kunskap och sitt engagemang i omvårdnad och då särskilt i omvårdnaden av patienter som befinner sig i livets slutskede.

Undersköterskorna är ju fantastiska vad dom än gör känns det som (Intervju, 7)

Det nära samarbetet med undersköterskorna beskrevs som avlastande då undersköterskan ger uppdatering och återkoppling om patientens status och behov av symtomlindring. Sjuksköterskorna känner att de i större utsträckning har ett helhetsperspektiv runt patienten medan de upplever att läkare har mer fokus på värden och provsvar. Professionernas olika fokus beskrevs av sjuksköterskorna som ett hinder att nå samsyn kring vårdens innehåll och riktning.

Det saknas respekt för den kunskap som finns i omvårdnads professionen om man säger så och tillit till den kompetensen som särskilt finns hos sjuksköterskorna att göra den här bedömningen (Intervju, 4).

Sjuksköterskorna uttryckte dock att det generellt finns ett bra samarbete i teamet gällande alla patientkategorier där man upplevde att alla hjälps åt, det är högt i tak och diskussionen ger utrymme för professionernas olika synsätt. Sjuksköterskorna ansåg att dialogen ofta är öppen och att de har möjlighet att framföra de hen ser utifrån omvårdnadsperspektivet. När teamet väl har nått samsyn kring vård innehållet fungerar teamarbetet runt den döende patienten bra, det är vägen dit som skapar frustration hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna i studien upplevde att det saknas grundläggande kunskap om palliativ vård både inom den egna professionen men även hos läkare. Det framkom en osäkerhet kring vad som är respektive professions ansvar. Flera av sjuksköterskorna berättade att de som nytexaminerade kände sig osäkra, oförberedda och att det till och med kan upplevas som "läskigt" att möta döende patienter och närstående. Att ha erfarna kollegor runt om kring sig ansågs vara ett stöd och en förutsättning för att som nytexaminerad sjuksköterska våga vårda patienter i livets slutskede.

Till en början när jag var nytexaminerad sjuksköterska så tyckte jag att det var jättejobbigt (Intervju,5).

De sjuksköterskor som ansåg sig erfarna beskrev att de ofta får agera som mentor och att oerfarna kollegor söker stöd och bekräftelse i den palliativa omvårdnaden. Sjuksköterskorna efterfrågade enhetliga riktlinjer då upplevelsen är att olika avdelningar och kliniker har kommit olika långt i att utveckla arbetssätt kring palliativ vård på sjukhuset.

Sjuksköterskans upplevelse av kommunikation och relation

Att vårda patienter i livets slutskede upplevde sjuksköterskorna som mer tidskrävande när det kommer till kommunikation och att skapa en bra relation till patient och närstående. En sjuksköterska beskrev det som att hen behöver växla tempo och se patienten och närstående på ett helt annat sätt än i den akuta vården. Sjuksköterskorna ansåg att tidsbristen och brister i miljön som till exempel avsaknad av samtalsrum är ett hinder för att skapa en bra och trygg relation. En åsikt som tydligt framkom i studien var att sjuksköterskorna upplever att patienterna och närstående får brytpunktsamtal för sent. När brytpunktsamtalet tas sent i skedet är patienten oftast så pass dålig att hen inte kan medverka vilket innebär att brytpunktsamtalet för det mesta tas med enbart närstående.

Så många brytpunktsamtal med patienten tas ju inte, vilket är synd (Intervju, 6).

Sjuksköterskorna beskrev erfarenhet av att hamna i svåra samtal i det dagliga arbetet med patienter och närstående. Dessa samtal uppstår ofta på kvällar och helger när närstående är på besök och läkare inte finns tillgänglig på avdelningen. Sjuksköterskorna uppgav att de sedan försöker signalera till läkaren att brytpunktsamtal behövs men att det ofta drar ut på tiden av oklar anledning. Bristen på kommunikation och kontinuerlig dialog kring vårdförloppet ansåg sjuksköterskorna själva är anledningen till att patient och närstående blir mindre delaktiga i de beslut som tas i vården. Konsekvensen av det enligt sjuksköterskorna blir att brytpunktsamtal ibland måste tas akut på jourtid av läkare som inte är fullt insatt i patientens situation och att det tenderar till en mer upprörd situation där närstående inte är förberedda på vad som händer och får svårare att acceptera situationen.

Brytpunktsamtal det är något som vi sjuksköterskor pratar med läkarna om och som dom kanske drar sig lite för att göra, det är min upplevelse (Intervju, 7).

De sjuksköterskor som arbetar på en avdelning med högre personaltäthet upplevde i större utsträckning att läkaren oftare tar sig tid för brytpunktsamtal. Sjuksköterskorna kände att det inom teamet många gånger finns en gemensam bild om att patientens prognos är dålig, men att man förmedlar en annan bild till närstående genom att sätta in ”botande” åtgärder såsom dropp och antibiotika samtidigt som det inte talas om den dystra prognosen.

Man ser väldigt mycket tycker jag i alla fall, speciellt dom äldre dom orkar inte tjafsa emot och då blir det att man gör gastroskopi en vecka innan dom dör och det blir en massa grejer som jag tror inte den patienten hade velat det här egentligen och vad gynnar det patienten i slutändan (Intervju, 1).

Sjuksköterskorna beskriver situationen frustrerande när äldre multisjuka patienter kommer in till akutsjukhuset och förväntningarna om bot och bättring finns hos närstående trots en längre tids försämring. Upplevelsen är att vården tenderar att trappas upp trots att prognosen är dålig vilket resulterar i till exempel ”anhörigdropp”, ”anhörigpeg”, undersökningar och provtagningar som enligt sjuksköterskorna inte gagnar patienten. När brytpunktsamtalen väl genomförts och beslut om palliativ vård i livet slutskede är taget upplevde sjuksköterskorna att det många gånger kommer som en chock för närstående då de inte förstått allvaret i situationen.

Sjuksköterskans upplevelse av stöd till närstående

Sjuksköterskorna ansåg att stöd till närstående är en viktig del i den palliativa vården och att det är något de vill prioritera. Sjuksköterskorna ansåg att närstående har stor betydelse för vården kring patienten som befinner sig i livets slutskede. Att närstående får kontinuerlig information om patientens tillstånd upplever sjuksköterskorna bidrar till att närståendes tillit till vården ökar samt att sista tiden blir lugnare.

Det är ju helt avgörande om man ska få med sig anhöriga så inte anhöriga får någon känsla av att vården tar livet av sin anhörige utan att det är det här som händer i en döendeprocess och verkligen fånga upp att man har förstått det som anhörig för då infaller ju ett annat lugn såklart (Intervju, 4).

Sjuksköterskorna ansåg att förutsägningarna för att kunna ge ett bra stöd till närstående är att man har en samsyn kring målet med vården och att detta är väl förankrat i teamet. Att bemöta oroliga närstående försvåras när teammedlemmarna inte är överens eller har samma bild av situationen. Det framkom i flera intervjuer en markant skillnad mellan sjuksköterskors upplevelser av möjligheten till läkarsamtal för närstående. Några sjuksköterskor upplevde att läkarna förstår behovet av att ge närstående kontinuerlig information och att de tar sig tid och prioriterar samtal med närstående, även på jourtid. Samtidigt som andra sjuksköterskor beskrev en helt annan bild där man upplever att närståendesamtal prioriteras bort av läkare till förmån för mer akut sjuka patienter som inte befinner sig i livets slutskede. Det framkom även att sjuksköterskan sällan är med vid brytpunktsamtal. Sjuksköterskorna upplevde att efter brytpunktsamtalen är genomfört uppstår ändå många svåra och utmanande situationer i mötet med närstående där sjuksköterskorna beskrev en svårighet i att svara på frågorna kring till exempel nutrition.

Dokumentationen om brytpunktsamtalet beskrevs som skral och det försvårar för sjuksköterskorna att ge ett bra närståendestöd då information saknas om vad som sagts och vad som är överenskommet under samtalet.

Sen är det väl vissa som har svårt att acceptera det och svårt att släppa greppet och inte riktigt förstår varför och jag tror mest att det är en chock för dom anhöriga. Inte att dom inte är informerade utan att dom har svårt att acceptera det (Intervju, 8).

Sjuksköterskornas syn på hur de kan vara ett stöd för närstående var att finnas till, att bara vara medmänniska, att vara ett känslomässigt stöd, att ta sig tid att bara prata, att ställa frågor om "hur kan jag hjälpa till?" Ofta handlar det inte om avancerade medicinska frågor utan mer praktiska frågor och frågor som rör själva döendeprocessen. Sjuksköterskorna upplever att de behöver ställa om i sitt sätt att vara i bemötande med närstående och att förhållandesättet blir mer ödmjukt med fokus på vänlighet i vården kring den döende patienten. Det framkom att sjuksköterskorna upplever att det saknas kunskap, erfarenhet och verktyg för att på ett professionellt sätt bemöta närstående i palliativ vård och att endast medmänsklighet inte alltid räcker när närstående till exempel befinner sig i chock.

Tidsbrist, stress, andra sjuka patienter konkurrerar med det här lugna, fina tempot som man vill att en palliativ patient ska få känna (Intervju, 2).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet bygger på de fyra hörnstenarnas begrepp, symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och relation och närståendestöd.

Utifrån hörnstenen symtomkontroll visar föreliggande studie att sjuksköterskorna har stark tilltro till läkemedel vid vård i livets slutskede och att de upplever att det är först när palliativa läkemedel finns ordinerade som de fått resurser för symtomlindring. Sjuksköterskorna beskrev att symtomlindringen försvåras och fördröjs när de inte har tillgång till de palliativa läkemedlen samtidigt som de inte nämner vilka eventuella omvårdnadsåtgärder de själva kan göra i väntan på att läkemedel ordinerar. Endast en av dem nämner en omvårdnadsåtgärd för att lindra patientens symtom. Det är oklart varför omvårdnadsåtgärder inte nämns mer. Det höga arbetstempot och att ständigt behöva omprioritera sina arbetsuppgifter anser författarna kan vara en bidragande orsak till att omvårdnaden "glöms bort".

Akutsjukvården är medicinskt inriktad med fokus på snabba flöden och åtgärder (Selman et al., 2016) och författarna tror att det kan bidra till att omvårdnaden tappas bort i den stressande arbetsmiljön.

Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens och hen ansvarar för och leder omvårdnadsarbetet. Omvårdnaden är riktad mot patientens upplevelser och grundläggande behov i det dagliga livet vilket omfattar fysisk, psykosocial, kulturell och andlig dimension (SSF, 2017). Att de grundläggande behoven tillgodoses är essentiellt i vården av döende patienter och brister i omvårdnaden medför betydande negativa konsekvenser för både patienten och närstående (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Utifrån hörnstenen teamarbete framkom att sjuksköterskorna är måna om att göra sitt bästa och försöker se hela patientens och närståendes behov men det försvåras av miljön på en akutvårdsavdelning där upplevelsen är att bristen i teamarbetet gör att teammedlemmarna ofta hamnar i konflikter som rör etiska frågeställningar om fram för allt samsyn om vårdens mål, innehåll och riktning. Sjuksköterskorna uttrycker frustration över att de får kämpa för att delge sin syn på patientens situation och behov där de upplever att läkarna vill fortsätta den aktiva vården även om sjuksköterskans bedömning är att det inte gagnar patienten. Det förekommer att olika professioner inom teamet ibland har olika mål med vården vilket är utmanande för alla teammedlemmar enligt Klarare et al., (2013) som även lyfter vikten av att ett öppet och stöttande klimat behövs i teamet för att orka vårda patienter i livets slutskede. Enligt Axelsson (2016) är det inte ovanligt att teamet hamnar i konflikt när det rör etiska frågor och det beror främst på att två eller fler etiska principer ställs mot varandra och när det av teammedlemmarna tolkas på olika sätt. Konflikten uppstår fram för allt då medlemmarna lägger olika stor vikt på de olika etiska principerna där man ser sin egen definition som den rätta.

Nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013) poängterar särskilt hur viktigt teamarbetet är för att uppnå en god palliativ vård och att det är angeläget att se till teammedlemmarnas kompetens vid teamets sammansättning och arbetsfördelning. Vi ser i resultatet att konflikten kring samsyn om vårdinnehållet framför allt uppstår då sjuksköterskorna inte känner att deras erfarenhet och kompetens tas till vara i diskussionen samt att de inte känner sig lyssnade till. Att teamet inte har en samsyn kring målet med vården är frustrerande för sjuksköterskorna då de upplever att det påverkar deras möjligheter att ge god omvårdnad. En utmaning i akutsjukvården är att teamets sammansättning ofta ändras (Lind et al., 2017) vilket sjuksköterskorna påpekar i föreliggande studie då deras erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede beror på vem/vilka de arbetar tillsammans med. Resultatet i studien visar att teammedlemmarna inte är överens över målet med vården och att det finns en stor kunskapsbrist hos samtliga yrkeskategorier i vad palliativ vård innebär.

Axelsson (2016) menar att läkare tar stora etiska risker då de fortsätter med samma behandlingsstrategi i sen palliativ fas som i tidig fas. Detta lyftes av många sjuksköterskor som en orsak till de konflikter som växer fram i teamet när de framför sin syn på vårdinnehåll och behov av att inrikta vården mot vård i livets slutskede.

Utifrån hörnstenen kommunikation framkom att sjuksköterskorna upplevde att beslutet om brytpunktssamtal ofta drog ut på tiden vilket många gånger resulterar i att patienten är så pass dålig att hen inte kan medverka i samtalet. Konsekvensen blir att brytpunktssamtalet istället blir en dialog mellan endast läkare och närstående vilket inte är förenligt med Socialstyrelsens föreskrifter (Socialstyrelsen, 2013) som betonar vikten av patientens delaktighet i beslut rörande vårdens innehåll. Bristfällig information och kommunikation från vårdpersonalen hindrar patienten från att ta en mer aktiv roll i sin behandling samt fatta beslut och planera för framtiden (Selman et al., 2016). Genom att inte kunna identifiera brytpunkten och därmed inte hålla samtal i tid hindras patient och närstående att förbereda sig för livets slutskede med allt vad det innebär (Socialstyrelsen, 2018; Caswell et al, 2015).

Brist på dokumentation om vad som sagts på brytpunktssamtalet upplevs av sjuksköterskorna som något som försvårar dialogen med närstående. Att sjuksköterskan har dålig kunskap om de beslut som fattats under brytpunktssamtalet tror författarna kan bidra till att de inte vågar bemöta de närståendes frågor och oro. Författarna ställer sig frågande till varför sjuksköterskor sällan är med vid brytpunktssamtalen. Samtal kring livsfrågor kan hållas av läkare, legitimerad sjuksköterska eller annan vårdprofession och ansvaret måste således inte enbart ligga specifikt på läkaren (Socialstyrelsen, 2013). Är det på grund av tidsbrist som sjuksköterskorna inte deltar eller att de själva inte förstår hur viktig deras deltagande är ur ett omvårdnadsperspektiv? Författarna anser att bristen på dokumentation av brytpunktssamtalet kan leda till sämre kontinuitet i vården vilket enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) är sjuksköterskans ansvar att säkerställa.

Utifrån hörnstenen närståendestöd framkom att sjuksköterskorna upplever att de inte har de förutsättningar och verktyg som behövs för att ge närstående ett professionellt stöd. De måste förlita sig på sin egen medmänsklighet vilken de upplever inte alltid räcker till i bemötande av oroliga närstående. Behovet av erfarna kollegor att ta stöd av beskrevs som en förutsättning för att våga vårda en döende patient. Då akutsjukvården idag präglas av hög personalomsättning och inhyrd personal (Lind et al., 2017) ser författarna en utmaning för akutsjukvården att möta nytexaminerad sjuksköterskors behov. Författarna ser ett stort behov av att grundläggande palliativ vård ska vara en obligatorisk del i grundutbildningen för legitimerad sjuksköterska för att förbereda dem på vad som väntar när de sedan kommer ut i arbetslivet.

Metoddiskussion

Urval

Författarna valde aktuell klinik då det är den klinik som har flest dödsfall på sjukhuset. Kliniken har sju avdelningar, två avdelningar valdes bort då författarna själva arbetar som chef på respektive avdelning och dessa avdelningar ingick därför inte i urvalet. Majoriteten av de patienter som vårdas på dessa två avdelningar är den sköra, äldre, multisjuka patienten. Att personal från dessa två avdelningar inte deltagit i studien kan ha påverkat resultatet då de har stor erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede. En styrka i studien är dock att informanterna arbetar på fem olika avdelningar med olika medicinska inriktningar vilket författarna anser bidragit till ett rikt och varierat innehåll av många olika patientupplevelser. Att enhetschefen på respektive avdelning varit med i urvalsprocessen kan ha påverkat resultatet då enhetschefen utan författarnas vetskap kan ha valt ut informanter med för verksamheten önskvärda åsikter.

Datainsamling

Kvale och Brinkmann (2014) menar att det finns föreställningar om att det är lätt att intervjua men så är inte fallet. Att genomföra intervjuer kräver förberedelse och eftertänksamhet och det bästa sättet att lära sig att intervjua är att intervjua. Författarna har själva ingen tidigare erfarenhet av att genomföra kvalitativa forskningsintervjuer. Vi har satt oss in i ämnet genom att läsa igenom relevant litteratur samt genomfört en pilotintervju för att träna på intervjusituationen och testa den tekniska utrustningen. Pilotintervjun anser författarna bidrog med kunskap om intervjuteknik samt förberedelse för kommande intervjuer. Författarna anser att intervjusituationen förbättrades efter varje genomförd intervju. Författarna hade planerat in 30–45 minuter per intervju. Längden på intervjuerna varierade mellan 14–28 minuter vilket kan anses vara kort. Det kan delvis bero på författarnas brist på erfarenhet av att intervjua men även på sjuksköterskornas brist på kunskap och erfarenhet av palliativ vård samt ovanan att befinna sig i en intervjusituation. Polit och Beck (2017) rekommenderar forskaren att objektivet lyssna igenom intervjuerna för att bli medveten om samt ha ett kritiskt förhållningssätt gentemot sitt eget sätt att intervjua. Att transkribera det egna materialet bidrar även till kunskap om sin egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2014). Transkriberingen skedde löpande vilket författarna anser bidrog till att intervjuernas kvalitet ökade efterhand.

Planen var att alla intervjuer skulle genomföras i ett av författarna förbokad grupp rum i anslutning till aktuell klinik i syfte att sjuksköterska skulle få en mer avslappnad och neutral intervjusituation utan störande moment från avdelningen. Tre av intervjuerna genomfördes dock på vårdavdelningen där respektive sjuksköterska arbetade. Anledningen till detta var att intervjuerna bokades med kortare varsel och tillgången på grupp rum var begränsad.

En av intervjuerna genomfördes på vårdavdelning i ett undersökningsrum där övervakningsapparater gav i från sig pipande ljud varannan sekund. Under intervjun kom flertalet personal in för att hämta eller lämna diverse material samt att läsa av övervakningsapparaturen. Att bli avbruten flertalet gånger skapade viss irritation hos författaren och kan ha påverkat intervjun negativt då författarens förmåga att vara lyhörd och intresserad påverkades, dock upplevdes inte informanten bli påverkad av detta. Båda författarna upplevde att ljudinspelningen påverkade informanterna. Detta märktes väl i början av intervjuerna då sjuksköterskorna till en början var trevande och försiktiga. Det tog ett par minuter innan samtalet kom igång. När ljudinspelningen avslutades upplevdes situationen mer avslappnad och det uppstod ett kunskaps och erfarenhetsutbyte.

Datainsamlingen bygger på en semistrukturerad intervju, där utformningen av intervjuguiden (Bilaga A) baseras på frågor kring de fyra hörnstenarna i palliativ vård, teamarbete, symtomkontroll, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Att använda en intervjuguide säkerställer att informanten leds till att hålla sig inom vissa teman samtidigt som informanten får möjlighet att fritt tala om sina egna upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017). En svaghet med intervjuguiden som framkom i samband med innehållsanalysen var avsaknaden av frågor rörande omvårdnad. Då ingen av sjuksköterskorna riktigt lyfte omvårdnadsfrågor borde författarna själva ställt följdfrågor samt lett in sjuksköterskorna på omvårdnad. Fokus på de fyra hörnstenarna medförde att författarna ”tappade” bort omvårdnaden vilket naturligtvis kan ha påverkat resultatet. En annan svaghet med intervjuguiden var att den öppna frågan i början på intervjun ”vad har du för upplevelser av att vårda döende patienter här på akutsjukhuset?” gav ibland ett så omfattande och innehållsrikt svar och svarade på kommande frågor vilket gjorde det svårare att hålla sig helt till intervjuguiden. För att få en positiv avrundning på intervjun rekommenderar Polit och Beck (2017) att intervjun bör avslutas med en fråga liknande den vi avslutade med ”har du något mer att ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun?” Författarna upplevde även att denna öppna fråga precis som den inledande frågan gav rikligt information.

Ett alternativ till individuella semistrukturerade intervjuer är fokusgruppintervjuer. Enligt Polit och Beck (2017) ger fokusgruppintervjuer möjlighet till diskussion i gruppen vilket kan ge en fördjupning i ämnet och på så vis rik data. Författarna bedömde ämnet alltför känsligt för att diskuteras i grupp. Det finns en risk att deltagare håller med varandra trots skilda åsikter för att undvika att blotta sin egen eller kollegors okunskap. Samtidigt kan ett meningsutbyte och diskussioner bidra till ökad kunskap.

Dataanalys

Författarna valde att analysera texten deduktivt för att underlätta studiens struktur och presentation av resultatet. Att använda sig av en deduktiv ansats kan ses som en svaghet då analysprocessen inte sker helt förutsättningslöst utan författaren har en i förväg utarbetad struktur utifrån en tidigare utarbetad teori eller modell (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Författarna upplevde vissa svårigheter i att analysera texten utifrån redan förutbestämda kategorier, de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Vissa meningsbärande enheter var svåra att separera in under en specifik kategori då de gick in i varandra. Graneheim och Lundman, (2003) menar att ingen data som svarar på syftet bör uteslutas på grund av brist på lämplig kategori dessutom bör inga data falla mellan två kategorier eller passa in i mer än en kategori. Då den palliativa vårdfilosofin grundas i de fyra hörnstenarna var det svårt att separera dem från varandra vilket försvårade kategoriseringen och ledde till att författarna hela tiden fick gå tillbaka till ursprungstexterna för att se i vilket sammanhang upplevelserna beskrevs. Författarna upplevde att vissa resultat fick ”pressas” in i respektive kategori. Att analysera data induktivt innebär en mer förutsättningslös tolkning av texter där ingenting är förutbestämt och ger därmed utrymme för att flera tolkningar är möjliga och kan vara giltiga även om de är olika (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I efterhand kanske en induktiv ansats varit mer lämplig för denna studie.

Forskningsetiska överväganden

Författarna har varit medvetna om sin förförståelse av det studerade fenomenet och har därför tillsammans diskuterat och reflekterat över betydelsen av det under hela forskningsprocessen. Dock går det inte att utesluta att vår förförståelse kan ha påverkat resultatet. Att författarna arbetar som biträdande enhetschefer på den aktuella kliniken kan ha påverkat informanternas svar utifrån till exempel rädsla att blotta sin okunskap om palliativ vård eller att ”hänga ut” kollegor. Den interaktion som uppstår mellan forskare och informanten har betydelse för vilken kunskap som kommer fram i den specifika situationen. En annan forskare kan skapa en annan interaktion vilket skulle kunna ge ett annat resultat (Kvale & Brinkmann, 2014). I denna studie har intervjuerna delats upp mellan författarna vilket skulle kunna vara något som påverkat interaktionen med respektive informant och således resultatet.

En viktig del i forskningsetiken är att skydda informanten från att ta skada eller utstå kränkningar i samband med att de medverkat (Vetenskapsrådet, 2017). Som tidigare nämnts har författarna varit noga med att säkerställa informanternas anonymitet i studien men då enhetschefen på respektive avdelning varit delaktig i urvalet och således vet vilka sjuksköterskor som ställt upp som informant så råder enligt vår mening inte full anonymitet även om enhetschefen inte vet vem som sagt vad. Då det under intervjuerna framkommit negativa upplevelser samt viss kritik gentemot till exempel teamarbetet och arbetssätt kring den döende patienten kan det finnas en risk att som informant bli ifrågasatt gällande resultatet i studien. Om författarna själva ansvarat för hela urvalsprocessen kunde denna risk ha minimerats eller till och med undvikas helt.

Slutsats

Som en röd tråd genom hela resultatet ser författarna ett behov av ökad kunskap hos sjuksköterskorna för att de ska känna sig tryggare och säkrare i sin yrkesroll i mötet med patient och närstående vid vård i livets slutskede.

Sjuksköterskans starka tilltro till medicinsk symtomlindring, brist på samsyn i teamet, avsaknad av brytpunktsamtal och brist på kunskap i att ge professionellt stöd till närstående har betydelse för sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede inom akutsjukvården. Det saknas sjukhusövergripande riktlinjer, rutiner, och tydliga arbetsätt i att vårda patienter i livets slutskede. Den palliativa vården på akutsjukhuset är uppbyggd på personer och deras respektive kunskap, erfarenhet och mognad och inte på organisation och struktur vilket kan leda till en ojämlig vård. Vilken vård du som patient får i livets slut beror helt enkelt på vilken avdelning du vårdas på och vilken personal som arbetar just då. Den palliativa vården behöver förbättras och utvecklas.

Akutsjukvården skulle gynnas av att arbeta mer utifrån ett palliativt förhållningssätt fram för allt i mötet med den äldre sköra patienten. För att undvika att hamna i onödiga konflikter mellan professionerna ser vi att det behövs mer utbildning inom grundläggande palliativ vård samt en ökad kunskap om professionernas olika ansvar. Författarna ser ett behov av sjuksköterskor med specialistkompetens inom palliativ vård i akutsjukvården. Specialistsjuksköterskan kan hjälpa teamen i etiska frågeställningar, motivera och stötta teamen i beslutsfattande för att nå samsyn samt stödja sjuksköterskor i sin omvårdnadsprofession.

Klinisk tillämpbarhet

Föreliggande studie anses av författarna kunna ligga till grund för ett förbättringsarbete med syfte att lyfta in den palliativa vårdfilosofin i akutsjukvården. Vi ser att akutsjukvården är i stort behov av specialistsjuksköterskor med kompetens inom palliativ vård för att lyfta den palliativa vårdens innehåll samt handleda och undervisa medarbetare i grundläggande palliativ vård.

Specialistsjuksköterskan skulle kunna ha en konsulterande roll inom verksamheten då hen har specialistkunskaper både inom samtalskonst kring livet, döendet och döden samt har en fördjupad kunskap om aktuella läkemedel för optimal symtomlindring i palliativ vård (Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad & svensk sjuksköterskeförening, 2019). Specialistsjuksköterskan kan hjälpa teamet identifiera palliativa vårdbehov där det behövs, framförallt då teamen hamnar i konflikt. Specialistsjuksköterskan kan med sin kompetens klargöra målet med vården för den aktuella patienten men också klargöra varje teammedlems specifika roll. När det kommer till att alla i teamet skall komma att acceptera målet med vården kan här specialistsjuksköterskan bidra med sin kompetens och därmed säkerställa teamets kunskap inom området då det ligger i specialistsjuksköterskans särskilda ansvar att leda och förbättra omvårdnad inom sitt specialistområde (Johansson & Wallin, 2013).

Studiens resultat väcker många idéer hos författarna om fortsatt forskning. Till exempel studier med mer fokus på sjuksköterskans syn på omvårdnad och ansvar i vården av patienter med palliativa vårdbehov. Vidare forskning på kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare för att få en ökad förståelse för problematiken som uppstår i teamet men även att göra om denna studie med läkare som informanter för att på så sätt fånga deras upplevelse av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede på akutsjukhuset.

REFERENSER

- Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Bloomer, M.J., Endacott, R., O'Connor, M., & Cross, W. (2013). The "dis-ease" of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27(8), 757–764. doi: 10.1177/0269216313477176
- Cardona-Morrell, M., Kim, J.C.H., Turner, R. M., Anstey, M., Mitchell, I.A., & Hillman, K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *International journal for Quality in Health Care*, 28(4), 456–469. doi:10.1093/intqhc/mzw060
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC. Palliative care*, 14(35), 2-14. doi: 10.1186/s12904-015-0032-0
- Danielsson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 164–174). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Seymour, J., Cobb, M., Noble, B., ... Ryan, T. (2012). Extent of palliative care need in the acute hospital setting: A survey of two acute hospitals in the UK. *Palliative medicine*, 27(1), 76–83. doi: 10.1177/0269216312447592
- Gott, M., Ingleton, C., Bennett, M., & Gardiner, C. (2011). Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(1), 42–48. doi: 10.1136/bmj.d1773
- Gott, M., Frey, R., Robinson, J., Boyd, M., O'Callaghan, A., Richards, N., & Snow, B. (2013). The nature of, and reasons for, "inappropriate" hospitalisations among patients with palliative care needs: A qualitative exploration of the views of generalist palliative care providers. *Palliative medicine*, 27(8), 747-756. doi: 10.1177/0269216312469263
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henriksson, A. (2013). Stödinterventioner till närstående under pågående vård. I B. Andershed., B.M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss.467–472). Lund: Studentlitteratur.

- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp – en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K. Edberg., A. Ehrenborg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans specialistområde* (ss.106 - 145). Lund: Studentlitteratur.
- Johnston, B.M. (2005). Introduction to palliative care: Overview of nursing developments. In J. Lugton & R. McIntyre (Eds.), *Palliative care: The nursing role* (pp. 1–32). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Klarare, A., Lundh Hagelin, C., Fürst, C.J., & Fossum, B. (2013). Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1062-9. doi: 10.1089/jpm.2012.0622
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lind, S., Wallin, L., Brytting, T., Fürst, C.J., & Sandberg, J. (2017). Implementation of national palliative care in Swedish acute care hospital: A qualitative content analysis of stakeholders' perceptions. *Health Policy*, 121(11), 1194-1201. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.011
- Lindqvist, O., Lundqvist, G., Dickman, A., Bükki, J., Lunder, U., Lundh Hagelin, C.,...Fürst, C.J. (2013). Four essential drugs needed for quality care of the dying: A delphi-study based international expert concensus opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16(1), 38-43. doi:10.1089/jpm.2012.0205
- Lugton, J., Frost, D., & Scavizzi, S. (2005). Communication and support in palliative care. In J. Lugton & R. McIntyre (Eds.), *Palliative care: The nursing role* (pp. 133–168). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187–301). Lund: Studentlitteratur.
- Melin-Johansson, C. (2017). Att dö på akutsjukhus. *Palliativ vård*, (3), 6–8. Hämtad från <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2018/05/Att-d%C3%B6-p%C3%A5-sjukhus-Christina-Melin-Johansson.pdf>
- Milberg, A. (2013). Närstående vid palliativ vård. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (ss. 144–151). Stockholm: Liber.
- Milberg, A., Strang, P., & Jakobsson, M. (2004). Next of kin's experience of powerlessness and helplessness in palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 12(2), 120–128.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3.uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. Hämtad från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2014). Patient and family experience of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative medicine*, 28(1), 18-33. doi:10.1177/0269216313487568

Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad & Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/kompetensbeskrivning-palliativ-vacc8ard-2019-klar-focc88r-webb.pdf>

Selman, L. E., Daveson, B. A., Smith, M., Johnston, B., Ryan, K., Morrison, R. S., ...Higginson, I. J. (2016). How empowering is hospital care for older people with advanced disease? Barriers and facilitators from a cross-national ethnography in England, Ireland and the USA. *Age and Ageing*, 46(2), 300–309. doi: 10.1093/ageing/afw193

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 Palliativ vård i livets slutskede. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20417/2016-12-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård –förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtat från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21059/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om dödsorsaker*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/dodsorsaker>

Statens offentliga utredningar. (2001:6). *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Statistiska centralbyrån. (2018). *Döda i Sverige*. Hämtat från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/doda-i-sverige/>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Ternestedt, B-M. (2013). Döden i samhället. I B. Andershed., B.M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 35–46). Lund: Studentlitteratur.

Ternestedt, B-M., Andershed, B., Eriksson, M., & Johansson, I. (2002). A Good Death. Development of a nursing model of care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(3), 153-160. doi: 10.1097/0012191-200207000-00015

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Weil, J., Weiland, J.T., Lane, H., Jelinek, A.G., Boughey, M., Marck, H.C., & Philip, J. (2015). What's in a name? A qualitative exploration of what is understood by "palliative care" in the emergency department. *Palliative medicine*, 29(4), 293-301. doi: 10.1177/0269216314560801

World Health Organization. (2002). *WHO definition of palliative care*. Hämtad från <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vad har du för upplevelser av att vårda döende patienter här på akutsjukhuset?

Frågor utifrån de fyra hörnstenarna

Symtomkontroll.

Vad har du för upplevelser av symtomkontroll hos döende?

Vet du hur du ska göra för att lindra dessa?

Teamarbete.

Hur upplever du samarbetet mellan de olika professionerna, teamarbetet kring den döende?

Kommunikation och relation.

Hur upplever du kommunikationen inom teamet kring patienten?

Hur upplever du kommunikationen mellan vårdteamet och patient och närstående?

Brytpunktsamtal?

Stöd till närstående.

Hur upplever du att du kan stödja de närstående i denna situation?

Hur informeras de närstående?

Har du något mer att ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun?

Till verksamhetschef

XX X

XXXkliniken, XXX

Vi heter Annie Bergström och Nina Öhnfeldt och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra arbetet vid XX Kliniken, vid XX.

Om Du godkänner att studien genomförs vid XX kliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid medicinkliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Annie Bergström

Students telefonnummer

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Nina Öhnfeldt

Students telefonnummer

Students E-postadress

Arbetets titel: Att dö på akutsjukhus, sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården.

Problemformulering

Palliativ vård är enligt socialstyrelsen ett prioriterat vårdområde likställt med livshotande akuta tillstånd. Palliativ vård skall erbjudas alla patienter som är i behov av det oavsett ålder och diagnos. Inom dagens akutsjukvård vårdar vi allt fler äldre personer med flera olika kroniska diagnoser. Sjuksköterskor på akutsjukhus möts dagligen av patienter i livets slutskede. Allmän palliativ vård ska kunna ges på alla vårdenheter. Det ställer dock krav på att all personal har grundläggande utbildning i palliativ vård och vet när olika insatser bör erbjudas eller när man bör avstå. Sjuksköterskan ställs dagligen inför svåra etiska dilemman som innebär en balansgång mellan vad kan vi göra? och vad bör vi göra?

Det naturliga döendet ses ofta som ett misslyckande och flera studier visar även att patienter som befinner sig i livets slutskede på akutsjukhus får en sämre vård. Att som sjuksköterska bemöta döende patienter i en miljö som fokuserar på kurativ vård och livsförlängande behandling är en stor utmaning. Med tanke på tillväxten av äldre i befolkningen framförallt personer över 80 år så kommer antalet patienter med olika kroniska livshotande sjukdomar att öka. Det finns i dag stora brister kring kunskap, bemötande och symtomhantering samt möjligheten till en ”god död” på akutsjukhuset. För att sjuksköterskan ska kunna ge god omvårdnad i livets slutskede krävs mer djupgående kunskap kring sjuksköterskans upplevelse av att vårda döende patienter inom akutsjukvården.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården.

Metod

Studien har en kvalitativ ansats då vi vill fånga sjuksköterskans subjektiva upplevelse. Datainsamlingen kommer att ske genom personliga semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på olika avdelningar inom kliniken. Vi kommer att använda oss av en intervjuguide som är utformad utifrån arbetets valda teoretiska utgångspunkt, de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Frågorna berör, teamarbete, kommunikation och relation, symtomkontroll samt stöd till närstående.

Intervjuerna kommer att inledas med öppna frågor där informanterna fritt får tala om sina upplevelser. Intervjuerna ljudinspelas för att sedan transkriberas. En kvalitativ innehållsanalys kommer sedan att genomföras på insamlade data.

Den metodologiska ansatsen är deduktiv då granskningen kommer att ske utifrån vald teoretisk referensram, de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Intervjuerna beräknas genomföras under januari 2019.

Jag godkänner härmed att Annie Bergström och Nina Öhnfeldt får utföra studien ” ATT DÖ
PÅ AKUTSJUKHUS -SJUKSKÖTERS KANS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDA
PATIENTER SOM BEFINNER SIG I LIVETS SLUTSKEDE INOM
AKUTSJUKVÅRDEN” på kliniken under tidsperioden december 2018-mars 2019

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

XX X

XXXXXX kliniken

Till Berörd sjuksköterska

Förfrågan om deltagande i forskningsintervju

Vi heter Annie Bergström och Nina Öhnfeldt och är studenter vid specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede på akutsjukhus. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor som arbetat minst ett år på en akutvårdsavdelning inom medicinkliniken.

Problemformulering

Palliativ vård är enligt socialstyrelsen ett prioriterat vårdområde likställd med livshotande akuta tillstånd. Palliativ vård skall erbjudas alla patienter som är i behov av det oavsett ålder och diagnos. Inom dagens akutsjukvård vårdar vi allt fler äldre personer med flera olika kroniska diagnoser. Sjuksköterskor på akutsjukhus möts dagligen av patienter i livets slutskede. Allmän palliativ vård ska kunna ges på alla vårdenheter. Det ställer dock krav på att all personal har grundläggande utbildning i palliativ vård och vet när olika insatser bör erbjudas eller när man bör avstå. Sjuksköterskan ställs dagligen inför svåra etiska dilemman som innebär en balansgång mellan vad kan vi göra? och vad bör vi göra? Det naturliga döendet ses ofta som ett misslyckande och flera studier visar även att patienter som befinner sig i livets slutskede på akutsjukhus får en sämre vård. Att som sjuksköterska bemöta döende patienter i en miljö som fokuserar på kurativ vård och livsförlängande behandling är en stor utmaning. Med tanke på tillväxten av äldre i befolkningen framförallt personer över 80 år så kommer antalet patienter med olika kroniska livshotande sjukdomar att öka. Det finns i dag stora brister kring kunskap, bemötande och symtomhantering samt möjligheten till en ”god död” på akutsjukhuset. För att sjuksköterskan ska kunna ge god omvårdnad i livets slutskede krävs mer djupgående kunskap kring sjuksköterskans upplevelse av att vårda döende patienter inom akutsjukvården.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede inom akutsjukvården.

Metod

Datainsamlingen kommer att ske genom personliga intervjuer med 8–10 sjuksköterskor som arbetar på olika avdelningar inom medicinkliniken. Intervjuerna tar ca 30–45 minuter och kommer att äga rum på sjukhuset i ett grupprum på medicinkliniken. Vi träffas gärna i anslutning till ditt arbetspass. Du kommer att med egna ord få beskriva dina upplevelser och erfarenheter att vårda patienter i livets slutskede inom akutsjukvården. Intervjuerna kommer att ljudinspelas. En kvalitativ innehållsanalys kommer sedan att genomföras på all insamlade data. Intervjuerna beräknas genomföras under januari 2019.

Alla data om personer som ingår i studien styrs av konfidentialitet och sekretess vilket bland annat innebär att obehöriga inte har tillgång till det insamlade materialet.

Endast vi som författare samt vår handledare kommer att ha tillgång till det inspelade materialet.

Personer kommer inte kunna kännas igen när resultatet av studien presenteras.

Du kan när som helst avbryta ditt deltagande och skulle frågor eller tankar dyka upp efter intervjun finns vi tillgängliga för återkoppling och svar. Resultatet av intervjun kommer att presenteras i vår magisteruppsats som examineras vid Sophiahemmet högskola under våren 2019.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Studenternas namnteckningar

Studerandes telefonnummer

Handledarens namn och telefonnummer

Bilaga D

Tabell 1. Exempel på analysarbetet

Originaltext	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori
Symtomkontroll sätts ju ibland in alldeles för sent för att man har ett fokus då på väldigt mycket åtgärder och då växlar man över till symtomkontroll i det palliativa skedet alldeles för sent	Medicinska symtomlindrande åtgärder sätts in för sent	Fördröjning av symtomlindring	Symtomkontroll
Att man i teamet inte är överens vilket mål man har med vården och att man inte tar de beslut man bör ta, när man ser att livet går mot sitt slut.	Att inte ha ett gemensamt mål i teamet	Bristande teamarbete	Teamarbete
Brytpunktsamtalet kommer för sent så att man inte är förberedd helt enkelt. Man har inte förstått att det här är en sjukdom som leder till döden.	Patient och närstående berövas förberedelse för döden	Förberedelse	Kommunikation/relation
Men oftast tycker jag att det handlar mycket om att bara finnas till. Jag tycker sällan man får någon direkt avancerade frågor om det medicinska, oftast är det ganska klart. Nä men mycket finnas till och fråga om det är något man kan göra.	Att finnas till för anhöriga.	Medmänsklighet	Stöd till närstående

Tabell 2. Koder och kategorier

Kod	Kategori
<ul style="list-style-type: none">• Fördröjning av symtomlindring• Medicinsk symtomlindring• Symtomskattning	Symtomkontroll
<ul style="list-style-type: none">• Bristande teamarbete• Avsaknad av vårdplan• Bristande samsyn	Teamarbete
<ul style="list-style-type: none">• Förberedelse• Brytpunktsamtal• Bristande kommunikation	Kommunikation / relation
<ul style="list-style-type: none">• Medmänsklighet• Förhållningssätt• Kunskapsbrist	Stöd till närstående