



**”DU FÅR INTE DÖ PÅ EN SÖNDAG”**

**Sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på  
akutkirurgisk avdelning En kvalitativ intervjustudie**

**“YOU CAN’T DIE ON A SUNDAY”**

**Nurses perceptions of end of life nursing in an acute surgical ward  
A qualitative interview study**

Examinationsdatum: 2014-01-08  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Kurs: K 40  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Författare: Rebecca Almerén, Jonas Lundquist

Handledare: Margareta Ramsjö  
Examinator: Helene Andersson

# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Patienter i livets slutskede återfinns inte bara på palliativt inriktade avdelningar, utan även på somatiska avdelningar där verksamheten till stor del är kurativt inriktad, vilket kan resultera i en bristande vård för patienter i livets slutskede.

Den palliativa vården i Sverige styrs av WHO:s definition med tillhörande fyra hörnstenar. Kring patienten i livets slutskede finns etiska aspekter vilka måste tas i beaktning, bland annat den enskilda patientens önskningar om hur dennes vård ska se ut. En stor del av den palliativa vårdens fokus ligger i lindrandet och omhändertagandet. Genom att implementera de palliativa målen i akutsjukvården, kan eventuella konflikter i omhändertagandet av patienter i livets slutskede på akutmedicinska avdelningar undvikas.

## **Syfte**

Att belysa sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på en akutkirurgisk avdelning.

## **Metod**

Metoden som valdes var en kvalitativ intervjustudie, då författarna ansåg det vara den mest lämpliga metoden för att besvara studiens syfte. De intervjuade var sju legitimerade sjuksköterskor verksamma på tre akutkirurgiska avdelningar.

## **Resultat**

Sjuksköterskorna kände sig trygga i det palliativa omhändertagandet. De upplevde även att de hade tillräckliga kunskaper för att ge god palliativ vård. Vidare beskrevs det hur tidsbristen påverkade kvaliteten på den palliativa vården. En avsaknad av riktlinjer försvårade vården, vilket fick sjuksköterskorna att förlita sig på varandra och erfarna kollegor. Sjuksköterskorna lyfte fram närstående som stundtals påfrestande och hindrande i deras arbete, men även som en stor tillgång. Teamarbetet mellan sjuksköterskor och undersköterskor belystes som en trygghet.

## **Slutsats**

Sjuksköterskor på akutkirurgiska avdelningar känner sig trygga i vårdandet av patienter i livets slutskede, men upplever tidsbristen som det största hindret för att ge god palliativ vård.

## **Nyckelord**

Döden, Döendet, Sjuksköterska, Upplevelse, Palliativ, Akutkirurgisk vårdavdelning.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Palliativ vård</b>	<b>1</b>
<b>PATIENTENS RÄTT TILL SJÄLVBESTÄMMANDE</b>	<b>1</b>
<b>DET PALLIATIVA VÅRDFÖRLOPPET</b>	<b>2</b>
<b>Kurativ eller Palliativ behandling?</b>	<b>2</b>
<b>Brytpunktssamtal</b>	<b>3</b>
<b>Den palliativa vårdens två faser</b>	<b>3</b>
<b>OMVÅRDNAD</b>	<b>4</b>
<b>Omvårdnad i livets slutskede</b>	<b>4</b>
<b>Styrdokument och riktlinjer</b>	<b>5</b>
<b>Palliativ vård på akutsjukhus</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>7</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
<b>Val av Metod</b>	<b>7</b>
<b>Urvalskriterier och undersökningsgrupp</b>	<b>7</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>7</b>
<b>Bearbetning av data</b>	<b>9</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>Omvårdnad</b>	<b>11</b>
<b>Resurser</b>	<b>13</b>
<b>Arbetsförhållanden</b>	<b>14</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>18</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>20</b>
<b>Fortsatt studier</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGOR</b>	

## INLEDNING

Palliativ vård är en komplex vårdform som ställer höga krav på hälso- och sjukvården. Många av de patienter som uppfyller kriterierna för palliativ vård återfinns inte på palliativa avdelningar utan vårdas inom övriga delar av sjukvården. På en icke-palliativ vårdavdelning råder inställningen att bota, till skillnad från den palliativa inriktningen där målet är att lindra och öka livskvaliteten i möjligaste mån. En ökad mängd patienter i kombination med minskade personalresurser kan leda till en tidsbrist där viktiga moment i det palliativa omhändertagandet prioriteras bort. Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) deklarerar en lika vård på lika villkor för alla, men på grund av resursbrist uppfylls inte alltid detta och många får inte den vård vid livets slut de har rätt till.

## BAKGRUND

### Palliativ vård

Den palliativa vården blir allt mer uppmärksammas. I utredningen ”Vårdens svåra val” diskuterades och fastställdes nya prioriteringar inom vården, där prioritetsgrupp ett delades upp och jämställde palliativ vård med vård av livshotande akuta sjukdomar (SOU 1995:5). Död och döende är inte primärt ett medicinskt tillstånd. Många menar att till skillnad från förr, har döendet blivit allt mer medikaliserad, där fokus skiftat från döden som ett existentiellt faktum till ett medicinskt tillstånd (Al-Qurainy et al., 2009; Falk & Jakobsson Ung, 2013).

När palliativ vård beskrivs ses den ofta ur ett processperspektiv där patientens sjukdomsförlopp styr vilken vård som ges. Patienten ses ur ett helhetsperspektiv där även närstående är inkluderade. Allt detta ska ske på ett ändamålsenligt sätt med kompetens, patientsäkerhet och effektivitet som huvudmål (Regional Cancercentrum i Samverkan, 2012).

### Definition av palliativ vård

År 1990 kom World Health Organisation [WHO] ut med sin första definition av palliativ vård, där fokus låg främst på cancersjuka patienter i den sena fasen av sjukdomsförloppet. Sedan dess har synsättet på palliativ vård förändrats, vilket lett till att en reviderad definition gavs ut år 2002 (Strang, 2012). WHO (2002) definierar palliativ vård som ett förhållningssätt där målet är att förbättra livskvaliteten hos patienter och närstående i samband med livshotande sjukdomar. Den palliativa vårdfilosofin bygger på de fyra hörnsternarna; symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd och ska bibehålla ett välbefinnande och en värdig död. När det inte längre finns bot för en patient, ställs vården inför kravet att bemöta sjukdomen med ett medvetet förhållningssätt och omhändertagande (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012).

Utvidgningen av definitionen på palliativ vård är viktigt då den inkluderar de patienter som befinner sig i ett tidigt skede av en cancersjukdom eller annat livshotande tillstånd. Samtidigt får det inte skifta fokus från den specialiserade vård som krävs när patienter närmar sig livets slut (Ahmedzai et al., 2004). Vård i livets slutskede definieras som den specifika högspecialiserade omvårdnaden med åtgärder och insatser i de sista veckorna, dagarna eller timmarna i livet (Ahmedzai et al., 2004).

## **PATIENTENS RÄTT TILL SJÄLVBESTÄMMANDE**

Vård i livets slutskede är en vårdform som kräver etiska principer och överväganden (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012). Med hjälp av en etisk plattform att utgå från, underlättas arbetet med att bevara förtroendet och förståelsen för sjukvården trots resursbrister (SOU 1995:5).

Målet för vård, stadgas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763), 2§, som ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”. Vidare stadgar de i HSL §2a att vården ska bygga på de etiska begreppen integritet och självbestämmande och att ”vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” (SFS, 1982:763).

HSL bygger på människovärdesprincipen, vilken utgår från att alla människor har ett lika värde. Det innebär att alla har samma mänskliga rättigheter och att ingen är mer värd än någon annan. Människans existens i sig är knutet till människovärdet och inte till de personliga egenskaper eller funktioner individen besitter (SOU 1995:5). Förenta Nationernas [FN] (2008) deklaration om mänskliga rättigheter tar upp liknande formuleringar som fastställer friheter och rättigheter utan särskiljning på grund av till exempel ras, kön, religion eller socialt ursprung.

I dagens sjukvård finns en tämligen självklar syn gällande patientens självbestämmande. Trots detta finns det vissa kvarlevande paternalistiska inslag. Det påverkar det personcentrerade förhållningssättet där patientens egentliga önskan inte alltid framkommer som grund för planering av vården (Engström, 2013). Inom den palliativa vården talas det om patientens rättigheter, där döden individualiseras och patienten har rätt att dö sin död på sitt sätt. En rättighet som ofta lyfts fram är rätten att inte behöva dö ensam (Brattgård, 2012). Det är något många förknippar med en värdig död. Detta kan dock vara en idealiserad föreställning, projicerad av vårdpersonalen, där patienten måste anpassa sig efter vårdarens uppfattning istället för vice versa. Det ska tas hänsyn till att patient och närstående kan ha olika åsikter om en värdig död, där en önskan om att dö ensam ska respekteras (SOU 2001:6).

Flertalet patienter inom palliativ vård har en nedsatt autonomi till följd av sjukdom, där beslutsförmågan kan komma att vara försämrad. Förståelsen för beslutsförmågans innebörd bör understrykas och en nedsatt beslutsförmåga kan vara mer eller mindre specifik, vilket bör tas i beaktning i samband med både små och stora beslut i vården (Engström, 2013). Ett informerat samtycke ligger till grund för en effektiv palliativ vård, där patienten ska få sanningsenlig och korrekt information, även om det kan innebära negativa besked (Gradalski, Wesolek & Kleja, 2012).

## **DET PALLIATIVA VÅRDFÖRLOPPET**

När en patient får en sjukdomsdiagnos är intentionen främst att behandlingen ska ha en kurativ inriktning. I de fall patienten inte längre svarar på behandlingen, tar den palliativa vårdfilosofin över som behandling efter den kurativa. Omställningen från kurativ till palliativ vård kan vara svår att acceptera, både för patienter och närstående, men även för vårdpersonal (Glimelius, 2012).

## **Kurativ eller palliativ behandling?**

Vid svåra sjukdomar har vården två olika inriktningar, den kurativa och den palliativa. Den kurativa vården åsyftar till att bota individen, eller se till att det blir en så pass lång sjukdomsfri period att patienten avlider av någon annan orsak än den ursprungliga behandlingsorsaken. Den palliativa inriktningen träder in när det inte går att uppnå samma mål som med en kurativ behandling. Istället påbörjas en lindrande behandling som varken förlänger eller förkortar livet (Glimelius, 2012). Det är inte nödvändigtvis en förändring i patientens medicinska status som föranleder övergången, det kan även vara ett medvetet beslut förankrat i patientens upplevda välbefinnande (Ahmedzai et al., 2004). Vårdpersonal bör ha en förståelse för att en kurativ behandling inte alltid gynnar en obotligt sjuk patient. Den palliativa vården minskar antalet ingripande behandlingar, som till exempel blodtransfusioner eller parenteral nutrition (Ahmedzai et al., 2004; Lewis, 2013).

Den kurativa inriktningen ger ett större utrymme för risktagande behandlingar än den palliativa. Aggressiva, kurativa behandlingar kan i slutändan resultera i stora vinster i form av tillfrisknande, trots att de ger svåra biverkningar. I den palliativa vården är riskerna och biverkningarna begränsade till den grad att de inte överstiger den vinst i form av bevarad eller ökad livskvalitet en behandling kan ge (Glimelius, 2012; Lewis, 2013). En del av den palliativa vården åstadkommer en preventiv och lindrande behandling med hjälp av engagemang och omtanke. Det innebär att initiera nödvändiga behandlingar, likväl som att våga avvakta utan insatser (Glimelius, 2012). En annan del är att hjälpa patienten uppnå bästa möjliga livskvalitet, genom symtomlindring och existentiellt stöd (Lewis, 2013; Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012).

Det kan finnas en uppfattning av att beröva hoppet hos en patient i samband med övergången från kurativ till palliativ vård, vilket kan resultera i att vårdpersonal undanhåller eller förskönar information i ett försök att skydda patienten (Glimelius, 2012; Gradalski et al. 2012). Studier har påvisat att en majoritet vill få besked om sitt tillstånd. Dock bör den minoritet som inte önskar ta del av informationen respekteras (Gradalski et al. 2012). Med hjälp av en ökad öppenhet inför den fortlöpande vården, stärks patientens självbestämmande och det ger även närstående en möjlighet att förbereda sig inför det oundvikliga (SOU 2001:6).

## **Brytpunktssamtal**

Socialstyrelsen definierar brytpunktssamtal som ett samtal mellan läkare och patient, där ett ställningstagande görs rörande övergången från kurativ till palliativ vård. Dessutom tas beslut gällande den fortsatta vårdens innehåll baserat på patients önskemål och behov (Socialstyrelsen, 2012). Att avgöra när vården ska övergå från att vara livsförlängande till lindrande är svårt, det är inte alltid det finns en specifik tidpunkt som markerar detta (Socialstyrelsen, 2012; SOU 2001:6). Enligt Lewis (2013) är de obotligt sjuka patienterna med upp- och nedgångar i sin sjukdom svårare att identifiera som palliativa, än de som har en stadig försämring i sin sjukdom. När beslutet om att avstå vissa behandlingar tas, krävs en medicinsk bedömning som grund (Socialstyrelsen, 2012; SOU 2001:6). Patienter kan övergå till palliativ vård med syfte att smärtstilla och symtomlindra för att öka livskvaliteten (Lewis, 2013).

## Den palliativa vårdens två faser

Ett förhållningssätt som funnits länge är att dela upp den palliativa vården i två olika faser, den tidiga, inledande, och den sena, avslutande, fasen. De kan vara svåra att tidsbestämma och övergången mellan dessa kan vara oklar. Den tidiga fasen kan vara tidsmässigt längre än den sena och kan sträcka sig över år. Genom att utgå från patienten bevakas en livsförlängande behandling som främjar livskvaliteten. Den sena fasen kan vara några dagar upp till någon månad och fokuserar på att lindra lidande och bibehålla en så god livskvalitet som möjligt, för både patient och närstående (Socialstyrelsen, 2013). Det är av stor vikt att det finns en palliativ vårdfilosofi även i behandlingen av de patienter som befinner sig i den tidiga fasen (SOU 2001:6).

## OMVÅRDNAD

Att definiera begreppet omvårdnad är komplext. McCormack och McCance (2010) ser det som ett universiellt karaktärsdrag som bildar en samhällsgrund och är en nödvändig komponent för mänskligt överlevande. Vidare ses vårdandet som ett uttryck för en existens, att vårda är att vara mänsklig (McCormack & McCance, 2010). International Council of Nurses [ICN] (2010) definierar omvårdnad som en oberoende och samarbetande vård av individer i alla åldrar, familjer, grupper och samhällen, sjuka eller friska, i alla miljöer. Det är åtgärder som är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samt vårdande av sjuka, funktionshindrade och döende individer. År 1953 antogs den första etiska koden för sjuksköterskor av ICN som vid behov aktualiseras och revideras. Den fastslår fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Vidare ska respekt för de mänskliga rättigheterna finnas såsom rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt (ICN, 2007). Oavsett verksamhetsområde eller vårdform är sjuksköterskans uppgift att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt som grundas i vetenskap, samt utföra omvårdnad i enlighet med gällande författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005).

## Omvårdnad i livets slutskede

En stor del av den palliativa vårdens fokus ligger i lindrandet och omhändertagandet (Glimelius, 2012) och vårdformen ska präglas av ett etiskt förhållningssätt, där patientens basala och specifika omvårdnadsbehov tillgodoses (Socialstyrelsen, 2005). WHO (2002) har identifierat den palliativa vårdens uppgifter som bland annat att bekräfta livet och att se döendet som en normal process, att varken förlänga eller förkorta livet, att lindra smärta och andra symtom och att hjälpa patienterna till ett så aktivt liv som möjligt. Dessa mål kan anses vara desamma även inom övriga vårdinriktningar, dock har de oftast en kurativ behandlingsinriktning där inte döendet hamnar i fokus. Genom att implementera de palliativa målen i akutsjukvården, kan konflikter som kan uppstå i samband med omhändertagandet av patienter i livets slutskede på akutmedicinska avdelningar undvikas (Davidson et al., 2003).

Oavsett vilken sjukdom det rör sig om, är symtomen vid livets slut ofta desamma (SOU 2001:6). De vanligaste symtomen som uppkommer hos patienter i den sena palliativa fasen är; andningsproblematik, depression, fatigue, förstoppning, förvirring, illamående, inkontinens (faeces och urin), minskad aptit, smärta (existentiell och fysisk), stark oro/ångest, sömnstörningar samt trycksår (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012). Alla dessa symtom kräver en utvärdering och behandling var för sig (SOU 2001:6).

Målet med den palliativa vården är att skapa bästa möjliga livskvalitet för patienten. Arbetet med detta innefattar fyra dimensioner, den fysiska, psykiska, sociala och andliga/existenciella, vilka tillsammans bildar en helhet. Patientens olika behov inom dessa fyra dimensioner kan tillgodoses med hjälp av de fyra palliativa hörnstenarna, symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd (Strang, 2012).

### De fyra hörnstenarna

Symtomkontroll åsyftar till att lindra symtom i det palliativa skedet och det berör alla typer av symtom som påverkar den enskildes livskvalitet (SOU 2001:6). Vid symtomkontroll talas det om lindrandet av de fysiska, existentiella och de psykiska symtomen, men syftar inte till att påskynda eller fördröja döden. Den palliativa vården tar ett tydligt avstånd från dödshjälp och ett onödigt förlängande av livet, såvida det inte är patientens uttryckliga önskan, eller om det finns en chans till ett förbättrat välbefinnande (Strang, 2012).

Teamarbete innebär att vården planeras kring patienten och dennes önskingar om hur vården ska se ut (SOU 2001:6). I ett vårdteam utan hierarki där alla likställs, ges utrymme att ta hand om alla aspekter, både andligt och medicinskt. Ett vårdteam brukar bestå av sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, paramedicinare samt sjukhuskyrkan. Att dessa professioner finns på samma arbetsplats betyder inte att det är en teambaserad vårdavdelning. Ett team innebär ett arbetslag där alla jobbar tillsammans med kompletterande kompetenser mot en gemensamt framtagna vårdplan (Strang, 2012).

Genom en god inbördes kommunikation med goda relationer inom ett arbetslag och med närstående och patient, främjas patientens livskvalitet (SOU 2001:6). Kommunikation är en självklarhet och en av de viktigaste hörnstenarna, utan kommunikation fungerar inte den övriga vården (Strang, 2012). Kommunikation är det viktigaste verktyget vårdpersonal har för att förmedla information (Bolund, 2013). Kärnan i kommunikationen inom palliativ vård är att lyssna aktivt och stanna kvar i samtalet. För det krävs god social kompetens och en bra samtalsmetodik. Genom att vara förberedd på att existentiella frågor kan uppkomma i samband med diagnostiseringen av en sjukdom med dödlig utgång, kan vårdpersonal bekräfta och försöka ge klarhet i funderingar och öppna upp för samtal kring döden (Bolund, 2013)

Närstående ska erbjudas stöd och delaktighet i vården under sjukdomstiden men även efter dödsfallet (SOU 2001:6). Inom den palliativa vårdgrenen benämns närstående och patient som en enhet. Närståendestödet är en viktig del av vården och har växt fram efter att behovet uppmärksammats. Närstående blir ofta påverkade fysiskt och psykiskt, då en svår sjukdom kan vara en traumatisk upplevelse. De närstående som får stöd och känner sig trygga kan i större utsträckning hjälpa patienten, vilket främjar dennes livskvalitet. Genom att stötta familjen och de närstående i samband med eller efter ett dödsfall kan många frågor besvaras och ångest lindras (Strang, 2012).

### **Styrdokument och riktlinjer**

#### Liverpool Care Pathway

Liverpool Care Pathway [LCP] är en strukturerad individuell vårdplan som är framtagna för att initieras när en patient identifieras som döende. Den är individuellt anpassad, där de fysiska, sociala, existentiella och psykologiska behoven tas i beaktning innan åtgärder sätts in,



och säkrar en kontinuerlig omvårdnad (Marie Curie Palliative Care Institute in Liverpool, 2012).

Vårdplanen fungerar som en avlastning för hälso- och sjukvårdspersonal, då den skiftar fokus från insatser till kvaliteten på omvårdnaden. Eftersom den inkluderar både patienter och närstående, breddas omvårdnaden till att omfatta hela patienten (Marie Curie Palliative Care Institute in Liverpool, 2012).

### Nationellt vårdprogram

Regionala Cancercentrum i Samverkan (2012) gav ut ett vårdprogram där det palliativa omhändertagandet konkretiserades för att påverka vården i rätt riktning. Nationellt Vårdprogram för Palliativ Vård 2012-2014 är det första nationella vårdprogrammet i Sverige som berör palliativ vård. I programmet fastställs generella direktiv kring vårdens olika delar i livets slutskede oberoende av till exempel diagnos, ålder eller bakgrund. Det berör också förhållningssätt, epidemiologi, behandling av symtom samt närståendevård. Etiska värderingar och frågor tas upp och vikten av generell och specifik kunskap rörande palliativt omhändertagande nämns (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012).

I vårdprogrammet används fyra ledord, närhet, helhet, kunskap och empati, som är snarlika de fyra hörnstenarna. Ledorden behandlar ett holistiskt synsätt, där patientens alla behov tas i beaktning. Det påtalas i vårdprogrammet att kompetensutveckling med tydliga riktlinjer krävs och det läggs stor tyngd på vårdpersonalens kunskaper och vidare kompetensbreddning. Vårdprogrammet lyfter vidare olika aspekter vilka bör tas i beaktning i samband med omvårdnad i livets slutskede, med kontinuerliga utvärderingar och återkopplingar (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2012).

### Nationellt kunskapsstöd

Som ett stöd och komplement till det nationella vårdprogrammet, utformade Socialstyrelsen (2013) ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård som fokuserar på vården i livets slutskede. Det är en uppdatering av rekommendationer och vägledning inom den palliativa vården och har som syfte att stödja befintliga lokala och regionala vårdprogram. Det ämnar även stödja vårdgivare i utvecklingen av den palliativa vården, underlätta uppföljningar och tillgodose en likvärdig vård för alla patienter. Vidare definieras gemensamma termer inom området. Sjukvårdens konsekventa användande av dessa är en förutsättning för en förbättrad informationsöverföring och dokumentation, men även för en säker vård (Socialstyrelsen, 2013)

### **Palliativ vård på akutsjukhus**

Vården på akutsjukhus fokuserar på att diagnostisera, undersöka, behandla och bota (Al-Qurainy, Collis, & Feuer, 2009). Det erbjuds även vård och stöd för patienter i livets slut, vilket dock ofta hamnar i konflikt med syftet att bota (Bloomer, Endacott, O'Connor, & Cross, 2013). Den botande och livsförlängande inriktningen på dagens sjukvård kan göra att övergången till palliativ vård ses som ett misslyckande eller som att sjukvården ger upp (Glimelius, 2012; Lewis, 2013; Milligan, 2012). Patienterna i behov av palliativ vård får ofta en lägre prioritet där personalresurser inte räcker till (Bloomer, et al., 2013). En majoritet av dessa är äldre med flera sjukdomar och med komplexa vårdbehov. Det är inte ovanligt att sjuksköterskor känner sig obekväma med att ge vård i livets slutskede, eller att de har

bristande kunskaper inom området (Bloomer et al., 2013; Davidson et al., 2003; Milligan, 2012). Många patienter med långt framskridna obotliga sjukdomar, till exempel cancer och hjärt- lungsjukdomar, har ett stort behov av palliativ vård, något vårdpersonal inte alltid kan ge. Det är många patienter som inte får den palliativa vården de, eller deras närstående önskar (Milligan, 2012).

## **PROBLEMFORMULERING**

Sveriges hälso- och sjukvård blir alltmer ansträngd som resultat av en ständigt växande och åldrande befolkning med ett ökat vårdbehov. Allt fler spenderar sin sista tid i livet på sjukhus, vilket ökar kraven på både resurser och vårdkvalitet (SOU 2001:6).

Akutmedicinska avdelningar är en miljö med ständigt ökande omhändertagande av svårt sjuka. Det är en svår uppgift att vårda patienter i livets slutskede och samtidigt ta hand om de akut sjuka, där tidsbrist är en dominerande faktor för prioriteringar i omvårdnaden (Bloomer et. al, 2013) Genom att utforska sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på kurativt inriktade avdelningar, kan resurser och svårigheter upptäckas och på så sätt belysa de tillgångar och problem som återfinns. På sikt kan detta bidra till att minska skillnaderna mellan den palliativa och den akuta sjukvården.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på en akutkirurgisk avdelning.

## **METOD**

### **Val av metod**

Metoden som valdes var en kvalitativ intervjustudie. Författarna ansåg det vara den mest lämpliga metoden för att besvara studiens syfte, att utforska och beskriva sjuksköterskors upplevelse av att ge palliativ vård på akutkirurgisk avdelning. En kvalitativ intervjustudie syftar till att förstå världen ur intervjupersonernas perspektiv och att utveckla mening ur deras kunskaper (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **Urvalskriterier och undersökningsgrupp**

Antalet intervjupersoner styrdes av undersökningens syfte och den tid som avsattes för studiens genomförande. För få deltagare försvårar en generalisering medan för många gör det svårt att göra djupare analyser och tolkningar (Kvale & Brinkmann, 2009). I enlighet med detta valde författarna att genomföra sju intervjuer. Kriterierna för intervjupersonerna var att ha haft omvårdnadsansvar för minst en patient i livets slutskede samt ha minst två yrkesverksamma år som legitimerad sjuksköterska, då de först efter två års arbete har tillräckligt med kompetens och erfarenhet, enligt Benner (2001).

De intervjuade sjuksköterskorna var inom åldersspannet 23-56 år och hade mellan 2-33 yrkesverksamma år.

## **Datainsamling**

### Kontakt

För att få intervjupersoner till studien kontaktades verksamhetschefen samt chefssjuksköterskan på en akutkirurgisk vårdavdelning på fyra olika sjukhus. Tre av dessa avböjde medverkan i studien. Upptagningsområdet utökades därför på det kvarvarande sjukhuset till att omfatta större delar av kirurgkliniken. Informationsbrev (bilaga A) och svarsbrev (bilaga B) skickades till vederbörande verksamhetschef på respektive avdelning för ett godkännande av att genomföra studien.

Under tiden då kontakten upprättades med avdelningarna identifierades två samplingsmetoder. Chefssjuksköterskorna medverkade till kontakten med de första intervjupersonerna. Detta identifierades som ”reputational case sampling”, och definieras enligt Polit och Beck (2012) som en selektion av intervjupersonerna baserat på rekommendation. Vidare uppstod ytterligare kontakt med hjälp av intervjupersonerna, som rekommenderade kollegor med godkända kriterier. Polit och Beck (2012) preciserar det som ”snowball sampling”.

### Intervjuguide

Inför intervjuerna söktes relevant information om palliativ vård samt palliativt omhändertagande i litteratur och vetenskapliga artiklar. Kvale och Brinkmann (2009) menar att i samband med en tematisering av en intervjustudie, bör de teoretiska förståelserna för fenomenet utvecklas för att kunna ställa relevanta frågor.

Intervjuguiden (bilaga C) utformades med en semistrukturerad modell i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009). Totalt utformades 14 frågor relaterade till studiens syfte. De öppna frågorna gav intervjupersonen möjlighet att fritt beskriva en upplevelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Vidare konstruerades följdfrågor med syftet att vidare utveckla eller fördjupa förståelsen för de svar som gavs. Den semistrukturerade modellen ämnar till en öppnare intervju, där frågorna följer intervjupersonens svar.

### Pilotintervju

En första pilotintervju genomfördes med en av deltagarna. Henricson (2012) förklarar en pilotintervju som ett verktyg för att bedöma kvaliteten på frågorna och upplägget. Det gav även tillfälle för intervjuarna att testa den tekniska utrustningen, tidsaspekten och möjlighet att känna av situationen som intervjuare. Efter pilotintervjun korrigerades intervjuguiden genom att frågan ”*Vad upplever du fungerar med det palliativa vårdandet på din avdelning?*” lades till, då det upplevdes vara ett kunskapsområde som saknades i den ursprungliga varianten. Med detta korrigerat gjordes bedömningen att kvaliteten på pilotintervjuns innehåll var tillräckligt god samt svarade tillfredsställande på syftet, varför den inkluderades i studiens slutgiltiga resultat.

### Intervjuprocess

Författarna till föreliggande studie valde att i enlighet med Trost (2010) låta intervjupersonerna själva välja plats för intervju. Det resulterade i att en av intervjuerna hölls på Sophiahemmet Högskola och resterande intervjuer hölls på intervjupersonernas respektive

avdelning. I samband med detta övervägde författarna potentiellt förekommande störningsmoment, men beslutade att intervjupersonens känsla av trygghet var övervägande. Intervjuplatsen fick inte heller innehålla möjlighet för obehöriga att avlyssna. Intervjuerna genomfördes därför i enskilda rum. Samtliga intervjuer bandades med diktafon.

Ursprungligen avsattes 45 minuter per intervju för en god tidsmarginal samt för att minska eventuell stress som kan uppstå vid för kort tidsplanering. Intervjuerna varade sedan mellan 15-25 minuter, varpå den avsatta tiden för intervjuerna justerades. Inför varje tillfälle gavs intervjupersonerna muntlig information gällande studiens syfte, hantering av data samt användandet av diktafon. Vidare gavs information om att intervjupersonen när som helst kunde avbryta sitt deltagande. De fem första intervjuerna hölls gemensamt av båda författarna och resterande två intervjuer genomfördes på var sitt håll. De tillfällen då båda författarna var närvarande, hade den ena parten en aktiv roll i intervjuandet, medan den andra var mer passiv. En av författarna hade anknytning till en av avdelningarna studien genomfördes på. Under dessa intervjuer erhöll sagda författare en passiv roll, för att inte riskera att resultatet påverkades.

## **Bearbetning av data**

### Transkribering

De inspelade intervjuerna transkriberades av den som hade en passiv roll under intervjun. En utskrift av en intervju är en översättning från muntligt språk till skriftligt (Kvale & Brinkmann, 2009). Dock transkriberades ej pauser, upprepningar eller uttryck som ”ehm” eller ”mm”. Utöver detta bibehölls intervjupersonernas språkliga stil och uttryck i så stor utsträckning som möjligt. För att verifiera utskriften lyssnade den andra författaren igenom intervjuerna och jämförde dessa med det transkriberade materialet och vid behov korrigerades texten.

### Dataanalys

Som metod för studien valdes kvalitativ innehållsanalys. Metodens fokus ligger i att identifiera och beskriva skillnader och likheter, men även i att beskriva det uppenbara innehållet och tolka de underliggande budskapen (Graneheim & Lundman, 2004). För att påbörja analysen och skapa en helhetsbild lästes de transkriberade texterna igenom. Därefter lästes det transkriberade materialet igenom av författarna på varsitt håll och meningsbärande enheter markerades och lyftes ut. Det markerade materialet studerades gemensamt och de meningsenheter som berörde studiens syfte sammanfattades vidare. De utvalda meningsenheterna kondenserades för att göra innehållet mer lätthanterligt utan att det centrala innehållet gick förlorat i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna för att kort summera meningsenhetens innehåll. Kodernas innehåll delades in efter likhet och olikhet för att på så sätt sorteras in i underkategorier. Dessa underkategorier sorterades efter deras centrala innehåll vidare i kategorier (se tabell 1).

**Tabell 1.** Exempel på analys

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Vi kan, om vi vill, vilket vi har haft, kanske inte alltid vid palliativa patienter, när det varit svårigheter, så kan man sammankalla och få ha ett samtal med sjukhuspräst i grupp eller bara tillsammans så att säga, med chefsjuksköterskan eller biträdande som är ute på avdelningen</i>	Om vi vill kan vi sammankalla till möte när det varit tungt på avdelningen	Möjlighet till stöd finns	Arbetsgivarstöd	Arbetsförhållanden
<i>Annars så har man ju bara tid med det absoluta nödvändiga och hoppas att den här patienten har anhöriga på salen. Det är ju inte alltid dom har det, för har dom inte det så blir man ju mer stressad, för man vill ju egentligen vara där och kolla till dem kanske var tionde minut så att dom mår bra</i>	Det finns bara tid för det nödvändigaste. Man blir lätt stressad när patienter måste observeras ofta	Tidsbrist leder till stress	Tid	Resurser

## **Forskningsetiska överväganden**

### Informerat samtycke

Inför intervjuerna gavs intervjupersonerna information om studiens tillvägagångsätt för möjligheten att ta ett välinformerat beslut om medverkan. De blev informerade om att de under studiens gång kunde dra tillbaka sitt samtycke, då deltagandet i studien var frivilligt. Intervjupersonerna fick precis som Helgesson (2006) föreslår, information om hur deltagare av intresse blivit kontaktade, hur den information som framkom skulle hanteras samt vilket tillvägagångsätt som var att föredra om intervjupersonen önskade mer upplysningar. Författarna informerade vidare om intervjupersonens rätt att ta del av det slutgiltiga studieresultatet, i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009).

### Konfidentialitet

Den data som skulle kunna möjliggöra en identifiering av intervjupersonerna uteslöts och användes inte som data i studien. Detta för att säkra den utlovade konfidentialiteten. För att ytterligare avidentifiera deltagarna benämns de som sjuksköterskan i arbetet. Allt detta i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009). Helgesson (2006) talar om vikten av att ha goda säkerhetsrutiner kring hanteringen av känslig information om intervjupersonerna. Med detta som grund beslutade författarna att förvara alla uppgifter och data på en lösenordsskyddad dator, samt att de transkriberade intervjuerna inte fick innehålla uppgifter som kunde härleda

till intervjupersonen. Det beslutades också att intervjupersonernas identitet endast skulle vara känd för författarna.

### Konsekvenser

Författarna gjorde en konsekvensbedömning enligt Kvale och Brinkmann (2009), där konsekvenserna för intervjupersonerna granskades. Helgesson (2006) talar om de konsekvenser ett deltagande i en studie kan få för en intervjuperson, däribland stigmatisering och särbehandling på arbetsplatsen som ett resultat. Författarna har tagit hänsyn till detta, och har gjort bedömningen att studien inte skadat intervjupersonerna på deras arbetsplats eller den yrkesgrupp de representerar.

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de kategorier som framkom under analysprocessen och redovisas under rubrikerna *Omvårdnad*, *Resurser* och *Arbetsförhållanden*. Innehållet i varje kategori struktureras vidare med underkategorier (se tabell 2). De citat som valts ut representerar resultatet och redovisas med indrag och i kursiverad stil och i de fall text uteslutits har det markerats med tre punkter inom parantes. Citaten har översatts från talspråk till skriftspråk, men i övrigt inte skrivits om, då författarna anser att det speglar intervjupersonernas åsikter och uttryck mer representativt.

**Tabell 2.** Resultatöversikt

<b>Kategori</b>	<b>Underkategori</b>
Omvårdnad	<i>Upplevelser av vårdandet</i> <i>Närstående</i> <i>Kunskap</i>
Resurser	<i>Tid</i> <i>Teamarbete</i>
Arbetsförhållanden	<i>Rutiner och riktlinjer</i> <i>Arbetsgivarstöd</i>

### **Omvårdnad**

#### Upplevelser av vårdandet

Välfungerande ordinationer, omvårdnad och teamarbete var moment som fungerade på avdelningen rörande palliativt omhändertagande. Några av sjuksköterskorna uppmärksammande förbättringar i omvårdnaden och att de blivit bättre på att tillgodose patienters behov. Ett par sjuksköterskor tog upp frågan om en värdig död, där de ansåg att de flesta patienterna fick dö på det sättet de önskat. Sjuksköterskorna var även eniga i att undersköterskorna utgjorde en stor del av omvårdnaden i den palliativa vården och bekräftade deras arbete.

*Jag tycker att vi gör så gott vi kan med den tiden vi har. 90 procent får en värdig död, anhöriga hinner komma hit och de är välinformerade. Det är ju sällan det händer oväntat. Det är förberett och vi gör ju allt vi kan för att tillgodose olika behov, ifall man vill komma hem och dö på olika ställen.*

Upplevelserna av vad som var tyngst med palliativt vårdande delade sig. Flertalet av sjuksköterskorna menade på att det var när det rörde yngre patienter, eller patienter som var småbarnsföräldrar. De nämnde också de fall där de fått bra kontakt med patienten upplevdes som tyngre.

*När man ser någon som är runt trettio som har barn på två år, som dör. Det är hemskt, fruktansvärt. Vi har haft patienter som har gift sig på avdelningen, så ser man småbarn springa runt med lockigt hår och fina prinsessklänningar för de ska vara med när föräldrarna gifter sig. De gifter sig inte alls så som de har planerat och tänkt, men bara för att. För att man vet att det bara är några veckor eller dagar kvar.*

Andra sjuksköterskor nämnde närstående som en stor och stundtals krävande del av vården. Även de patienter som var svårlindrade lyftes fram som svårt. Det var främst smärtlindringen som kom på tal, men även svårlindrad ångest och illamående var något som ledde till känslor av frustration och maktlöshet.

### Närstående

Samtliga sjuksköterskor ansåg närstående vara en stor och viktig del att lyfta fram i samband med det palliativa vårdandet. De upplevde även att närståendevården var en av de svåraste delarna och kunde vara svårhanterad. Under intervjuerna framhölls det svårigheter i att veta hur väl införstådda de närstående var i situationen, eller vilka förväntningar de närstående hade på vårdpersonalen. Vissa av sjuksköterskorna beskrev situationer, där närstående önskat styra patientens farmakologiska behandling, som besvärande. Några av sjuksköterskorna upplevde det också som hindrande i de fall närstående inte fått det palliativa vårdförloppet förklarad för sig.

*Jag kan uppleva ibland att jag inte vet vad jag ska säga. De är ledsna och har mycket frågor, alla reagerar på olika sätt. Men man känner att man inte räcker till, för jag vet ju inte vad just de här vill ha av mig, vad vill de att jag ska säga, vad vill de att jag ska göra. Det är jättejobbigt.*

Vidare förklarade några av sjuksköterskorna att tidsaspekten var svår när det gällde närståendevården. Vårdandet av patienten blev svårare och mer krävande i de fall de närstående inte hade all information och det var inte alltid det fanns tid att ge dem det. Några av sjuksköterskorna beskrev en skillnad i kontakten med närstående till patienter som behandlades palliativt och övriga patienter. De kände även att närstående till patienter med somatiska besvär gick att lugna med andra åtgärder, till exempel att gipsa ett brutet ben. En sjuksköterska nämnde även det fysiska utrymmet som ett problem när det gällde närstående, där organisationen inte är gjord för dem.

*Anhöriga får knappt plats på enkelsalarna och det finns bara fällstolar. Sen har vi bara tre enkelrum, resten är flerbäddsrums. Då kan vi inte ha anhöriga på avdelningen, de får inte vara inne på salarna hela dygnet och det blir massvis med begränsningar. Det finns inga samtalsrum och ingen plats för besök. De kan inte gå ifrån, de kan gå ner till kafeterian och fika, men de kan inte gå ifrån på avdelningen och sitta ifred.*

I detta lyfte de samtidigt fram att närstående till patienter i livets slutskede ofta hade en större lyhördhet och förståelse för vårdandet på avdelningen. De uppgav även att de fått hjälp av närstående, då de snabbare kan upptäcka en förändring hos patienten, eftersom de har en annan relation till patienten än vad övrig vårdpersonal har.

### Kunskap

Sjuksköterskorna beskrev ingående en upplevd tillräckligt kunskap och att de kände sig bekväma med att ge vård i livets slutskede. Några av sjuksköterskorna såg numer vårdandet som sin vardag och som någonting positivt. De lyfte fram vårdandet som viktigt och bitvis svårt, men samtidigt som ett givande arbete som gav mycket tillbaka. Fortsättningsvis berättade sjuksköterskorna om en okunskap i början av sin anställning med en avsaknad av introduktion till palliativ vård. De beskrev vidare en känsla av stöd från arbetskollegor, där de mer erfarna sjuksköterskorna delade med sig av sina kunskaper rörande palliativ vård. De lyfte fram värdet av de erfarna kollegornas stöd i svåra situationer.

*Min första patient som dog på mitt pass var på en söndagförmiddag. Det fanns inte så mycket personal, ingen chef eller läkare på plats. Räddningen var att jag hade en kollega som var gammal i gamet som jobbade på samma pass. Jag visste ju knappt hur jag skulle göra i ordning patienten. Jag hade knappt sett en död patient. (...) Dessutom att stå där på en söndag, första gången var ju inte heller optimalt. Det är inte så att jag kan säga "du får inte dö på en söndag". Det går ju inte.*

### **Resurser**

#### Tid

Samtliga sjuksköterskor beskrev tidsbristen som det största hindret för att ge god palliativ vård. De poängterade att det inte var brist på kunskap eller vilja som ledde till försvårandet av den palliativa vården, utan en avsaknad av tid att utföra önskade åtgärder. I de flesta fall ledde det till en känsla av frustration och uppgivenhet, där bara det nödvändigaste hanns med.

*Men har man inte tid på natten, så har man också fyra inskrivningar och någon som är jättedålig, så kommer man in och sprutar stesolid en gång i timmen för att alla ska vara lugna.*

Den palliativa vården prioriterades högt. Några av sjuksköterskorna uttryckte ett missnöje rörande deras insatser relaterat till tidsbrist, men trodde inte det var något som återspeglades eller präglade vården. De försökte lämna stressen utanför patientsalarna och talade om vikten att låta allting ta den tid det behöver och att inte stressa hos patienten. De berättade vidare att de i många situationer fick lita på sin egen kunskap och erfarenhet för att känna att de gjort rätt prioriteringar.

*Jag tror och hoppas att jag kan gå med raska steg ute i korridoren och vara jättestressad inför mina kollegor och inne i läkemedelsrummet, men så fort jag kommer in på en sal där någon är väldigt sjuk, då släpper man allt där ute och då är man lugn.*



Många lyfte även fram tidsbristen i relation till närstående. De menade att närstående är en stor del av den palliativa vården och i många fall en resurs för sjuksköterskan. De patienter som har närstående hos sig behöver inte ses till lika regelbundet, vilket minskar belastningen på sjuksköterskorna.

*Vi kan ju aldrig sitta vak, det har aldrig hänt på vår avdelning sen jag började. Inte tidigare heller på väldigt många år. Vår vård bygger på att anhöriga engagerar sig. Gör de inte det får patienten ännu sämre vård, och vi får en ännu tyngre belastning, psykiskt framförallt.*

## Teamarbete

Vissa av sjuksköterskorna la stor vikt vid undersköterskorna och deras arbetsrelation. De jobbade i parvård och ett tätt teamarbete underlättade vårdandet av patienterna. Då även undersköterskorna var inne hos patienten fanns möjlighet att gemensamt bedöma patientens status, vilket till viss del kunde avlasta sjuksköterskorna.

*Undersköterskorna är jätteduktiga, de ser omvårdnaden. Det är en väldigt bra avdelning. Det är kul i allt det tragiska för det fungerar så bra. Och är det något problem åtgärdar vi det, vi pratar med varandra och tar till andra yrkesgrupper.*

Majoriteten av sjuksköterskorna kände ett stöd från läkarna. De beskrev en känsla av trygghet i deras arbete och intentioner. Även det medicinska stödet upplevdes, det fanns en generell uppfattning om en generositet med läkemedel rörande patienterna i behov av symtomlindrande läkemedel. De kände att läkarna lyssnade på vad de hade att säga och deras önskemål. Trots detta ansåg de flesta att läkarna inte hade den tid som krävdes i vårdandet av patienterna. Några av sjuksköterskorna uppgav att läkarna ofta var frånvarande från avdelningen eller upptagna på annat håll. Det kunde även upplevas att läkarna la mer tid på övriga patienter, vilket gjorde att planeringen för den palliativa vården ofta föll bort. Trots detta kände många att läkarna gjorde vad de kunde med den tiden de hade till förfogande.

## **Arbetsförhållanden**

### Rutiner och riktlinjer

Sjuksköterskorna berättade att nya rutiner rörande palliativ vård nyligen förts in på samtliga kirurgavdelningar på sjukhuset. Ingen hade ännu vårdat en patient enligt de nya rutinerna, men det sattes stor tilltro till dem och det fanns förhoppningar om att vården skulle bli säkrare och mer strukturerad i samband med övergången.

*Jag tror att det kommer bli bättre med LCP och att det kommer bli mer strukturerat för alla. Annars har det varit att de som brinner för palliativ vård och palliation gör ett jättebra jobb, och de andra gör ett lite mindre bra jobb.*

Innan de nya rutinerna infördes fanns inga specifika riktlinjer för den palliativa vården på avdelningarna. Flertalet av sjuksköterskorna beskrev det som svårare att ge en konsekvent vård och de gav vad de ansåg vara god omvårdnad. De baserade åtgärderna på egna kunskaper och erfarenheter, snarare än efter standardvårdplaner. Eftersom det inte funnits

checklistor fanns en risk att viktiga åtgärder missades att journalföras, något som sjuksköterskorna trodde skulle bli bättre i samband med införandet av de nya riktlinjerna.

*Man ska ju checka av. Innan har det ju varit självklart att man ska göra munvård och gett omvårdnad, men det är inte alltid att det journalförs och läggs in i de här att-göra-listorna. Men till 98 procent av fallen så utförs åtgärderna ändå.*

En av sjuksköterskorna lyfte fram brytpunktssamtalet som något som inte fungerat på avdelningen. Ofta hölls de inte alls och ibland var det sjuksköterskorna själva som genomförde dem. Sjuksköterskan upplevde att läkarna inte vågade hålla samtalen eller informera patienter och närstående. Trots detta ansåg många av sjuksköterskorna att den generella vården fungerade även utan konkreta riktlinjer. De lyfte fram vikten av god omvårdnad och i vilken utsträckning det faktiskt fungerade. Många av de åtgärder som utfördes fanns representerade i de nya rutinerna.

### Arbetsgivarstöd

Samtliga sjuksköterskor uttryckte en känsla av stöd från sin arbetsgivare. De berättade att det alltid fanns möjlighet att samtala med någon i de fall det behövdes. Vilka som var med under samtalen varierande och sjukhusprästen fanns tillgänglig i de fall det behövdes. Ingen av sjuksköterskorna uppgav att det fanns något upplevt motstånd till att få det stöd som önskades.

*Jag upplever att så fort jag skulle uttrycka att "nu tycker jag att det varit jobbigt" eller om natten har varit skit rent ut sagt, och man säger det till chefen då blir det såhär "okej, men ska vi samla de som varit involverade?". Sen är det upp till var och en om man vill vara med.*

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Sjuksköterskorna ansåg att de flesta patienter fick avlida på sina egna villkor, vilket härleddes till arbetet med kvalitetssäkring och till det goda samarbetet inom det multiprofessionella teamet. Vidare arbetade sjuksköterskorna mot uppfyllandet av patienters önskningar gällande vården och deras sista tid i livet, vilket stärks av Wallerstedt och Andershed (2007), där målet var att få patienten så tillfredsställd som möjligt. Omvårdnaden ansågs även vara adekvat och tillräcklig för att leva upp till de krav som finns inom palliativ vård.

Hopkinson, Hallett och Luker (2003) beskriver sjuksköterskornas upplevelse av palliativ vård som en erfarenhetsbaserad del av yrket som kräver tillvänjning, men som tillslut blir en del av vardagen. Detta bekräftas av de intervjuade sjuksköterskorna i föreliggande studie, vilka vidare menar att vården är komplex och stundtals krävande. Sjuksköterskorna beskrev att de tyngre upplevelserna i relation till palliativt vårdande ofta rörde yngre patienter eller patienter med minderåriga barn. Hopkinson et al. (2003) fann att ett känslomässigt engagemang lätt kan gå överstyr och sätta sjuksköterskorna i en ohållbar situation där till slut vården påverkas negativt.

Iranmanesh, Häggström, Axelsson och Sävenstedt (2009) menar att patienter i livets slutskede och deras närstående ska ses som en enhet. De intervjuade sjuksköterskorna delade den uppfattningen, men uttryckte vissa svårigheter i bemötandet av närstående. De upplevde att varje person är unik med egna tankar och önskemål kring vården och hur den ska utföras, vilket krävde mer från sjuksköterskorna i deras bemötande. Sjuksköterskorna menade att de inte visste hur de skulle förhålla sig till situationen eller hur de skulle svara på frågor från närstående. Detta bekräftas av Iranmanesh et al. (2009) som vidare betonar att kunskap om patienter och närstående är nödvändig för att kunna förse dem med korrekt information på ett sätt de kan ta till sig.

Sjuksköterskorna beskrev de närståendes känsla av att situationen var utanför de ahörigas kontroll som en orsak till den upplevda svårigheten i närståendevården. Eftersom de såg närstående och patient som en helhet, försvårades arbetet med patienterna när kontakten med närstående var bristande och de istället jobbade med patienter och närstående separat. Al-Qurainy et al. (2009) menar att kommunikationen med närstående influerar den upplevda vårdkvaliteten, vilket stöds av Wallerstedt och Andershed (2007) som påpekar betydelsen av att använda sig av ett familjeperspektiv där närstående involveras i vården. Vidare beskriver de samarbetet med närstående som en grundförutsättning för att kunna ge patienten en lugn och fridfull död.

Vidare beskrev sjuksköterskorna svårigheterna i att inte alltid ha möjlighet att tillgodose de närståendes önskemål kring vårdandet av patienten. De nämnde bland annat de tillfällen närstående önskat större mängder smärt- eller ångestlindrande än vad som ansetts nödvändigt och dilemmat i att ta hänsyn till önskemålen och samtidigt behålla en värdighet i vårdandet. Iranmanesh et al. (2009) påpekar vikten av att aktivt lyssna till de närstående önskemål, snarare än att enbart fokusera på de fysiska aspekterna av vårdandet. Detta kan anses problematiskt i en vårdssituation där sjuksköterskorna ibland besitter kunskaper rörande vården som kan anses väga tyngre än närstående önskemål.

Trots svårigheter med närstående, beskrevs de även av sjuksköterskorna som lyhörda och med en stor förståelse för vårdandet på avdelningarna. De var även en resurs för sjuksköterskorna i vårdandet av patienten vilket stöds av Hopkinson, Hallett och Luke (2005), som anser närstående vara till stor hjälp i det fysiska vårdandet och en källa för information. Författarna reflekterade över konsekvenserna av att använda närstående som grund för vårdandet av patienter. Det personcentrerade förhållningssättet försvinner och omvårdnaden istället baseras på vad de närstående anser vara god vård.

I linje med två nationellt utförda studier menade de intervjuade sjuksköterskorna att de besatt tillräckligt med kunskap och hade en känsla av trygghet i vårdandet av patienter i livets slutskede. Sjuksköterskorna i de nationella studierna framhöll vidare att trots en emellanåt tung och svårhanterad vårdform sågs det som en positiv och givande del av deras arbete och som något som gav mycket tillbaka, vilket överensstämmer med sjuksköterskorna i föreliggande studie. De menade att det var viktigt att reflektera över sina insatser och vilka följder de medförde, positiva som negativa (Iranmanesh et al., 2009; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Internationella studier, gjorda i Australien respektive Skottland, motsäger de intervjuade sjuksköterskornas upplevelser och menar istället att det är vanligt med en känsla av okunskap och osäkerhet hos sjuksköterskor i samband med palliativ vård inom akutmedicin, där avsaknaden av kunskaper leder till en försämrad vård för patienterna (Bloomer et al., 2013;

Milligan, 2012). I deras studier framkom även att sjuksköterskorna såg vårdandet av döende patienter som en obekvämt situation som ofta bortprioriterades till förmån för andra patienter som inte befann sig i livets slutskede. De olika studiernas resultat skiljde sig åt markant och författarna till föreliggande studie reflekterade huruvida skillnaderna i studiernas resultat kan bero på kulturella skillnader eller olikheter i sjuksköterskornas yrkesroller.

Davidson et al. (2003) menar att palliativ vård är något som bör implementeras i större utsträckning i grundutbildningen för all vårdpersonal. Vidare fann de i sin studie att vårdpersonalens kunskaper varierade och var tätt sammankopplade med erfarenhet och exponering för palliativ vård. Wallerstedt och Andershed (2007) fann att vårdandet av döende patienter gav sjuksköterskorna ovärderlig kunskap som används i andra vårdssituationer. Detta bekräftades av de intervjuade sjuksköterskorna, som menade att deras kunskaper inte var inhämtade genom teoretiska kunskaper, utan var förvärvade via erfarenhet i det kliniska arbetet och med hjälp av mer erfarna kollegor på avdelningen.

I enlighet med Wallerstedt och Andershed (2007) fanns ett tydligt mönster kring sjuksköterskornas tidspress relaterat till den upplevda kontinuiteten i det palliativa vårdförloppet. Däremot krävde tidsbristen att sjuksköterskorna i föreliggande studie gjorde prioriteringar i omvårdnaden. Patienter i livets slutskede prioriterades oftast först, vilket inte överensstämmer helt med Wallerstedt och Andershed (2007). De menar att prioriteringar kan vara obekväma men nödvändiga, där patienterna i livets slutskede ibland får åsidosättas och friskare patienterna ges förtur (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sjuksköterskorna uppgav att tidsbristen var den största orsaken till att inte ge en god palliativ vård. Det gav upphov till frustration och uppgivenhet, med resultatet att enbart de nödvändigaste arbetsuppgifterna utfördes, vilket överensstämmer med Wallerstedt och Andershed (2007) samt Hopkinson, Hallett och Lukers (2003), där tidspressen ses som en källa till både stress och utmattning.

Wallerstedt och Andershed (2007) ser teamarbete och kollegialt samarbete som två grundstenar i sjuksköterskornas vardagliga yrkesutövning, där det multiprofessionella teamet fungerar som en kunskapsbank. Detta bekräftas av de intervjuade sjuksköterskorna som utnyttjade de resurser som återfanns på sjukhuset. Vidare talade de om en mindre stöttande läkarkår, där svårigheterna främst låg i läkarnas frånvaro, men även i prioriterandet av patienterna, där patienter i livets slutskede ofta valdes bort. Wallerstedt och Andershed (2007) styrker detta och påpekar vidare ett varierande läkarintresse, där sjuksköterskor upplever en osäkerhet hos läkarna i hanteringen av patienter i livets slutskede.

I linje med Al-Qurainy et al. (2009) menade sjuksköterskorna att det fanns svårigheter i vårdandet av patienter i livets slutskede. Utan specifika riktlinjer framtagna för palliativ vård, försvårades arbetet med att ge en god och konsekvent vård. Al-Qurainy et al. (2009) påpekar brister i symtomkontroll, prognos, kommunikation och planering som ett resultat av en avsaknad av riktlinjer och protokoll. Detta bekräftades av sjuksköterskorna, som beskrev en oro inför vårdandet och begränsningarna i att ge en god och kvalitetssäkrad vård.

De såg vidare införandet av LCP som ett hjälpmedel för att säkra vårdkvaliteten, men även för att underlätta integrationen av den palliativa vården på akutavdelningar. Många av sjuksköterskorna hade stora förhoppningar om att vården skulle struktureras upp med hjälp av LCP, vilket bekräftas av Duffy, Payne och Timmins (2011). De ser riktlinjer som en nödvändighet för att stötta sjuksköterskor i deras arbete med att planera och genomföra vården med patientens behov i fokus.

Sjuksköterskorna upplevde att stöd fanns hos deras arbetsgivare och var överlag nöjda med hur påfrestande situationer hanterades, till skillnad vad Wallerstedt och Andershed (2007) funnit i sina studier. Där framkom det en känsla av missnöje gentemot arbetsledningen och dess hantering av den palliativa vården, men även ett bristande stöd och förståelse för sjuksköterskornas situation i hantering av patienter i livets slutskede. Författarna reflekterade över hur en sådan arbetssituation kan leda till försvårade omständigheter, där den palliativa vården till slut enbart blir en börda för vårdpersonalen.

## **Metoddiskussion**

En kvantitativ metod betraktar fenomenen objektivt och fokuserar på förekomst, storlek och mätbara attribut. Mänskliga erfarenheter kan vara svåra att mäta och det ges inte samma möjlighet att fokusera på intervjupersonernas subjektiva upplevelser med en kvantitativ metod (Polit & Beck, 2012). Lundman och Graneheim (2004) menar vidare att kvantitativa metoder är bättre lämpade i de fall psykologiska fenomen inte står i fokus för studien. Med detta som grund användes en kvalitativ metod, i enlighet med Trost (2010), som menar på att studiens syfte är det som styr valet av metod.

Den geografiska närheten var en aspekt som togs i beaktning i förberedelserna för studien. För en större spridning och en ökad generaliserbarhet, bestod det ursprungliga urvalet av fyra sjukhus inom Stockholms län. Tre av sjukhusen avstod från att delta, vilket resulterade i att studien utfördes inom den verksamma kirurgkliniken på det kvarvarande sjukhuset. Författarna diskuterade huruvida det kunde påverka slutresultatet. Trots den minskade spridningen kunde syftet besvaras tillfredsställande.

Inklusionskriterierna begränsade ytterliga urvalet, då de uteslöt potentiella intervjupersoner som ännu inte varit yrkesverksamma i två år. Beslutet om att inte inkludera de sjuksköterskor med mindre än två års erfarenhet baserades på, i enlighet med Benner (2001), att det är först efter den tidsperioden tillräckligt med kunskap och erfarenhet har inhämtats.

Författarna reflekterade över hur användandet av sjuksköterskor med mindre än två års erfarenhet hade påverkat studien. Riskerna om att gå miste om värdefull information som eventuellt främjat syftet begrundades, men författarna till föreliggande studie bedömde att deras brist på erfarenhet inte var lämpad för studiens inriktning, varpå de uteslöts. Ingen övre begränsning rörande yrkesverksamma år sattes. Författarna diskuterade huruvida det behövdes, men kom fram till att det fanns en relevans i en variation av erfarenhet.

I kvalitativ forskning finns inga riktlinjer för storleken på urvalsgruppen. En vägledning är att låta syftet och informationsbehovet styra, tills det att tillräcklig data insamlats för att kunna beskriva det studerade fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Vidare menar Trost (2009) att kvaliteten går före kvantiteten, där färre väl utförda intervjuer har mer värde än flera mindre väl utförda. I enlighet med detta, och med skolans riktlinjer för uppsatser baserade på kvalitativa intervjuer beslutade författarna i föreliggande studie att genomföra sju intervjuer.

Syftet med att intervjupersonerna fick välja plats, var att öka förutsättningarna för deltagarnas trygghet, vilket Trost (2009) menar är av stor vikt. I samband med detta, övervägde författarna potentiellt förekommande störningsmoment, till exempel i form av avbrytande kollegor, men beslutade att intervjupersonens känsla av trygghet övervägde riskerna.

Intervjuplatsen fick inte heller innehålla möjlighet för obehöriga att avlyssna, som ett steg i bevarandet av intervjupersonens konfidentialitet, varför intervjuerna hölls i enskilda rum.

Intervjupersonernas trygghet var av stor vikt inför intervjutillfället, då det kan minska känslan av den maktförskjutning som kan uppstå i samtalet. Kvale och Brinkmann (2009) menar att intervjuinteraktionen inte kan betraktas som en öppen och fri dialog mellan jämlika parter. Det är intervjuaren som definierar intervjuämnet och situationen, inleder och avslutar samtalet samt ställer frågor relevanta för studien. Det är en enkelriktad dialog, där intervjupersonens roll är att besvara intervjuarens frågor. Enligt Kvale och Brinkmann (2009), är det ett sätt för forskaren att få tillgång till berättelser och upplevelser, som sedan tolkas i enlighet med student syfte. Vidare menar de på att en omedveten reaktion på maktförskjutningen hos intervjupersonen kan vara en motkontroll, genom att information undanhålls, att ifrågasätta intervjuaren, att protestera mot frågor och tolkningar eller genom att dra sig ur studien.

Maktasymmetrin som uppstår är inte alltid avsiktlig och det är inte alltid nödvändigt att eliminera den. Författarna strävade efter att minimera maktförskjutningen genom att reflektera och vara medvetna om den i intervjusituationen. Genom att försäkra sig om intervjupersonernas samtycke, garantera konfidentialitet samt ta hänsyn till eventuella konsekvenser deltagandet kan leda till, minimerades den ytterligare (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Detta ökar möjligheterna för intervjuaren att anpassa frågorna efter intervjupersonernas svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Trost (2009) menar vidare på att intervjuaren inte bör vara låst vid intervjuguidens disposition, utan istället låta den intervjuade styra frågeföljden. Innan intervjuguiden utformades, sökte författarna information om ämnet, för att kunna utforma frågor som besvarade studiens syfte. Flertalet av frågorna i intervjuguiden var öppna, vilket gav intervjupersonen möjlighet att utveckla sina tankar självständigt.

De fem första intervjuerna hölls av båda författarna, vilket enligt Trost (2009) kan ligga till intervjuarnas fördel i de fall intervjuerna inte är erfarna eller om ämnesområdet är känsligt. Det kan bidra till en ökad informationsmängd och en större förståelse i intervjusituationen, förutsatt att intervjuerna är samspelade. Under intervjuerna var en part aktiv, medan den andra var mer passiv och följde upp med eventuella följdfrågor. Risken med två intervjuare kan dock vara en ytterligare förskjutning i maktasymmetrin, där intervjupersonen upplever sig hamna i underläge. De två sista intervjuerna genomfördes på var sitt håll, med endast en författare närvarande. Författarna upplevde ingen påverkan på resultatet eller informationsmängden kopplat till antal intervjuare.

Då en av författarna hade anknytning till en av avdelningarna, gjordes valet att denne tog sig an en mer passiv roll under intervjun, för att inte påverka intervjupersonen. Det förhindrar även eventuella begränsningar en intervjuperson kan känna i samband med en relation med intervjuaren. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan maximal objektivitet uppnås genom att skapa utrymme där intervjupersonen har möjlighet att opponera sig. I samband med att den första kontakten upprättades, informerades samtliga berörda sjuksköterskor om författarens närvaro. Ingen av sjuksköterskorna uttryckte motstånd till detta, varpå båda författarna närvarade. Författarna upplevde inte att den data som framkom skiljde sig från resterande intervjuer och beslöt därför att inkludera alla intervjuer i resultatet.

## **SLUTSATS**

Föreliggande studie påvisar att sjuksköterskorna kände sig bekväma med att utföra vård i livets slutskede. De hade även tillräckliga kunskaper för att utföra vården och kände sig säkra med det. Vidare upplevde de att tidsbristen var det största hindret för att utföra palliativ vård. Även närstående till patienter i livets slutskede kunde upplevas som både ett hinder och en tillgång. Sjuksköterskorna kände ibland svårigheter i att veta hur de skulle förhålla sig till de närstående. Kunskapen från grundutbildningen upplevdes som bristfällig och det framkom att kunskapen inom palliativ vård inhämtats via erfarenheter på avdelningen. Teamarbetet var något som lyftes fram. När teamarbetet fungerade bra, minskade sjuksköterskornas stress samtidigt som tryggheten ökade.

## **Fortsatta studier**

Författarna till föreliggande studie upplever att fortsatta studier om sjuksköterskans upplevelse av att vårda palliativt enligt de nya vårdprogrammen skulle vara av intresse. Detta eftersom vårdprogrammen som växt fram är relativt nya. Författarna anser vidare att mer forskning om hur omhändertagandet av närstående till patienter i livets slutskede påverkar sjuksköterskans arbete behövs, då det var något som lyftes fram under studien.

## REFERENSER

- Ahmedzai, S.H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., & Verhagen, S.C.(2004). A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer* 40(15), 2192-2200.
- Al-Qurainy, R., Collis, E., & Feuer, D. (2009). Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *International journal of clinical practice*, 63(3), 508-515. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01991.x.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- 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.
- Bolund, C. (2013). Det existentiella samtalet – samtal om liv och död. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (ss. 179-196). Lund: Studentlitteratur.
- Brattgård, D. (2012). Om konsten att dö – Etiska och Palliativa aspekter. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ Medicin och Vård* (ss. 67-79). Stockholm: Liber.
- Davidson, R., Intraona, K., Daly, J., Paull, G., Jarvis, R., Angus, J.,... Dracup, K. (2003). Cardiorespiratory Nurses' Perceptions of Palliative Care in Nonmalignant Disease: Data for the Development of Clinical Practice. *American Journal of Critical Care*, 32, 47-53.
- Duffy, A., Payne, S., & Timmins, F. (2011). The Liverpool Care Pathway: does it improve quality of dying? *British journal of nursing*, 20(15), 942-946.
- Engström, I. (2013). Etik, erfarenhet och evidens. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv I teori och praktik* (ss. 151-162). Lund: Studentlitteratur.
- Falk, H., & Jakobsson Ung, E. (2013). Den sista vårdplatsen. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (ss. 79-90). Lund: Studentlitteratur.
- Förenta Nationerna. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Bryssel: UNRIC. Hämtad från <http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- Glimelius, B (2012). Kuration eller Palliation?. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ Medicin och Vård* (ss. 15-22). Stockholm: Liber.
- Gradalski, T., Wesolek, E., & Kleja, J. (2012). Terminal cancer patients' informed consent for palliative care admission and their quality of life. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 847. doi: 10.1089/jpm.2012.0055.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2) ,



Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Hopkinson, JB., Hallett, CE & Luker, KA. (2003) Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 44(5), 525-33.

Hopkinson, JB., Hallett, CE & Luker, KA. (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 125-33.

International Council of Nursing. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

International Council of Nurses. (2010). *Definition of Nursing*. Hämtad 12 november, 2013, från: [http://www.icn.ch/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=135&Itemid=109&lang=en](http://www.icn.ch/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=135&Itemid=109&lang=en)

Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. (2009). Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holistic nursing practice*, 23(4), 243-252. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181aecf12.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lewis, K. (2013). How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing Older People*, 25(8), 22-26. doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479.

Marie Curie Palliative Care Institute in Liverpool. (2012). *Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP): Supporting care in the last hours or days of life*. Liverpool: Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. Hämtad från <http://www.sii-mcpcil.org.uk/media/10843/LCP%20Core%20Documentation.pdf>

McCormack, B., & McCane, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Milligan, S. (2012). Optimising palliative and end of life care in hospital. *Nursing standard*, 26(41), 48-56.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 - 2014*. Stockholm: Regionalt Cancercentrum. Hämtad från [http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP\\_Palliativv%C3%A5rd\\_2012\\_final.pdf](http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativv%C3%A5rd_2012_final.pdf)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2012). *Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 8 oktober, 2013, från Socialstyrelsen. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4673>

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

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla: Värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>

Strang, P (2012). Ett palliativt förhållningssätt – enligt WHO. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ Medicin och Vård* (ss. 30-34). Stockholm: Liber.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

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

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2. ed.). Geneva: WHO. Hämtad från <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

Stockholm 2013-09-20

Till verksamhetschef

NN

XXkliniken, XXsjukhuset

Vi heter Rebecca Almerén och Jonas Lundquist och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelse av att ge vård i livets slutskede på akutkirurgisk avdelning (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid avdelning XX, XX Sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid avdelning XX, 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 avdelning XX är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

---

Rebecca Almerén

070XX

[Rebecca.almeren@sophiahemmethogskola.se](mailto:Rebecca.almeren@sophiahemmethogskola.se)

---

Jonas Lundquist

070XX

[Jonas.lundquist@sophiahemmethogskola.se](mailto:Jonas.lundquist@sophiahemmethogskola.se)

Handledare

---

Margareta Ramsjö

08-XX

[Margareta.ramsjo@sophiahemmethogskola.se](mailto:Margareta.ramsjo@sophiahemmethogskola.se)

## **SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT GE VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE PÅ EN AKUTKIRURGISK AVDELNING**

### Problemformulering

Sveriges hälso- och sjukvård blir alltmer ansträngd som resultat av en ständigt växande och åldrande befolkning med ökat vårdbehov. Allt fler spenderar sin sista tid i livet på sjukhus, vilket ökar kraven på både resurser och vårdkvalitet. Sjuksköterskor har i studier upplevt en osäkerhet och en brist på kunskap kring vårdandet av patienter i livets slutskede, där arbetsbelastningen i relation till tidsbristen bidrar till en ökad stress.

Akutmedicinska avdelningar är en miljö med ständigt ökande omhändertagande av svårt sjuka. Det är en svår uppgift att vårda patienter i livets slutskede och samtidigt ta hand om de akut sjuka, där tidsbrist är en dominerande faktor för prioriteringar i omvårdnaden. Genom att utforska sjuksköterskors upplevelser av att ge vård i livets slutskede på kurativt inriktade avdelningar, kan svårigheter och erfarenheter upptäckas och på så sätt belysa de problem och resurser som återfinns. På sikt kan detta bidra till att minska klyftan mellan den palliativa och den akutmedicinska vården.

### Syfte

Syftet med föreliggande studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slutskede på en akutkirurgisk avdelning.

### Metod

Vi har valt en kvalitativ metod, där sjuksköterskor kommer att intervjuas om deras upplevelser av att ge vård i livets slutskede. Genom intervjuerna önskar författarna att kunna få en bredare bild och kunskap inom området samt kunna jämföra med internationell forskning.

Vi ämnar intervjua sex till åtta sjuksköterskor med minst två års erfarenhet som sjuksköterska och som varit omvårdnadsansvarig för minst en patient i livets slutskede.

### Tidslängd

Studien fortlöper from. v. 40-46. Vi skulle gärna vilja utföra intervjun mellan vecka 42-44, men är anpassningsbara om det skulle passa Dig bättre vid en annan tidpunkt.

## BILAGA B

Jag godkänner härmed att Rebecca Almerén och Jonas Lundquist får utföra studien  
”Sjuksköterskor upplevelse av att ge vård i livets slutskede på akutkirurgisk avdelning” på  
kliniken under Oktober 2013

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

**Allmänna frågor**

1. Hur gammal är du?
2. Hur länge har du jobbat som legitimerad sjuksköterska?

**Huvudfrågor**

1. Hur upplever du vård i livets slutskede?
2. Känner du dig bekväm med att ge vård i livets slutskede?
3. Känner du att du har tillräckligt med kunskap för att ge vård i livets slutskede?
4. Känner du att det finns tillräckligt med kunskap om palliativ vård inom det interprofessionella teamet?
5. Vad upplever du är den svåraste delen med vård i livets slutskede?
6. Vad är det jobbigaste med att vårda i livets slutskede?
7. Hur upplever du situationer där lindring ej uppnås?
8. Upplever du att du har tiden som krävs att ge god palliativ vård?
9. Vad upplever du som det största hindret för att ge god palliativ vård?
10. Finns det några rutiner rörande palliativt omhändertagande på din avdelning?
11. Upplever du att du får tillräckligt med stöd från läkarna?
12. Upplever du att du får tillräckligt med stöd från din arbetsgivare?
13. Vad upplever du fungerar med det palliativa vårdandet på din avdelning?
14. Hur upplever du kontakten med närstående under det palliativa vårdförloppet?

**Eventuella följdfrågor**

Vad innebär...?

Berätta mer..?

Hur tänker du...?

Vill du utveckla..?