

Med Personen i Centrum

Sjuksköterskors uppfattningar om att vårda patienter med ett palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning

FÖRFATTARE

Karina Aspeflo
Berit Johansson

PROGRAM/KURS

Specialistsjuksköterskeprogrammet
60 Högskolepoäng
Onkologisk vård
Examensarbete i omvårdnad
med inriktning mot onkologisk
vård, OM5370, VT 2014

OMFATTNING

15 Högskolepoäng

HANDLEDARE

Lars-Eric Olsson

EXAMINATOR

Monica Pettersson

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Med Personen i Centrum Sjuksköterskors uppfattningar om att vårda patienter med ett palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning
Titel (engelsk):	The Person at the Center Nursing care for patients in palliative care in a surgical ward. Nurses' perceptions.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet Onkologisk vård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot onkologisk vård, OM5370
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	43 sidor
Författare:	Karina Aspeflo Berit Johansson
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Monica Pettersson

SAMMANFATTNING

Inledning: På kirurgiska vårdavdelningar på de flesta sjukhus i Sverige vårdas patienter med olika diagnoser. Patienter med gastrointestinala sjukdomstillstånd kan till exempel vårdas sida vid sida med patienter med urologiska sjukdomar eller patienter i behov av commotioobservation. Att gemensamt med dessa patienter vårda patienter med palliativt vårdbehov kan av både sjuksköterska och patient uppfattas problematiskt.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka sjuksköterskornas uppfattningar om omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Metod: En fokusgruppsintervju genomfördes med ett strategiskt urval av sjuksköterskor från två akutkirurgiska vårdavdelningar på ett länssjukhus i västra Sverige. Data från intervjun analyserades med kvalitativ riktad, deduktiv innehållsanalys med personcentrerad vård som teoretisk referensram. Den teoretiska bakgrunden visar att personcentrerad vård inbegriper partnerskap, medverkan och strukturerad dokumentation.

Resultat: Resultatet av denna studie visar att även en fjärde kategori, organisation, framkom och behövde redovisas.

Diskussion: De fyra kategorierna diskuterades utifrån insamlad data och tidigare forskning samt övriga fynd i litteraturen. Deltagarna i studien påtalade att flertalet brister i organisationen i hög grad påverkade möjligheten att införa och bedriva personcentrerad vård där patienter med palliativt omvårdnadsbehov vårdas tillsammans med akut kirurgiskt sjuka patienter.

Konklusion: Studien visar att vidare forskning i ämnet behövs för att i framtiden kunna bedriva personcentrerad vård på våra vårdavdelningar. Deltagande sjuksköterskor i studien var rörande överens om att integrera patienter med palliativa vårdbehov på en akut kirurgisk vårdavdelning definitivt inte är att rekommendera.

ABSTRACT

Introduction: On the surgical wards in most hospitals in Sweden patients with different surgical needs are cared for. Patients with gastrointestinal conditions are, for example, nurtured alongside patients with urological disorders or patients in need of observation for head trauma. When the nurse, in addition to these patients, have to care for patients with palliative care needs can be perceived as problematic for nurse and patient alike.

Purpose: The purpose of this study is to explore nurses' perceptions of care for patients with palliative care needs on an acute surgical ward, based on a person-centered perspective.

Method: A focus group interview was conducted with the strategic selection of nurses from two acute surgical wards in a county hospital in western Sweden. The data from the interview were analyzed with qualitative directed, deductive content analysis with person-centered care as a theoretical framework. The theoretical background shows that person-centered care includes partnership, participation and structured documentation.

Results: The results of this study show that even a fourth category, organization, emerged and needed to be reported.

Discussion: The four categories were discussed on the basis of the collected data and previous research and other findings in the literature. The participants in the study mentioned that the majority of deficiencies in the organization significantly affected the ability to establish and conduct person-centered care when patients with palliative care needs were cared for alongside with acute surgical patients.

Conclusion: The study shows that further research on the topic is needed in the future to achieve person-centered care in our wards. Participating nurses in the study were in total agreement that to integrate patients with palliative care needs on an acute surgical ward is definitely not recommended.

Keywords: Person-centered care, nursing, palliative care, surgical ward, inpatient

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kirurgisk vård	1
Palliativ vård.....	1
Sjuksköterskerollen – Kirurgisk omvårdnad	4
Sjuksköterskerollen – Palliativ omvårdnad.....	4
Teoretisk referensram – Personcentrerad omvårdnad.....	5
Initiera partnerskapet – Patientberättelsen.....	6
Partnerskapet – Delat beslutsfattande.....	6
Bevara partnerskapet – Dokumentationen	6
Tidigare forskning.....	7
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod.....	10
Design	10
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
<i>Initiera partnerskapet - Patientberättelsen</i>	<i>11</i>
<i>Partnerskapet: Delat beslutsfattande</i>	<i>12</i>
<i>Bevara partnerskapet: Dokumentationen.....</i>	<i>12</i>
Pilotstudien.....	13
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
Initiera partnerskapet: Patientberättelsen	14
Partnerskapet – Delat beslutsfattande.....	14
Bevara partnerskapet - Dokumentationen.....	19
Organisation.....	19
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	26

Initiera partnerskapet – Patientberättelsen.....	27
Partnerskapet – Delat beslutsfattande.....	28
Bevara partnerskapet – Dokumentationens	29
Organisation.....	30
Sammanfattning	32
Referenser	34
Bilaga 1	37

Inledning

Kirurgi innebär som regel en kurativ åtgärd emedan den palliativa vården inriktas på lindrande och möjligen livsförlängande behandling. Det är vanligt att man idag vårdar patienter med palliativt vårdbehov sida vid sida med patienter med kirurgiskt vårdbehov. Omställningen från att vårda den kirurgiska patientkategorin till att vårda patienter med palliativt vårdbehov kan upplevas svår att hantera för både erfarna och oerfarna sjuksköterskor.

Bakgrund

Kirurgisk vård

Sjukvården i Sverige delas in i tre nivåer – Primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Primärvården inbegriper vårdcentraler, läkarmottagningar och distriktsköterskemottagningar. Länssjukvård bedrivs på landets cirka tjugo länssjukhus där det finns möjlighet att ta emot och behandla nästan alla sjukdomsområden utom de som kräver specialistvård av högre nivå. Regionsjukvården bedrivs på de nio regionsjukhus som finns i Sverige. På regionsjukhus, eller universitetssjukhus som de också kallas, finns specialistvård där svåra och komplicerade sjukdomar behandlas.

På en akutkirurgisk vårdavdelning diagnostiseras, behandlas och vårdas patienter med olika kirurgiska åkommor, både akut och planerat. Då många kirurgiska ingrepp idag görs polikliniskt blir det på vårdavdelningarna plats för eftervård av patienter som genomgått större kirurgiska ingrepp. Detta medför att patienterna blir mer vårdkrävande och arbetsbelastningen för vårdpersonalen ökar. Eftervården är oftast styrd av PM och rutiner vilket innebär att vården till stor del styrs av klockan, kontroller ska tas med ett visst intervall, prover ska tas och sår ska inspekteras.

Palliativ vård

Palliativ vård grundas på fyra hörnstenar; multiprofessionellt samarbete, kommunikation, relation samt symtomlindring . Palliativ vård är till för alla oavsett ålder, kön eller diagnos. Från början var palliativ vård enbart inriktad mot diagnosen

cancer men idag är det viktigt att även inrikta sig på andra diagnoser. Det är viktigt att omfatta alla kroniska sjukdomar för att möta behoven hos den äldre patientgruppen som blir större och större i Sverige (Socialstyrelsen, 2013).

Nationella rådet för Palliativ vård (NRPV) översätter WHO:s definition av palliativ vård så här:

“Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom.” (WHO, 2013)

I och med att medellivslängden ökar kommer allt fler att drabbas av svår, kronisk sjukdom (Wijk & Grimby, 2008). Den palliativa vården har svårt att svara upp till det ökande antalet patienter som söker vård. De vanligaste anledningarna till att patienter med palliativt vårdbehov söker vård är smärta, illamående och kräkningar, aptitnedsättning, fatigue, dyspné och hosta. Patienter inom palliativ vård har också ofta besvär med oro och ångest. Oro och ångest som både medför att de vill komma hem snabbt men även stanna kvar på sjukhus (ibid.).

Palliativ vård delas in i två faser (Socialstyrelsen, 2013). En inledande och en avslutande fas. Den inledande fasen är den livsförlängande fasen och den kan vara lång. Den kortare, avslutande, fasen inriktas på lindrande vård. Starten av den inledande fasen kan ske när patienten diagnosticerats med en progressiv, obotbar sjukdom men det är svårt att ange ett exakt ögonblick när palliativ vård bör inledas. Detta ögonblick avgörs från fall till fall och beror på ett antal omständigheter såsom livssyn och livssituation (ibid.). Gränsen för när den inledande fasen övergår i den avslutande är lika flytande som starten av den inledande och denna transition kan initieras av läkare såväl som patient (Gott, Ingleton, Bennet & Gardiner, 2011; Socialstyrelsen, 2013). När en patient diagnosticerats med en progressiv, obotbar sjukdom kan läkaren i samråd med patient och närstående skicka en remiss till ett Palliativt konsultteam (PKT). Denna remiss innebär att man som patient knyts till ett team bestående av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeut,

sjukgymnast och kurator (NRPV, 2013; Socialstyrelsen, 2013). PKT stödjer vård- och omsorgspersonal genom att tillhandahålla utbildning, rådgivning och handledning (NRPV, 2013). Patientansvaret ligger dock inte hos PKT utan hos vårdgivare såsom specialister inom slutenvården eller distriktsläkaren även om patienter och närstående på uppdrag kan erhålla stöd från PKT.

Läkaren har skyldighet att i samband med övergången från kurativ till palliativ vård ha brytpunktssamtal med patient och eventuellt närstående (Socialstyrelsen, 2013). Brytpunktssamtal ska hållas vid flera tillfällen och ska beröra begränsning, eller avsaknad av möjligheter till livsförlängande åtgärder. Dessa brytpunktssamtal innebär att läkare samtalar med patient och närstående om den gemensamma inriktningen på vården och omvårdnaden. I detta samtal är patientens önskemål, tillstånd och behov betydelsefulla beståndsdelar (ibid.).

Patienter med palliativt vårdbehov kan förväntas behöva sjukhusvård vid ett flertal tillfällen under sin sjukdomstid och då kan en så kallad *öppen retur* till en hemavdelning underlätta. *Öppen retur* innebär att patienten inte behöver söka vård via sjukhusets akutmottagning utan kan bli direkt inlagd på tidigare nämnda hemavdelning. De patienter som anländer till avdelningen på *öppen retur* behöver ibland kirurgiska åtgärder men oftast är det smärtlindring som ska höjas, obstipation som ska hävas, ångest som ska lindras eller liknande. Vid vissa tillfällen är det närstående som initierar kontakt med sjukhuset och hemavdelningen då patienten till exempel kan vara mycket sänkt i sitt allmäntillstånd eller i det terminala skedet av sin sjukdom.

Samordning runt patienten är extra angeläget inom palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2013). Det innebär kommunikation mellan de olika vårdgivarna runt patienten såsom sjukhuspersonal, palliativt team, kommunsjuksköterska med flera. Om kommunikationen fungerar bra i teamet finns det alla förutsättningar för god palliativ vård där kontinuiteten är fundamental. Runt dessa svårt sjuka patienter finns ofta närstående som blir tungt belastade (Taraldsen Valeberg & Grov, 2013). Dessa närstående har dock en betydande funktion i vården av patienten med palliativt vårdbehov och är viktiga att involvera i samordningen runt patienten då dessa oftast snabbare än vårdgivarna kan ge signaler på nytillkomna behov (Socialstyrelsen,

2013). I en god palliativ vård är det också nödvändigt att se till att de närstående tas om hand och ges ett gott stöd (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2013).

Sjuksköterskerollen – Kirurgisk omvårdnad

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor skall sjuksköterskan lindra den påverkan sjukdom har på patienten och dennes närstående (SSF, 2007).

Sjuksköterskan har även som uppgift att hjälpa patienten i en krissituation att åter uppleva livskvalitet (Jakobsson & Holmberg, 2011). Att bidra till ökad känsla av hopp och tilltro till sin egen förmåga är nödvändigt för patienten. Baillie (2008) menar att patientens känsla av att ha kontroll och att känna sig sedd har stor betydelse för patientens upplevelse av värdighet (ibid.). För att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienten till ökad livskvalitet och värdighet på bästa sätt måste hon känna till vilken syn patienten har på livskvalitet i förhållande till sjukdomen (Jakobsson & Holmberg, 2011).

Jangland, Larsson och Gunningberg (2011) identifierar i sin studie fyra olika kategorier sjuksköterskor där den vanligaste, 7 av 17 deltagare, är att vara en serviceinriktad länk mellan läkare och patient och en koordinator av omvårdnad och behandling. Näst vanligast är den sjuksköterska som ser patienten som en sårbar, ömtålig individ men som ändå ser patienten som en person. Den näst ovanligaste sjuksköterskerollen är den som involverar patienten i beslut, som uppmuntrar till egenansvar och ser personens egna resurser. Den ovanligaste sjuksköterskerollen är den som är helt fokuserad på behandling, rutiner/PM och denna sjuksköterska söker alltid efter arbetsuppgiften snarare än interaktionen med patienten (ibid.)

Sjuksköterskerollen – Palliativ omvårdnad

Sjuksköterskan ska främst symtomlindra och hjälpa patienten med palliativt vårdbehov till ett så bra liv som möjligt genom att positivt påverka patientens självkänsla och genom ärlig och omtänksam kommunikation (Montoya-Juarez et al., 2012; Travelbee, 2006). I Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013) står att finna att sjuksköterskan bidrar till en ärlig och omtänksam kommunikation genom att vara lyhörd för patientens önskemål och behov och genom att ha professionell kunskap om patientens sjukdom och lidande. Förtroende uppstår då lättare vilket även styrks av Kvåle och Bondevik (2010).

Vidare menar Kvåle och Bondevik (2010) att förtroendet är centralt i relationen mellan sjuksköterska och patient och grundläggande för patienternas välbefinnande. Larsson, Sandelin och Forsberg (2010) likväl som Kvåle och Bondevik (2010) beskriver att det är lättare för patienten att känna förtroende och uppleva kontinuitet i omvårdnaden om de endast vårdas av ett fåtal sjuksköterskor. Larson, et al. (2010) menar vidare att det är lätt för patienterna att känna sig nöjda med vården om de känner att sjuksköterskorna har tid för dem.

Sjuksköterskan har lättare för att visa sin kunskap om patientens specifika tillstånd och förtjäna patientens förtroende om det finns kontinuitet i omvårdnaden (Kvåle & Bondevik, 2010). När förtroende är vunnet uppstår tillit och när tillit finns upplever patienten trygghet vilket är av stor vikt om patienten upplever att läkaren är oerfaren (Jakobsson & Holmberg, 2011; Kvåle & Bondevik, 2010).

Teoretisk referensram – Personcentrerad omvårdnad

Ekman et al. (2011) gör skillnad på evidensbaserad vård, personcentrerad vård och patientcentrerad vård. Evidensbaserad vård grundar sig på forskning om den stora gruppen patienter och tillämpar alltid standardiserade behandlingsformer. Den evidensbaserade vården förutspår det individuella sjukdomsförloppet utifrån generella drag hos patienten såsom till exempel ålder och kön. Personcentrerad vård ser istället till vem personen är, vilka resurser som finns i form av nära och kära samt bakgrund och vilka styrkor och svagheter hon eller han har. Vidare menar Ekman et al. (2011) att både den evidensbaserade vården och den personcentrerade vården behövs parallellt. Den patientcentrerade vården ser patienten som en passiv mottagare av vård till skillnad från den personcentrerade vården som väljer att se människan som en aktiv partner i beslutfattande processen gällande den egna vården (ibid.).

McCormack och McCance (2006) påvisar i sin studie att ramverket för personcentrerad omvårdnad innefattar fyra grundelement; sjuksköterskans egenskaper, vårdmiljön, den personcentrerade omvårdnadsprocessen och det förväntade resultatet. För att nå fram till ett bra omvårdnadsresultat är den viktigaste komponenten sjuksköterskan som i en bra arbetsmiljö kan leda omvårdnadsprocessen framåt (ibid.).

Initiera partnerskapet – Patientberättelsen

Enligt både Charon (2001) och Ekman et al. (2011) initierar patientberättelsen partnerskapet genom sitt innehåll av patientens upplevelser av sjukdomen, känslor, tidigare erfarenheter och önskemål gällande omvårdnaden. Enbart inbjudan till detta samtal (Ekman et al., 2011), där sedan patientberättelsen upprättas, sänder ett budskap till patienten att dennes erfarenheter, övertygelser och önskemål är essentiella faktorer inför fortsatt omvårdnad. Patientberättelser bidrar med information om patientens aktuella hälsotillstånd och upplevelse av sjukdom och symtom. För en patient med palliativt vårdbehov kan det handla om svårigheter att äta, röra sig och själslig oro. Detta leder då till att patienten känner sig sedd och bekräftad (Ekman et al., 2011). I detta skede skiftar fokus från patient med diagnos till person med sjukdom och dennes behov och resurser.

Partnerskapet – Delat beslutsfattande

Att berätta och att lyssna skapar en gemensam förståelse för sjukdomsupplevelsen som tillsammans med sjukdomstecknen ger sjuksköterskan en bra bas för att kunna diskutera, planera vård och behandling tillsammans med patienten (Ekman et al., 2011). Vid kronisk sjukdom är det nödvändigt att sätta gemensamma mål, för trots säkra och effektiva behandlingar är det inte säkert att de är optimala för alla patienter. Patienten ska tillsammans med vårdteamet, vid diagnostisering, utvärdera alla aspekter och olika behandlingsalternativ som kan passa patientens önskemål, övertygelser, värderingar, livsstil och hälsofrågor (ibid.). Sjuksköterskan ska vara patienten behjälplig med att nå delmål och mål. Utformning av en hälsoplan är en viktig komponent i planeringen för patientens fortsatta vård där patienten står för det slutliga godkännandet.

Bevara partnerskapet – Dokumentationen

För att komma fram till vilka målen är gällande patientens vård och behandling behövs många olika fakta (Ekman et al., 2011). Fakta såsom kliniska och laboriemässiga fynd likväl som patientens preferenser och önskemål. Därför kan det anses nödvändigt att redan tidigt i kontakten med patienten fånga upp patientens berättelse vilken ger möjlighet att ta del av patientens önskemål, övertygelser, värderingar, livsstil och hälsofrågor. Att dokumentera detta i patientens journal underlättar följsamheten och främjar kontinuiteten i vården och gör samarbetet

mellan patient och vårdgivare synligt. Dokumentation av patientens preferenser måste anses vara av samma dignitet som kliniska och laboratoriemässiga fynd menar Ekman et al. (2011). Charon (2001) uttrycker att inhämtandet av patientberättelsen ger patienten möjlighet att sätta ord på upplevelsen av sjukdomen och dess konsekvenser vilket i sin tur ger viss kontroll i det kaos som skapas av sjukdomen. Enligt Dudas et al. (2013) är dokumentationen av patientberättelsen även nödvändig för att kunna identifiera patientens resurser. Sjuksköterskans dokumentation av den gemensamma planeringen bidrar till att delmål och mål i omvårdnaden uppfylls.

Tidigare forskning

Sökningar i databaserna Cinahl och PubMed på enbart sökordet ”person centered care” gav ett flertal flertal träffar, Cinahl, 248 träffar och PubMed 8526 träffar. Sökorden nurse och inpatient lades till då studien granskar omvårdnad av inneliggande patienter. Antalet träffar minskade då drastiskt, i PubMed till 73 träffar varav 69 var på engelska och i Cinahl till totalt fem stycken med engelsk text. Den äldsta artikeln som hittades i dessa sökningar var från 1997 och den mest aktuella var från 2013. En genomläsning av tillgängliga abstract ledde till ett urval av tolv artiklar för närmare granskning. Flera artiklar valdes sedan bort på grund av irrelevans för studien. Kvar från dessa sökningar blev endast fem artiklar och ytterligare information söktes med hjälp av referenser i litteratur och sedan tidigare funna artiklar. Samtliga artiklar är granskade efter SBU:s granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar och har bedömts vara av hög kvalitet och relevans för studien (SBU, 2013).

Ytterligare sökning gjordes för att undersöka forskning gällande palliativ omvårdnad och sökorden denna gång blev palliative, nursing, inpatient vilket i Cinahl gav 317 träffar och i Pubmed 292 träffar. Limits sattes till att gälla människor, artiklarna fick inte vara äldre än fem år och de skulle vara på engelska. I Pubmed minskade antal träffar då till 81 och i Cinahl till 78. En genomläsning av titlarna gav totalt 24 artiklar vilkas abstrakt genomlästes. Sökorden person-centered, palliative och nursing gav 15 träffar i Cinahl och sex träffar i Pubmed.

Enligt Gott, Ingleton, Bennet och Gardiner (2011) menar sjuksköterskor att avsaknaden av en strukturerat samarbete mellan PKT och kirurgteam kan vara ett hinder i övergången mellan kirurgisk omvårdnad och palliativ omvårdnad. Då läkarna inte regelbundet genom brytpunktssamtal informerade om sjukdomsprognos och diskuterade övergång till palliativ vård med patienterna på en akutvårdsavdelning kunde patienter skickas hem med falska förhoppningar om bot (ibid.).

En norsk studie visar på sjuksköterskors oro inför att skriva ut patienter med palliativt vårdbehov till hemmet då sjuksköterskorna upplevde kompetensbrist inom hemsjukvården (Thon Aamodt, Lie & Hellesø, 2013). Detta leder till patienter med palliativt vårdbehov oftare skrivs ut till särskilt boende istället för till det egna hemmet.

Inom forskningen görs försök att införa personcentrerad vård och Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) har utforskat personcentrerad vård inom demenssjukvården och visar på positiva resultat. Effekterna av personcentrerad vård har utvärderats, både inom ortopedisk och internmedicinsk verksamhet och har visat positiva effekter, från ett patientperspektiv, när vården anpassats till varje enskild person och individens egna resurser tagits tillvara på ett helt nytt sätt (Olsson, Hansson, Ekman, & Karlsson, 2009). I en svensk studie av Lehuluante, Nilsson och Edvardsson (2012) undersöks hur nöjda sjuksköterskor är med den omvårdnad de bedrev i sitt arbete på en akutvårdsavdelning. De vill även se om personcentrerad omvårdnad påverkar graden av tillfredsställelse hos sjuksköterskorna. Det framkom att många är nöjda med den omvårdnad de bedriver men på de avdelningar som arbetar mer personcentrerat upplever sjuksköterskorna en högre grad av tillfredsställelse. Sjuksköterskor med mer än nio års erfarenhet är mer nöjda (ibid.). I en liknande studie gjord i Australien (Bolster & Manias, 2010) framkom vilka positiva effekter sjuksköterskan uppnår med personcentrerad omvårdnad. Bolster och Manias (2010) likväl som Sahlsten, Larsson, Lindencrona och Plos (2004) menar att sjuksköterskorna upplever att relationen mellan dem och patienten stärks samt att det, när de involverar patienten i beslut eller vård som ska ges, ger det ett mer ömsesidigt utbyte och delaktighet dem emellan. Men det finns även hinder för att sjuksköterskan skulle kunna arbeta personcentrerat, dessa hinder är bristen på

kommunikation mellan olika professioner och tidsbrist (ibid.). Även McCabe (2003) tar upp vikten av en väl fungerande kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

En studie från Israel (Drach-Zahavy, 2009) undersökte om sjuksköterskorna mådde fysiskt och psykiskt bättre eller sämre när målet med omvårdanden var mer personcentrerat. Ingen större fysisk påverkan uppmättes emedan det påverkade sjuksköterskan till ett positivare psykiskt välbefinnande (ibid.).

Patienternas uppfattning är enligt Kvåle och Bondevik (2008) den att partnerskapet, den egna medverkan i vården och det gemensamma beslutsfattandet är viktiga ingredienser i personcentrerad omvårdnad.

Green (2006) menar att personcentrering inom palliativ vård kännetecknas av relationen mellan sjuksköterska och patient. I relationen kan sjuksköterskan bistå patienten med palliativt vårdbehov med verktyg för att identifiera sitt jag. Det underlättar då för patienten att uttrycka egna känslor, de egna målen och hur patienten själv kan uppnå dessa. Vidare talar Green (2006) om att i vissa akademiska och professionella kretsar avfärdas personcentrerad vård som lättvindig och diffus. Detta tror Green (2006) beror på att det saknas utförlig forskning inom området.

Problemformulering

Sjuksköterskor inom akutsjukvård har en hög arbetsbelastning med fokus på akuta insatser och korta vårdtider (Bolster & Manias, 2010), med ökad stress och upplevd tidsbrist, vilket kan leda till att omhändertagandet av patienter med ett palliativt omvårdnadsbehov och kontinuitetet i omvårdnaden blir eftersatt (ibid.).

Kirurgi innebär som regel en botande åtgärd vilket kan göra omställningen från att vårda patienter i behov av kirurgisk omvårdnad till att vårda patienter i behov av palliativ omvårdnad svår att hantera för sjuksköterskan. Likväl som det finns sjuksköterskor som intresserar sig för att vårda dessa svårt sjuka patienter i behov av palliativ omvårdnad finns det sjuksköterskor som kan uppleva det svårt att vårda denna patientkategori.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka sjuksköterskornas uppfattningar om omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Metod

Design

Studien är en kvalitativ studie som kommer att utföras genom fokusgruppsintervjuer vilka kommer att analyseras med kvalitativ riktad, deduktiv innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon (2005).

Urval

Fokusgrupper kommer att väljas med hjälp av ett strategiskt urval. Inklusionskriterier är antal år i yrket och erfarenhet av att arbeta på kirurgiska vårdavdelningar där även patienter med palliativt vårdbehov vårdas. Ett strategiskt urval av deltagare anses relevant för studier där fokusgrupper används för att på så sätt erhålla så stor bredd i insamlad data som möjligt.

Två fokusgrupper, om sex till åtta sjuksköterskor per grupp kommer att delta, vilket enligt Wilkinson (1998) är ett lämpligt antal. Fokusgrupperna kommer att väljas ut på ett regionssjukhus och ett länssjukhus, en fokusgrupp på varje sjukhus. Om erhållen data inte bedöms tillräcklig utvidgas studien till ytterligare ett sjukhus på vardera region-, och länsnivå till dess datamättnad erhållits.

Datainsamling

I hälsorelaterad forskning är det vanligt med fokusgruppsintervjuer för att få fram informanternas egna åsikter om ämnet (Wilkinsson, 1998). Fokusgruppsintervjuer är väl testat och mycket lämpligt och ger gruppens såväl som individens syn på det diskuterade fenomenet. I interaktionen mellan deltagarna sker ett utbyte av information som möjligtvis inte hade kommit fram vid enskilda intervjuer (ibid.).

De inledande frågorna vid fokusgruppsintervjuerna kommer att vara:

1. Hur uppfattar ni som sjuksköterskor det är att vårda patienter med palliativt vårdbehov på en kirurgisk vårdavdelning?

2. Hur uppfattas olikheterna i omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov kontra kirurgiskt vårdbehov?

Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan transkriberas ordagrant.

Dataanalys

En riktad deduktiv innehållsanalys kommer att användas, den är en mera strukturerad form av innehållsanalys (Hsieh & Shannon 2005). Syftet med den riktade metoden för innehållsanalys i den föreliggande studien är att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskorna anser sig kunna bedriva en personcentrerad vård på en kirurgisk vårdavdelning där även patienter med palliativt vårdbehov vårdas.

Arbetet på en akutkirurgisk vårdavdelning är mycket fokuserad på diagnosticering och att behandling av olika kirurgiska åkommor. PM och riktlinjer styr omvårdnaden. Upplevelsen av att inte ha tid för omvårdnad och personlig kontakt med patienterna är något som flera sjuksköterskor upplever som ett problem.

Grundtanken med metoden är att ge tydliga definitioner, exempel och kodningsregler för varje deduktiv kategori och att bestämma under vilka omständigheter en meningsbärande enhet kan kodas under en kategori. Mayring (2000) kallar detta för en deduktiv kategoriapplikation. Kategorierna kommer att baseras på en teoretisk artikel där kärnelementen i personcentrerad vård har definierats och beskrivits (Ekman et al. 2011). Kärnelementen blir till huvudteman i analysen i vilka de meningsbärande enheterna kommer att analyseras in. Meningsbärande enheter som inte kan kodas in under kärnelementen som beskrivs i den teoretiska artikeln kommer att identifieras och analyseras vid ett senare tillfälle, detta för att avgöra om de representerar en ny kategori eller en underkategori. Kärnelementen beskrivs nedan tillsammans med en förklaring hur de meningsbärande enheterna kommer att kodas in i varje kategori:

Initiera partnerskapet - Patientberättelsen

Den medicinska berättelsen handlar om diagnostisering och behandling och genom patientberättelsen kan patienten delge sitt personliga lidande i vardagen. I patientberättelsen finns information om den sjuka personens syn på sin sjukdom, symtom och hur det inverkar på hans/hennes liv. Hur personen ser på sitt tillstånd

och sin livssituation blir kärnan i omvårdnaden när sjukvården bedrivs med en personcentrerad inställning (fritt översatt till svenska från Ekman et al., 2011. s 250).

Meningsbärande enheter som ska kodas in i denna kategori är tänkta att vara beskrivningar om hur sjuksköterskorna arbetar med patientberättelser. Uttalanden kring hur man, i samband med inläggning på vårdavdelning, låter patienten beskriva sitt tillstånd och sin uppfattning av sjukdom och symtom. Uttalanden kring hur man säkerställer inhämtandet av patientberättelser. Hur man ser på den tid inhämtandet av patientberättelsen får ta.

Partnerskapet: Delat beslutsfattande

Kommunikation genom att berätta och lyssna innebär lärdom och delande av erfarenheter med varandra och det skapas en gemensam insyn i sjukdomsupplevelsen. Denna information tillsammans med den medicinska berättelsen blir ett bra fundament för diskussion och planering av den fortsatta vården och behandlingen (fritt översatt till svenska från Ekman et al., 2011. s 250).

De meningsbärande enheterna kodas in i denna kategori utifrån sjuksköterskornas uttalanden som beskriver patienternas delaktighet i beslutsfattandet och hur man arbetar med långsiktiga mål och delmål.

Bevara partnerskapet: Dokumentation

Dokumentation av patientens delaktighet i beslutsfattande gällande vård och behandling likväl som patientens värderingar, önskningar och övertygelser underlättar kontinuitet i omvårdnaden. Dokumentation gör också patientens inställning till vården legitim (fritt översatt till svenska från Ekman et al., 2011. s 250).

Meningsbärande enheter kodas in i denna kategori utifrån sjuksköterskornas uttalanden om dokumentation. Uttalanden som berör hur de samarbetar med patienten i planeringen av omvårdnad och uttalanden kring en dokumentation av en hälsoplan.

Pilotstudien

Kontakt togs med två avdelningschefer på ett närliggande länssjukhus i västra Sverige som informerades om studiens syfte. Avdelningscheferna gjorde efter instruktioner av författarna ett strategiskt urval av sex sjuksköterskor med varierande utbildning och erfarenhetsår. Detta för att få flera sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med patienter med ett palliativt vårdbehov som vårdas tillsammans med kirurgiskt sjuka patienter på vårdavdelning.

De sjuksköterskor som utsågs att delta i fokusgruppen erhöll en anpassad forskningspersoninformation (FPI) (bilaga 1) i vilken de informerades om frivillighet att delta, rätt att dra sig ur när som helst under studiens gång samt att insamlad data skulle behandlas konfidentiellt. Deltagarna erhöll utöver FPI en broschyr om personcentrerad vård från Centrum för personcentrerad vård (GPCC, 2013) utgiven av Göteborgs Universitet.

Målsättningen med broschyren var att sjuksköterskorna skulle få kunskap om vad personcentrerad vård står för, då detta är studiens teoretiska referensram.

En av de tilltänkta informanterna fick förhinder men detta ansågs vara av mindre betydelse för fokusgruppsintervjun då fem deltagare kan anses som ett litet men godkänt antal för en fokusgrupp (Polit & Beck, 2012).

Under intervjun tog en av författarna rollen som moderator och den andra rollen som tekniker och observatör. Moderatören inledde med syftets fråga och tog sedan en passiv roll med endast ett fåtal frågor eller förtydliganden.

Fokusgruppsintervjun utfördes ostört på ett av avdelningschefernas kontor.

Bandspelare användes och den beräknade tiden runt en timma hölls.

Dataanalys utfördes enligt metoden för fullvärdig studie av båda författarna och en subkategori, organisationen, utkristalliserade sig ur det som inte kunde placeras in i de kategorier som förutbestämts av den teoretiska referensramen. Denna subkategori visade sig vara av tyngd för studien.

Forskningsetiska överväganden

All forskning som berör människor skall enligt Vetenskapsrådet (2011) etiskt prövas av etikprövningsnämnden. Vetenskapsrådet (2011) likväl som

Helsingforsdeklarationen (2013) ställer krav på informerat samtycke där det getts skriftlig såväl som muntlig information om studien. Vidare ska nyttan med studien

överstiga de eventuella besvär och obehag som kan åsamkas deltagarna. Deltagarna ska ha möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva ge närmare förklaring. Insamlad data ska hanteras konfidentiellt och avidentifieras (ibid.). Data kommer att efter slutförd pilotstudie destrueras.

I en studie där data insamlas i fokusgrupp kan informanten själv avgöra hur mycket eller lite denne vill delge forskaren.

Deltagarna informerades om sin möjlighet att ta del av studien via Göteborgs universitets officiella databas GUPEA när studien blivit godkänd för publicering.

Om deltagarna skulle uppleva obehag efter diskussionen kommer möjlighet till uppföljande samtal finnas. Kurator kommer att knytas till studien.

Alla personuppgifter hanteras i enlighet med personuppgiftslagen (SFS, 1998:204).

Resultat

Initiera partnerskapet: Patientberättelsen

På frågan från moderatorn om sjuksköterskorna, när de hade gott om tid, hann ta någon form av patient/livsberättelse eller att göra upp en vårdplan tillsammans med patienten blev svaret ”*vi gör ju egentligen likt med alla som läggs in, oavsett vad det är med dem*”. (Ssk, 15 år i yrket, 2)

Sjuksköterskorna diskuterade att det borde finnas en annan sorts ankomstsamtal där man såg lite andra aspekter än just sjukdomen. De talade om att det är lätt att glömma de själsliga frågorna. En sjuksköterska ansåg att det hade varit bra om patienten hade en skriven livsberättelse med sig som patient och sjuksköterska kunde gå igenom tillsammans för att se att den fortfarande var aktuell (hon hade träffat på det med andra patientkategorier).

Partnerskapet – Delat beslutsfattande

Handlar om patientens och vårdpersonalens ömsesidiga respekt för varandras kunskap (GPCC, 2013). Patienten äger kunskap om att leva med sjukdomen och vårdpersonalen har kunskap om de medicinska aspekterna gällande diagnosen. Patienten ska ses som en expert på sitt tillstånd och ska ges möjlighet att i den mån han eller hon kan och vill delta i besluten om den egna vården (ibid.).

Alla sjuksköterskorna var medvetna om att det fanns skillnader i att vårda akut sjuka patienter med kirurgiskt vårdbehov och i att vårda patienter med palliativt vårdbehov. Dessa skillnader gjorde det svårare för sjuksköterskorna att initiera ett fungerande partnerskap.

”..., vi har ju inte alls samma sorts omvårdnad, samma sorts akuta vård, de är kanske långt gångna i sin sjukdom.” (Ssk 1,5 år i yrket)

En av sjuksköterskorna uttryckte medvetenhet om att brytpunktssamtal och delaktighet ska ingå i vården av patienten med palliativt vårdbehov samt vikten av att närstående ska vara involverade. Att vara lyhörd och lyssna in alla patienter och ge möjlighet till större öppenhet var önskvärt. De beskrev behovet av en annan *”mjukhet”* i kontakten med patienten med palliativt vårdbehov i jämförelse med en patient med kirurgiskt vårdbehov men det upplevdes svårare att ge uttryck för denna *”mjukhet”* på en akutkirurgisk vårdavdelning. När det palliativa konsultteamet (PKT) kom till vårdavdelningen samtidigt som sjuksköterskan var med kirurgläkaren på rond, upplevde sjuksköterskan att någon av patienterna med palliativt vårdbehov kunde glömmas bort, detta för att sjuksköterskan inte var tillgänglig vid just det tillfället. Det framkom också att de upplevde en brist på förståelse från kirurgläkarnas sida när sjuksköterskan hade börjat sin rond/konsultation med PKT och kirurgläkarna ville påbörja sin rond. Vid sådana tillfällen kunde sjuksköterskan känna sig splittrad.

”..., kärlläkarna har inte alltid förståelse kanske för de palliativa patienterna och man känner sig splittrad, för jag borde vara där men där är läkare samtidigt hos den palliativa och de kanske hade behövt mina öron lite extra och det tycker jag är jobbigt när man, som du säger, man vill vara överallt men det finns inte resurser och tid för det.” (Ssk 1,5 år i yrket)

En del sjuksköterskor och undersköterskor arbetade mer utefter det strukturerade arbetssätt de var vana vid från arbetet med de kirurgiskt sjuka patienterna och var det då så att patient eller närstående ställde specifika krav kunde det uppfattas svårt att

hantera. Vid dessa tillfällen var det av stor vikt att gemensamt diskutera detta inom den egna arbetsgruppen för att tillgodose patientens önskemål.

”... men det kräver diskussioner, det sker inte med en naturlighet och med en enkelhet, vilket jag tycker att det skulle göra där, utan det skulle bara vara att ta till sig den informationen och vara tacksam för att någon uttrycker det här vill jag ha.”(Ssk, 15 år i yrket, 1)

Under intervjun framkom att sjuksköterskorna var medvetna om att de borde lyfta fram patienternas egna resurser - vad de mår bra av och vad som gör dem glada så att sjuksköterskan kunde uppmuntra dem till användning av de egna resurserna. Sjuksköterskorna förstod att patienten hade dessa egna resurser som skulle kunna tas tillvara, speciellt vid morgonarbetet, men tog sig inte alltid tid att låta dem använda dem på grund av att det försenade sjuksköterskornas morgonarbete med de övriga patienterna på avdelningen.

”Det är ju ronder och de ska till röntgen, det ska köras hit och dit och då hinner man tyvärr inte med det man verkligen vill med de som är så pass dåliga, som har andra önskemål och man mår inte heller väl, känner jag, när man inte hinner med detta. Man ser att de bara ligger i sina sängar oftast då va, och vi hinner tyvärr inte alltid hjälpa till med det de vill ha hjälp med. Så, viljan finns från oss här men det är ju tiden som inte räcker till, tyvärr”. (Ssk, 15 år i yrket, 2)

När närstående upplevde att sjuksköterskan hade mycket att göra på vårdavdelningen ville de oftast inte ställa några krav men flera av sjuksköterskorna menade ändå att det var nödvändigt att ge närstående den tid de behövde.

”..., de ber ju nästan om ursäkt för att de behöver tid ibland. En del tar sig tid och ställer krav men, och det kanske är någonting som kommer att bli mer framöver om vi ska fortsätta jobba under de här premisserna, att det blir fler och fler som ställer krav på att få sin röst hörd.” (Ssk, 13 år i yrket)

Sjuksköterskorna såg närstående som en resurs för patienten men de uttryckte även att de närstående kunde vara till hinder för sjuksköterskan i dennas arbete. De tillfällen då det uppstått krockar mellan patient, närstående och personal var när det funnits starka närstående eller starka patienter som helt klart och tydligt sagt ”*så här vill jag ha det, så här ska det vara*”. (Ssk, 15 år i yrket, 1)

Närstående som resurs framkom även när patientens framtid diskuterades, framför allt när det var dags att vårdplanera inför hemgång. Närstående fungerade då som patientens ”*talesman*” eller ”*garant*” om/när patienten var för svag att fatta egna beslut. När patientens sjukdom övergick i ett terminalt stadie upplevde sjuksköterskorna att de närstående som behövde sjuksköterskans stöd i större utsträckning.

Andra som ofta räknades till resurser kring patienter med palliativt vårdbehov och deras närstående var primärvårdsläkare och kommunsjuksköterska som ansvarade för dem när de inte var inneliggande på sjukhuset.

Sjuksköterskorna var mycket nöjda över PKT:s stödjande funktion runt patienten, både när de låg på sjukhuset och när de var hemma, men också runt de närstående. De upplevde en struktur i handhavandet vilket gjorde att sjuksköterskorna kände stort stöd och en trygghet i omhändertagandet av patienten med palliativt vårdbehov.

En brist i den palliativa omvårdnaden som framkom vid ett flertal tillfällen var att tiden inte räckte till. Sjuksköterskorna önskade mer tid att, tillsammans med patient och närstående, planera omvårdnaden utifrån patientens individuella tillstånd och önskemål, men det var väldigt sällan det kunde ske via samtal eller direkta frågor.

När sjuksköterskorna upplevde att den tiden inte fanns blev det lätt att de tog över och fattade beslut utan att rådfråga patient eller närstående.

”Det är ju inte ofta, tycker jag, man säger, delaktiga utan vi, vi vet att nu är det så här.” (Ssk, 15 år i yrket, 2)

Sjuksköterskorna menade ändå att de oftast tog hänsyn till de behov och önskingar en patient med palliativt vårdbehov kunde ha om det mesta runt omvårdnaden.

”Jag tycker alltid man, eller för det mesta så, eller i alla fall jag, pratar alltid, vi bestämmer alltid sånt, eller pratar på morgonen och vet man att man varit inne hos patienten, nä hon är så trött. Då bestämmer man det att, nej men vi väntar och så kommer vi tillbaka om en stund och ser hur hon mår då eller, ja men vi sparar maten, det är ingen idé att försöka äta just nu eller absolut. Och då är det mer de, kanske, nyopererade patienterna som behöver komma upp, att man får pusha dem först då.”

(Ssk, 6 månader i yrket)

Sjuksköterskorna hade den uppfattningen att i de fall när läkaren tog mindre ansvar för patienten med palliativt vårdbehov fick patienten det svårare att vara delaktig i beslut gällande den egna sjukdomen och hälsan. Flera av sjuksköterskorna upplevde då att patienten förlorade livstid. Den förlorade livstiden berodde på att inga beslut togs tillsammans med patient och närstående om hur den fortsatta vården skulle utformas. Vid dessa situationer kände sjuksköterskan sig splittrad.

”Jag tycker inte, alltså, ibland så tycker inte jag att läkarna tar, alltså det är ingen som tar ansvar och tar besluten att nu är det så här och då är det bättre att de får komma hem och vara hemma tills de, ja, tills det går så pass långt och, ja då får de i så fall komma tillbaka om de är försämrade och inte vill vara hemma, än att liksom de ligger här...”

(Ssk, 6 månader i yrket)

Sjuksköterskorna uppfattade att brytpunktssamtal sällan gavs till patient och närstående. Här kände de dock ett stort stöd från PKT som de menade var mer ”alerta” på att se till att patienten inte tappade livstid på att vårdas på sjukhuset istället för att vårdas i hemmet.

Många patienter upplevde dock en stor trygghet i att vårdas på sjukhuset och ville/vågade inte åka hem. Detta trodde sjuksköterskorna berodde på bristande information om vilka resurser som fanns att tillgå utanför sjukhuset. Trots att sjuksköterskan försökte lotsa och informera om vilken hjälp de skulle kunna få i det egna hemmet fanns det en del patienter som inte ville åka hem och att då forcera en vårdplanering upplevde sjuksköterskan vara svårt.

”Jag har väldigt svårt för det krockar så mycket i mig, för jag känner det är inte patientens önskemål. Det kanske är de närståendes önskemål men det ka [sic], inte patientens önskemål. Och då har jag svårt att forcera på vårdplaneringar eller annat. Jag kan bara prata för det men jag kan aldrig liksom trycka på om det hela för önskar inte patienten det då önskar de inte det” (Ssk, 15 år i yrket, 1)

Bevara partnerskapet - Dokumentationen

Dokumentation av patientberättelsen är ett verktyg för att skapa en personlig hälsoplan (GPCC, 2013). Dokumentationen säkerställer att vård och behandling sker i enlighet med gemensamt satta mål.

Någon form av dokumentation av önskemålen en patient med palliativt vårdbehov kunde ha om de dagliga rutinerna önskade kunna nedskrivas. Detta skulle då inte vara lika nödvändigt för patienterna med kirurgiskt vårdbehov eftersom de ofta behövde snabbare och rutinbaserad mobilisering för sitt tillfrisknande.

Sjuksköterskorna saknade den långsiktiga planeringen från läkarna på var vårdnivån skulle ligga för patienten med palliativt vårdbehov och då menade de att även patienten kunde ha en åsikt omkring det. Genom att ge patienterna tid kunde sjuksköterskan och läkaren ge dem den bästa grunden med förståelse, deras rättigheter och vilken hjälp de kunde få i hemmet. Sjuksköterskorna uttalade önskemål om att patienterna skulle vara bättre informerade om när de behövde söka sjukhusvård eller inte. För att patienten skulle känna sig trygg i hemmet menade sjuksköterskorna att patienten tillsammans med kommunsjuksköterskan skulle diskutera detta redan i ett tidigt skede. Ofta upplevde sjuksköterskorna att det var de närstående som blev mest trygga när patienten blev inlagd på sjukhuset.

Organisation

Denna fjärde kategori utgörs av de data som visar på hinder inom organisationen av vården och omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov som vårdas på kirurgiska vårdavdelningar.

I organisationen, där sjuksköterskorna arbetade nu, ligger patienter som vårdas palliativt integrerade med de akut sjuka kirurgiska patienterna. Till avdelningen kunde patienter med palliativt vårdbehov komma på direktintag, så kallad *öppen retur*, utan att behöva gå via akuten, om de blev försämrade i sin grundsjukdom. Sjuksköterskorna upplevde att detta gjorde att de hela tiden var tvingade att försöka ligga ett steg före i sin planering av sitt arbete för att hinna ta hand om alla patienterna på avdelningen.

Sjuksköterskorna menade att patienterna med palliativt vårdbehov kom i andra hand då de kirurgpatienter som var i mer akut skede gick före. Akuta åtgärder prioriterades i första hand.

”för dem måste man verkligen vårda.”

”... en akutkirurgisk vårdavdelning är väldigt strukturerad och väldigt PM- inriktad. Ett fyrkantigt sätt, allt ska ske enligt ett visst schema och på något vis passar inte det tankesättet in i ett palliativt skede.” (Ssk, 15 år i yrket, 1)

Att gruppera avdelningen så att vissa salar var reserverade för patienter med palliativt vårdbehov var något som de prövat och ansåg fungerade bra. Då togs det hänsyn till kontinuitet vid schemaläggning för vårdpersonalen. Det var inte alltid som de salarna räckte till för alla och då blev det ändå så att en del patienter med palliativt vårdbehov integrerades med de kirurgiskt sjuka patienterna. När sådana situationer uppstod föll personalen ofta in i invanda rutiner och flexibiliteten i omvårdnaden försvann.

Rutiner styrde vårdandet. En rutin på de kirurgiska vårdavdelningarna var att på alla patienter, en gång om dagen, kontrollera vitalparametrar. En av de mer erfarna sjuksköterskorna uttryckte då att om man endast utförde de kontrollerna vid behov och i stället satt och pratade och höll i handen och använde sig av den kliniska blicken skulle det ge en tidsvinst tillsammans med patienten. Patienter med palliativt vårdbehov vårdades ofta utifrån rutiner som skapats för kirurgpatienter.

Sjuksköterskorna ansåg att patienter med palliativt vårdbehov övervårdades vid livets slutskede. Det kanske inte handlade så mycket om var en patient med palliativt

vårdbehov vårdades utan det upplevdes mer som en organisationsfråga, en kontinuitetsfråga.

”Ligger de länge kan man ju man ju ... få flera olika läkare varje vecka. Och vem är då ansvarig för den, alltså, den vården som det verkligen behöver vara i olika lägen, olika, tycker jag också och det är inte heller bra, utan det borde vara någon som var, är alltså PAL mer patientansvarig läkare, vilket inte heller finns.” (Ssk, 15 år i yrket, 2)

Detta bristande ansvar menade de berodde på att det organisatoriskt var oklart vem som var patientansvarig läkare. Inom detta ansvarsområde eftersökte sjuksköterskorna information om den fortsatta vårdnivån. Läkarna diskuterade de mer aktiva åtgärderna runt patienten såsom intensivvård och hjärt- och lungräddning men ansvaret för den långsiktiga planeringen för patienterna verkade kirurgläkarna inte vara medvetna om. Läkarna ordinerade många gånger prover och undersökningar som gjorde att sjuksköterskorna uppfattade det som att de övervårdade patienterna.

När ansvarig läkare inte tjänstgjorde uppfattade sjuksköterskorna att patienten förlorade planering och tid. När läkarna varierade från vecka till vecka ledde det till att sjuksköterskorna kände en osäkerhet. Sjuksköterskans kontinuitet i schemat var värdefullt i sådana fall *”så man kan uppdatera läkarna”* (Ssk, 1,5 år i yrket).

En av vårdavdelningarna hade inte patienter med palliativt vårdbehov så ofta vilket gjorde att en av sjuksköterskorna kände sig kluven i sitt arbete med palliativ vård och prioriterade patienterna med kirurgiskt vårdbehov. Sjuksköterskan var tvungen att prioritera de kirurgiskt sjuka patienterna, eftersom de behövde hennes hjälp mer akut, före patienterna med palliativt vårdbehov, vilket ledde till att sjuksköterskan kände sig kluven, otillräcklig och splittrad. När sjuksköterskan uppfattade att patienten som vårdades palliativt hade ett behov av att prata upplevdes det svårt att hinna sätta sig ner och prata just då patienten önskade det. Detta gav sjuksköterskorna en känsla av skuld när de inte hann följa upp genomförda samtal på grund av att de akuta kirurgiskt sjuka patienternas planering och behov fick gå före.

Vidare beskrev sjuksköterskorna att de hade *”det här akuttänket i oss på något vis. Det är ju väldigt svårt att tvätta bort”* (Ssk, 15 år i yrket, 1) vilket de menade

hindrade dem från att ta sig tiden att sätta sig hos patienten för att ”bara” prata utan att ha någon medicinsk uppgift att utföra just då.

”Så tiden tror jag att den kan finnas men det är att vi är sjuksköterskor på en akut sjukvårdsavdelning, är för strukturerade i sina huvuden av att jobba utifrån ett visst schema och utifall att någonting skulle kunna hända, så då betar vi av så mycket som möjligt så snabbt som möjligt för att då har vi liksom, kan vi ta hand om det där som kan komma in” (Ssk, 15 år i yrket, 1)

Det framkom flera gånger under intervjun att sjuksköterskorna ansåg att samarbetet med PKT fungerade väldigt bra under kontorstid. Bristerna fanns under kvällar och helger när inte teamet tjänstgjorde. Då PKT diskuterade med kirurgläkarna om den fortsatta vården/vårdnivån kring patienten med palliativt vårdbehov, upplevde sjuksköterskorna att det var dem till hjälp i omvårdnadsarbetet. De kunde då tillsammans med patienten börja planera för dennes framtid.

I organisationen ligger också att patient och närstående kan ringa avdelningen för frågor och råd under kvällar och helger när inte PKT finns att nå. Detta har lett till att det kan vara olika sjuksköterskor som svarar och ger olika råd baserat på erfarenhet och hur insatt man är gällande omsorgsbehovet hos patienten med palliativt vårdbehov. En av sjuksköterskorna uttryckte då att det blir för lätt att råda patienten att komma in till avdelningen istället för att utnyttja de resurser som redan är etablerade med exempelvis kommunsjuksköterskan.

”Jag tror inte att vi hjälper dem genom att vi, att det är så lätt, för jag tror det hade varit bättre om vi hade haft bättre om vi hade haft, bättre alltså plan utåt med alltså närsjukvården, kommunsjuksköterska.” (Ssk, 15 år i yrket, 2)

I den framtida planeringen ansågs det nödvändigt med en snabb kontakt med patientens kommunsjuksköterska. Det mest väsentliga var att kommunikationen mellan de två vårdgivarna fungerade för att patienten skulle få vara kvar i sitt hem med all tänkbar hjälp, om det var dennes önskan.

Trots detta upplevde sjuksköterskorna att patient eller närstående många gånger ändå ringde avdelningen i första hand när det uppstod frågor, oro eller problem runt den sjuke i hemmet, speciellt under kvällar och helger. Vidare menade de att patient och närstående inte var tillräckligt informerade om vilka resurser kommunsjuksköterskan skulle kunna hjälpa till med i hemmet, och att det var kommunsjuksköterskan de i första hand skulle vända sig till. Alla sjuksköterskorna var eniga om att det fanns flera åtgärder som kunde utföras i hemmet och som därigenom skulle förhindra inläggning på sjukhus i många fall. En sjuksköterska uttryckte frustration om det hakade upp sig i planeringen kring hjälpmedel eller mediciner eller om någon kollega inte hunnit eller tänkt på att starta upp vårdplanering på grund av att de akut sjuka kirurgiska patienterna hade behövt mycket av hennes tid under arbetspasset. Det framkom att organisationsförändringar kommer att genomföras i kommunen och en av sjuksköterskorna menade att det tar tid att bygga upp en kunskapsbank hos alla kommunsjuksköterskor.

På frågan om det fanns några fördelar med att vårda personer med palliativ vårdbehov på en akut kirurgavdelning gavs fem samstämmiga och starka ”NEJ”. Svaret motiverades med att behoven hos patienter med palliativ vårdbehov inte kunde tillgodoses i den utsträckning som behövdes, den specifika kunskapen tappades bort när personalen hade roterande arbetsschema, vissa sjuksköterskor trivdes att arbeta med akut sjuka kirurgpatienter och kanske inte ville arbeta med palliativ vård.

”många akutkirurgiska sjuksköterskor kanske inte har den gnistan eller det intresseområdet som behövs ändå vid palliativ omvårdnad, skulle jag vilja påstå och sticka ut näsan litegrand där då ju.” (Ssk, 15 år i yrket, 1)

Det framkom en önskan om att framförallt cancervård med palliativ inriktning borde bedrivas på en särskild vårdavdelning. Den skulle då inte enbart omfatta patienter i behov av kirurgiska åtgärder utan alla patienter med cancer diagnos skulle kunna beredas plats där.

”Det spelar ingen roll, utan alla behöver ha samma omvårdnad.”(Ssk, 15 år i yrket, 1)

”Jag anser att det är alltid bra att ha en ren, alltså onk-avd, där man lägger alla som behöver läggas in för att de är så pass sjuka och inte den här blandningen, utan tror det hade funkade bättre om man hade haft en ren avdelning.” (Ssk, 15 år i yrket, 2)

Två av sjuksköterskorna, som tidigare arbetat på onkologavdelning, beskrev att det var en helt annan arbetsmiljö där. På en onkologavdelning trodde sjuksköterskorna att patienterna skulle ha större möjlighet att uttrycka åsikter gällande den egna vården och att kunna påverka den. De förmedlade tankar på att de skulle kunna ge mer personlig omvårdnad. Rutinarbetet skulle kunna vara mer påverkbart.

”Och det tror jag kan vara väldigt spännande som sjuksköterska också att jobba på en enhet där man inte behöver jobba så strukturbaserat.”
(Ssk, 15 år i yrket, 1)

En naturlig följd av det skulle då bli att ronderna kunde läggas upp på ett annorlunda sätt. Läkarna bör vara mer lättillgängliga för samtal med patient och närstående. Närstående kunde vara mer delaktiga/närvarande utan att känna att de var i vägen. Tempot runt patienten skulle vara lugnare. Att ha en vårdavdelning för palliativ vård, dit personalen sökt sig av eget intresse, som ville arbeta med och utveckla vården, trodde sjuksköterskorna skulle ge bättre förutsättningar för att bedriva god palliativ vård.

Metoddiskussion

Från början fanns en tanke om att använda individuella intervjuer men efter diskussion framstod fokusgruppsintervju som ett bättre val.

Intervjun utfördes på ett annat sjukhus än där författarna är anställda och deltagarna föreslogs av två avdelningschefer på två olika avdelningar och författarna gjorde ett urval. Inklusionskriterier som angavs var att det skulle finnas variation i erfarenhet

och yrkesverksamma år. Detta gav en bredd i graden av erfarenhet men urvalet var svårt att påverka av författarna vilket kunde medföra att bias inte helt kunde uteslutas. Sex sjuksköterskor hade tackat ja till att delta i fokusgruppsintervjun men en kunde inte komma på utsatt tid på grund av hög arbetsbelastning på avdelningen. Fem deltagare kan anses som ett litet men godkänt antal för en fokusgrupp (Polit & Beck, 2012). Författarna upplever inte att detta kan ha påverkat resultatet. En styrka i urvalet var variationen i utbildning och yrkeserfarenhet bland deltagarna i fokusgruppen.

Under intervjun fungerade en av författarna som moderator och den andra hanterade tekniken, observerade och antecknade. Detta upplevdes som positivt av författarna då det gav deltagarna större utrymme för diskussion. För att förstärka den tekniska utrustningen användes både mobiltelefon och diktafon.

Innan intervjun informerade moderatören om sin passiva roll under samtalet. Det fungerade bra och det var endast vid ett par tillfällen som moderatören ställde någon fråga eller bad om ett förtydligande. Förhoppningen var att den inledande frågan: *Hur uppfattar ni det är att vårda patienter med ett palliativt vårdbehov på en kirurgisk vårdavdelning?* under intervjun skulle leda till diskussioner och reflektioner om ämnet, vilket den gjorde. Gruppen var väldigt talför och det var ett lugnt och avspänt klimat under hela intervjun och många uppfattningar framkom. De mer erfarna sjuksköterskorna talade mycket men även de mer oerfarna deltagarna gav användbart material till studien. Endast en direkt fråga ställdes av moderatören i samband med sammanfattningen av intervjun.

Wilkinsson (1998) menar att i en fokusgrupp finns stort utrymme för åsikter som direkt kan stödjas eller motsägas av deltagarna och Vetenskapsrådet (2011) talar om att den enskilde informanten själv avgör hur mycket eller lite denne vill delge forskarna. Naturligtvis kan det ha påverkat resultatet att de med mindre erfarenhet och med kortare tid inom professionen inte kände sig lika säkra i sina åsikter som de mer erfarna sjuksköterskorna.

Deltagarna hade utöver FPI fått en broschyr om personcentrerad vård från Centrum för personcentrerad vård (GPCC) utgiven av Göteborgs Universitet 2013.

Författarnas tanke med den var enbart att deltagarna skulle ha förstått vad begreppet står för. Det var ingenting som vi tog upp innan intervjun men det kan naturligtvis ha varit en anledning till att flera av begreppen som återfinns under personcentrerad

vård kom upp och diskuterades flera gånger under intervjun. Det verkar dock inte ha bidragit till att deltagarna i studien försökte få sin omvårdnad att framstå mer personcentrerad än vad den faktiskt är.

Kvalitativ riktad, deduktiv innehållsanalys användes för att, utifrån teorin om personcentrerad vård som den är beskriven av Ekman et al. (2011), se om vården som i dag bedrivs på två utvalda kirurgiska vårdavdelningar kan anses vara personcentrerad. Att använda sig av Hsieh och Shannons (2005) analysmetod, riktad, deduktiv innehållsanalys, gav författarna ett sammanhängande datamaterial som vid ett flertal tillfällen gemensamt hördes och granskades, kondenserades och kodades in under de tre begrepp som personcentrerad vård utgår från enligt Ekman et al. (2011). Detta upplevdes vid första granskningen relativt lätt men allt gick inte in under begreppen utan efter ytterligare genomläsning och bearbetning från båda författarna framkom en ny kategori som döptes till *organisation*. Båda författarna är själva yrkesverksamma sjuksköterskor på liknande vårdavdelning som deltagarna i studien. Detta kan innebära att viss förförståelse kan ha haft betydelse för tolkning av resultatet.

Pilotstudien gav författarna en inblick i hur sjuksköterskor uppfattar vården och omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov på kirurgiska vårdavdelningar och att organisatoriska hinder verkar vara ett stort problem.

Då deltagandet i pilotstudien var frivilligt såg författarna inga risker för sjuksköterskorna att delta i studien. Avsatt tid för samtal fanns efter avslutad intervju om någon av deltagare skulle uppleva något obehag i samband med diskussionen.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att deltagarna i studien var rörande överens om att det fanns skillnader i omvårdnadsbehovet hos patienter med palliativt vårdbehov jämfört med patienter med kirurgiskt vårdbehov. Tidsbrist på var också något som återkom vid ett flertal tillfällen under hela intervjun. Studiens huvudfynd får anses vara *organisation* vilket inte kan räknas in under den teoretiska referensram som studien utgick ifrån. Organisatoriska hinder försvårar för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat på vårdavdelningarna idag.

Initiera partnerskapet – Patientberättelsen

Deltagarna talade om en upplevelse av att inte hinna med att skapa ett fungerande partnerskap med patient och närstående. Tidsbristen gjorde att det blev problematiskt att bygga en relation som både sjuksköterska och patient kunde uppleva som meningsfull. Skillnaden mellan att vårda patienter med kirurgiskt vårdbehov eller patienter med palliativt vårdbehov gjorde det svårt för sjuksköterskorna att initiera partnerskapet. Deltagarna uttryckte sig medvetna om att patientberättelsen skulle kunna hjälpa dem att få information om patientens egna resurser men uttryckte att tiden inte räckte till fullt ut att hinna detta vid första mötet utan det blev i stället när det passade sjuksköterskan.

Jangland et al. (2011) menar att förhållandet mellan patient och sjuksköterska är det grundläggande i all omvårdnad och speciellt i skapandet av ett partnerskap och Bolster och Manias (2010) talar i sin studie om tidsbristen som ett hinder för formandet av partnerskapet. Ekman et al. (2011) påtalar vikten av att ge patienten tid för att bekräfta patienten i dennes sjukdom och livserfarenhet. Vid kronisk sjukdom är det av största vikt att sjuksköterskan tillsammans med patienten sätter gemensamma mål, för när sjuksköterskan lyssnar på patienten skapas en gemensam förståelse för hur patienten mår vilket i sin tur ger en bra förutsättning att tillsammans med patienten planera vårdens upplägg (ibid.).

För att en god relation ska komma till stånd mellan patient och sjuksköterska menar Sahlsten et al. (2004) att det krävs en dialog med aktivt lyssnande och att kontakt ska etableras för att lära känna varandra. Detta leder till ömsesidig förståelse mellan sjuksköterska och patient. Dudas et al. (2013) poängterar vikten av att en patientberättelse upprättas för att se till vilka resurser patienten har som person. Olsson et al. (2009) menar att när en mer personcentrerad vård ges och patientens egna resurser tas tillvara medför det positiva effekter i vårdandet.

Socialstyrelsen (2013) och WHO (2013) menar att för att en bra relation ska kunna etableras måste sjuksköterskan se de närståendes behov och vilka resurser de kan tillföra i omvårdnaden av en patient med palliativt vårdbehov.

Författarna är av uppfattningen att patientens närstående är en resurs som ska tas tillvara och tillåtas medverka i skapandet av partnerskapet. Närståendes berättelse skulle kunna ge ytterligare kunskap om patientens sociala kontext. Att nedteckna detta skulle ge fler dimensioner i patientberättelsen. Under fokusgruppsintervjun framkom att närstående ibland kunde hindra sjuksköterskan i hennes arbete, men den främsta uppfattningen var ändå att de var en god resurs som inte alltid togs tillvara. GPCC (2013) talar om vikten av den ömsesidiga respekten för varandras kunskap för att kunna etablera ett väl fungerande partnerskap. Att inte uppleva sig ha tid att sätta sig ner med patienten för att fånga livsberättelsen anser författarna vara ett stressmoment som kan påverka den omvårdnad som ges. Deltagarna i studien ansåg sig förhindrade att ta tillvara patientens kunskap om den egna sjukdomen. Detta anser författarna beror på tidbrist, kommunikationssvårigheter och organisatoriska svårigheter.

Partnerskapet – Delat beslutsfattande

Deltagarna delade en uppfattning om att de skulle vilja kunna utforma vården utifrån varje patient och närståendes behov och önskemål. Men många gånger bestämde personalen hur man skulle göra utan att fråga *patienten* hur denne vill ha det. Samtal med patienten bortprioriterades till förmån för det rutinarbete sjuksköterskorna hade att utföra. Sjuksköterskorna försökte ändå i möjligaste mån se hur patienten mådde för tillfället och hur denne ville få sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. Personalgruppen gjorde ofta omprioriteringar i sin planering för att patienten med palliativt vårdbehov skulle känna sig mer delaktig i sin omvårdnad.

Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos (2011a) påvisar positiva och negativa fynd om hur en sjuksköterskas beteende påverkar patientens möjligheter till medverkan i sin egen vård när denne är inlagd på sjukhus. Patienterna upplevde att de blev behandlade och sedda som unika personer, när sjuksköterskan genom att bekräfta dem, lyssna och ställa frågor, visade ett genuint intresse och omtanke om dem. När god information gavs angående omvårdnaden runt patienten gav det ett mer aktivt deltagande i vården vilket i sin tur sporrade till egna reflektioner kring sjukdomen och situationen (ibid.).

Negativa fynd som redovisades i en annan studie av Larsson et al. (2011b) var att patienten kände sig övergiven av sjuksköterskan, till exempel under avdelningens ronder när inte sjuksköterskan stöttade patienten i frågor som uppkom då, eller när patienten kände sig ledsen och sjuksköterskan inte stannade upp i sitt arbete och stöttade henne just då utan bara gick vidare (ibid.).

Personcentrerad vård innebär att man går från vård där patienten är enbart mottagare av behandling till att vara en aktiv samarbetspartner i den egna vården (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Ekman et al. 2011)

Deltagarna i intervjun uttryckte att de kände sig splittrade på grund av tidsbrist men försökte ändå ta hänsyn till de önskemål och behov patienterna uttryckte. Författarna inser att medverkan, såsom GPCC (2013) beskriver, inte alltid främjas då tidsbrist hindrar att patienterna ses som en jämlik partner i planeringen av vården.

Läkarnas medverkan i beslut om den fortsatta vården fördröjdes ofta och författarna förstår av resultatet att detta kan bero på ovilja eller okunskap i att fatta beslut om att hålla brytpunktssamtal med patient och närstående. Denna avsaknad av medverkan kunde medföra att patienten förlorade tid, som kunde ha tillbringats i hemmet om patienten så önskade, vilket i sin tur kunde bidra till platsbrist och överbeläggningar på vårdavdelningarna.

Deltagarna diskuterade att närstående är en av de resurser patienter kan ha tillgång till men de uttryckte en tidsbrist som gjorde det svårt att ta vara på denna resurs. Det framkom också att närstående gärna tar ett steg tillbaka och inte vill belasta sjuksköterskan med frågor och krav om de uppfattar att sjuksköterskan för stunden har mycket att göra. Ett par av deltagarna menade att det är nödvändigt att ägna tid åt närstående och att andra arbetsuppgifter då hellre får vänta. Närstående är en stor resurs och en stor del i patientens liv och det krävs av sjuksköterskan att hon stöttar dem.

Bevara partnerskapet – Dokumentationen

Vid ankomst till en vårdavdelning dokumenteras anamnes och status enligt förutbestämda sökord. Deltagarna påtalade att ingen specifik dokumentation görs om de patienterna med palliativt vårdbehov men det fanns en önskan om att kunna göra

det. Denna dokumentation skulle då bland annat kunna innehålla mer information omkring den friska personen, andliga inställningar och funderingar, om hur patienten skulle vilja utforma sin dag runt omvårdnaden på avdelningen.

Både Socialstyrelsen (2013) och Kvåle & Bondevik (2010) visar på, att om sjuksköterskan bidrar till en ärlig och omtänksam kommunikation genom att vara lyhörd för patientens önskemål och behov och genom att ha professionell kunskap om patientens sjukdom och lidande så kan förtroende mellan sjuksköterska och patient lättare bildas. Jakobsson och Holmberg (2011) menar att genom en noggrann tagen livsberättelse som upprättas vid ankomsten till avdelningen kan sjuksköterskan få veta vad som ger god livskvalitet för patienten. Ekman et al (2011) menar att livsberättelsen ska anses lika viktig som kliniska och laboratoriemässiga fynd.

Att noggrant skriva ner patientberättelsen i patientens journal anser författarna vara av stor vikt för den fortsatta planeringen runt patienten. Om inte denna berättelse finns dokumenterad går mycket kunskap om patientens önskemål, tankar, förmågor och vilja förlorad. GPCC (2013) menar att en noga dokumenterad patientberättelse ligger till grund för den hälsoplan som bör utformas för att patientens vård och behandling ska kunna genomföras enligt överenskommelse.

Författarna anser att det någon gång under vårdtiden borde finnas tid för sjuksköterskorna att nedteckna patientberättelsen då denna skulle gagna både patient såväl som andra professioner. Det skulle bli lättare att tillgodose patientens omvårdnadsbehov om denna berättelse fanns dokumenterad i journalen.

Organisation

Deltagarna ansåg att det fanns skillnader i omvårdnaden som gavs till patienter med kirurgiska respektive palliativa vårdbehov. De ansåg att det var problematiskt att vårda patienter med palliativt vårdbehov på en kirurgisk vårdavdelning på grund av patienternas så olika omvårdnadsbehov. Under intervjun uttryckte flera av deltagarna att de visste vilken vård de skulle vilja ge, men det fanns många hinder på en kirurgisk vårdavdelning för att kunna uppnå den optimala omvårdnaden för patienter med palliativt vårdbehov. Detta styrks i en studie av Larsson et al. (2011a).

Att arbeta på en akutkirurgisk vårdavdelning innebär många rutinbestämda arbetsuppgifter vilket gör att dessa rutiner många gånger styr personalens agerande och handlande i första hand. Deltagarna uppfattade att behoven och önskingarna hos patienten med palliativt vårdbehov fick stå tillbaka för det mer akuta som hände på vårdavdelningen. Enligt en studie av Larsson et al. (2011a) blir det ofta så att sjuksköterskan antar en ledande och bestämmande roll vilket kan hindra patienten från att delta i den egna vården.

Deltagarna uttryckte att de ofta kände sig splittrade när flera läkare kom till avdelningen samtidigt för att gå rond. Som sjuksköterska ville de vara delaktiga runt alla patienter som de ansvarade för men de upplevde ofta att vissa av läkarna inte visade förståelse eller hade tid att vänta på sjuksköterskan när hon var upptagen med att gå rond med en annan läkare.

Samarbetet mellan sjuksköterska och läkarna togs upp flera gånger under intervjun och deltagarna uppfattade att det fanns stora brister i kommunikationen mellan sjuksköterskor och kirurgläkare vilket även lyfts som ett problem i en studie av Bolster och Manias (2010). Deltagarna ansåg att kontinuiteten och ansvaret hos läkarna brast på flera olika sätt. Detta ledde till att beslut fördröjdes eller onödig behandling och provtagning ordinerades när läkaren var ny eller inte insatt i patientens sjukdom. Deltagarna menade att patienten med palliativt vårdbehov vid dessa tillfällen kunde bli överbehandlad. Vid dessa tillfällen kunde deltagarna känna att deras kunskap och erfarenhet var nödvändig för att stödja patienten, vilket även bekräftas av Jakobsson och Holmberg (2011) samt Kvåle och Bondevik (2010).

Vidare ville deltagarna se en mer långsiktig planering runt patienten, dels för att patienten inte skulle förlora livstid, dels för att tidigt kunna starta hemgångsplanering. PKT har enligt NRPV (2013) i uppdrag att stödja vårdpersonal i planeringen runt patienten och deltagarna uttryckte att de upplevde ett stort stöd från teamet i detta. Teamet ska vara behjälplig för både patient, närstående och vårdpersonal med att planera så att hemgången blir optimal med alla tänkbara resurser, både medicinska, materiella och i viss mån även själsliga. Patienten ska

erhålla information om PKT:s resurser, kommunsjuksköterska och eventuell *öppen retur* till avdelningen (NRPV, 2013).

Deltagarna uppfattade att patienterna ibland inte var informerade om vilka resurser som finns att tillgå i det egna hemmet. När denna brist på kunskap hos patienten framkom uppfattades det som en brist i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. En tänkbar orsak till detta var att alla patienter med palliativt vårdbehov inte var, eller inte ville vara, anslutna till PKT. I de fall PKT var knuten till patienten upplevde deltagarna att samordningen runt patienterna fungerade tillfredsställande.

Både Socialstyrelsen (2013) och WHO (2013) påtalar att samordningen är extra angelägen inom palliativ vård och om kommunikationen mellan olika vårdgivare fungerar bra finns alla förutsättningar för god palliativ vård.

Något som författarna ansåg förvånande var att ingen i fokusgruppen diskuterade samarbetet med paramedicinsk personal, såsom dietist, kurator, arbetsterapeut eller sjukgymnast under hela intervjun. Enligt Vårdprogrammet för palliativ vård (NRPV, 2013) och Socialstyrelsen (2013) ingår dessa professioner i omvårdnaden av en patient med palliativt vårdbehov.

I samarbetet med kommunsjuksköterskan framkom en del positiva men mest negativa erfarenheter. Deltagarna *tror* mycket men uttrycker osäkerhet om hur samordningen fungerar mellan patient och kommunsjuksköterskan när patienten befinner sig i det egna hemmet. Författarna tolkade detta som att det fanns en brist hos sjuksköterskor som arbetar inom den slutna vården om vilka resurser som en kommunsjuksköterska har att tillgå i sitt arbete under kvällar och helger.

Sammanfattning

Studien visar att deltagarna upplever det svårt att ge patienter med palliativt vårdbehov den omvårdnad de behöver och har rätt till när de vårdas integrerat på en akutkirurgisk vårdavdelning. Studien visar också att organisationen behöver utvecklas så att sjuksköterskan ges möjlighet att ta upp en fullgod patientberättelse och tillsammans med patienten skapa en hälsoplan.

Författarna likväl som deltagarna i studien tror att om organisationen såg annorlunda ut skulle det gå att etablera ett fungerande partnerskap med både patient och närstående och därigenom öka möjligheterna att kunna bedriva en god och personcentrerad omvårdnad.

Referenser

- Baillie, L. (2008). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23-36.
- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 154-165.
- Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.
- Drach-Zahavy, A. (2009). Patient-centred care and nurses` health: the role of nurses` caring orientation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1463–1474.
- Dudas, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centered care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521-528.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.
- Gott, M., Ingleton, C., Bennett, M. I., & Gardiner, C. (2011). Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study. *BMJ. British medical journal*, 342.
- GPCC. (2013). *Centrum för personcentrerad vård - Personcentrerad vård*. Från http://www.gpcc.gu.se/digitalAssets/1454/1454150_gpcc-broschyr-147x147_130619.pdf
- Green, A. (2006). A person-centered approach to palliative care nursing. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 8(5), 294-301.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

- Jakobsson, L., & Holmberg, L. (2011). Individual personal relations: effects on service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(6), 430-440.
- Jangland, E., Larsson, J., & Gunningberg, L. (2011). Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 533-541.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010). Patient's Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436 - 442.
- Larsson, I., Sahlsten, M. J., Segesten, K., & Plos, K. A. (2011a). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 575-582.
- Larsson, I., Sahlsten, M. J., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011b). Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. *Nursing research and practice*, 2011, 534-560.
- Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-Related Quality of Life and Healthcare Experiences in Breast Cancer Patients in a Study of Swedish Women. *Cancer Nursing*, 33(2), 164-170.
- Lehuluante, A., Nilsson, A., & Edvardsson, D. (2012). The influence of a person centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 319-325.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Från <http://www.utsc.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/text%20analysis/CA.pdf>
- McCabe, C. (2003). Issues In Clinical Nursing: Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479
- Montoya-Juarez, R., Garcia-Caro, M. P., Campos-Calderon, C., Schmidt-RioValle, J., Gomez-Chica, A., Marti-García, C., & Cruz-Quintana, F. (2012). Psychological responses of terminally ill patients who are experiencing suffering: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 53-62.
- NRPV. (2013). Nationella Rådet för Palliativ Vård - Vad är palliativ vård? Från <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>
- Olsson, L. E., Hansson, E., Ekman, I., & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness

- study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1626-1635.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9 ed.)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Lindencrona, C., & Plos, K. (2004). Patient participation in nursing care an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 35-42.
- SBU. (2013). *Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok*. Från [http://sbu.se/sv/Evidensbaserad-
vard/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/](http://sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/)
- SFS. (1998:204). *Personuppgiftslagen (PuL)*. Stockholm: Justitiedepartementet
Från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-
Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-
204/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/).
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Från
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-
4.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf).
- SSF. (2007). *Svensk sjuksköterskeförening - ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*.
Från [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-
publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf)
- Taraldsen Valeberg, B., & Grov, E. K. (2013). Symptoms in the cancer patient – Of importance for the caregivers' quality of life and mental health? *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 46-51.
- Thon Aamodt, I. M., Lie, I., & Hellesø, R. (2013). Nurses' perspectives on the discharge of cancer patients with palliative care needs from a gastroenterology ward. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(8).
- Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (A. E. Overgaard & A. Schou, Trans. 3 ed.). Köpenhamn: Munksgaard Danmark.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God Forskningsset*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- WHO. (2013). *World Health Organisation - Definition of Palliative Care*. Från
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wijk, H., & Grimby, A. (2008). Needs of Elderly Patients in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(2), 106-111.
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: exploring the meanings of

health and illness. *Journal of health psychology*, 3(3), 329-348.

Bilaga 1

Forskningspersoninformation - Pilotstudie

Bakgrund och syfte

Organisationsförändringar kring omhändertagandet av patienter med palliativt vårdbehov har gjorts sedan ett par år tillbaka. Det har lett till att inga specifika vårdplatser finns avsatta för just de patienterna, undantaget är patienter som givits fri rätt att lägga in sig vid behov. Patienterna vårdas utifrån sin grunddiagnos av särskilda specialiserade team. Detta innebär att patienter med palliativt vårdbehov kan vårdas tillsammans med patienter med akuta kirurgiska tillstånd. Patienter med akuta kirurgiska tillstånd har inte samma omvårdnadsbehov som patienter med palliativt vårdbehov. Syftet med denna studie är att undersöka sjuksköterskornas uppfattningar om omvårdnaden av patienter med palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning.

Förfrågan om deltagande

Forskarna kommer, tillsammans med två avdelningschefer, att utifrån inklusionskriterier, strategiskt välja ut sex avdelningssjuksköterskor att delta i denna studie. Vi är intresserade av sjuksköterskors syn på omvårdnad av patienter med palliativt vårdbehov på en akut kirurgisk vårdavdelning. Vi tillfrågar härmed dig om att delta i denna studie.

Hur går studien till

Tillsammans med denna forskningspersonsinformation har Du fått en broschyr från Göteborgs universitet om personcentrerad vård. Vår tanke med att bifoga broschyren om personcentrerad vård är att Du ska fundera på om den omvårdnad som ges idag till patienter med palliativt vårdbehov är personcentrerad. Mer information kommer att ges vid mötet. Studien kommer att utföras genom en fokusgrupps intervju. Sjuksköterskor sitter tillsammans med forskarna och diskuterar kring det valda ämnet. Du har möjlighet att med egna ord berätta om din erfarenhet av att vårda

patienter med palliativt vårdbehov på en akutkirurgisk vårdavdelning. Diskussionen kommer att genomföras under ordinarie arbetstid och ledas av Berit Johansson och Karina Aspeflo. Bandspelare kommer att användas för att spela in diskussionen. Beräknad tid för diskussionen är ca 60-90 minuter och kommer att äga rum i ett samtalsrum i nära anslutning till din avdelning.

Risker

Om Du upplever obehag efter diskussionen finns möjlighet till uppföljande samtal med ansvariga för studien.

Finns det några fördelar

Genom att få Din uppfattning om hur Du ser på den omvårdnaden som ges till patienter med palliativt vårdbehov på din vårdavdelning, kan eventuella svagheter att kunna ses och åtgärdas.

Hantering av data och sekretess

All data kommer att hanteras konfidentiellt, vilket innebär att inga uppgifter lämnas ut till utomstående. Vid presentation av resultatet kommer det inte att gå att identifiera Dig som enskild person. Materialet kommer att bearbetas av forskarna ansvariga för studien. Efter bearbetning av materialet och när studien blivit godkänd kommer diskussionsmaterialet att förstöras.

Hur kan du få information om studiens resultat

Den färdiga studien kommer att publiceras via Göteborgs universitets officiella databas GUPEA där den kan laddas ner gratis av alla. Studien kommer att vara klar sommaren 2014.

Frivillighet

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du har när som helst rätt att avbryta ditt deltagande utan att behöva motivera ditt val.

Ansvariga för studien

Kontaktpersoner

Berit Johansson

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologi

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien

Göteborgs universitet

Tele 070-535 90 96

E-post: berit.johansson@gu.se

Karina Aspeflo

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologi

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien

Göteborgs universitet

Tele 073-448 66 22

E-post: karina.aspeflo@gu.se

Lars-Eric Olsson

Universitetslektor/sjuksköterska

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien

Göteborgs universitet

Tele 031-786 60 38

E-post: lars-eric.olsson@gu.se