

# Vårdsituationer utan bot-

## Att vårda äldre palliativa patienter i en kurativ vårdkontext

**Title:** Care situations without a cure –  
Caring for elderly patients in a curative care context

**Arbetets art:** Självständigt arbete

**Program/kurs/kurskod:** Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 högskolepoäng/  
Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot vård av äldre/

OM5390\_VT2015

**Arbetets omfattning:** 15 högskolepoäng

**Sidantal:** 28

**Författare:** Teresia Larsson

**Handledare:** Hanna Falk

**Examinator:** Tone Ahlborg



## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sveriges befolkning blir allt äldre vilket skapar ett krav på kunskap om vård och omsorg till den äldre patienten. Sjukhusavdelningar är fyllda av äldre patienter och många av dem är svårt sjuka och kommer spendera sin sista tid på en vårdavdelning. För att ge en helhetsvård till den döende patienten ska vården bygga på de fyra hörnstenarna symtomlindring, kommunikation, relation och stöd till närstående samt ett multiprofessionellt samarbete. Som sjuksköterska vill man göra sitt yttersta för att patienten ska må bra, vare sig det är att må bra mot ett tillfrisknande eller att må bra i livets slutskede. Den ofta hektiska vårdmiljön på en vårdavdelning kan motverka en god palliativ vård.

**Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre svårt sjuka patienter i livets slutskede på vårdavdelningar utan palliativ inriktning.

**Metod:** Studien har en induktiv kvalitativ design. Data har samlats in med hjälp av semistrukturerade intervjuer med fem sjuksköterskor som analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Sjuksköterskornas erfarenheter av palliativ vård i en kurativ kontext kan sammanfattas som att vandra mellan olika specialiteter, både geografiskt och känslomässigt, och samtidigt kunna vara professionell och få in en helhet. Omställningen från en pulshöjande vårdmiljö till en andaktsfull miljö kan vara jättesvårt men det sker oftast på automatik. Resultatet visade på faktorer som gynnade en god död och faktorer som upplevdes leda till en dålig död.

**Diskussion:** Att använda sig av en kvalitativ design är lämpligt när man vill studera upplevelser. Studien baseras på fem sjuksköterskors upplevelser men deras upplevelser stämmer väl överens med tidigare forskning.

**Nyckelord:** Palliativ vård, kurativ vårdkontext, äldre patienter, akutvårdsavdelning, sjuksköterskor, upplevelser

## **ABSTRACT**

**Background:** The Swedish population is aging, creating a demand for knowledge about appropriate healthcare for older patients. Hospital wards are filled with older patients, of which many suffer from serious and life threatening illness that mean they will spend their last days of life in a hospital ward. In order to provide a holistic care to the dying patient palliative care is based on the four cornerstones; symptom relief, communication, relationship, and support to relatives, and a multi-professional team work. As a nurse you want to do your utmost for the patient to feel well, whether it is to feel well towards recovery or to feel well in the final stages of life. The often hectic care environment in a hospital ward can counteract a good palliative care.

**Aim:** To describe nurses' experiences of caring for the elderly critically ill dying patient in hospital wards without a palliative approach.

**Methods:** The study has an inductive qualitative design. Data were collected using semi-structured interviews with five nurses. The data were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Nurses' experiences of palliative care in a curative context can be summarized as wandering between different specialties, both geographically and emotionally, while being able to be professional and give comprehensive care. The transition from a pulse-pounding care environment to a worshipful environment can be very difficult but it usually occurs automatically. The results pointed out the factors that favored a good death and factors perceived to lead to a bad death.

**Discussions:** The use of a qualitative design is suitable when you want to study experiences. The study is based on five nurses' experiences but their experience is consistent with previous research.

**Keywords:** Palliative care, curative care context, elderly patients, hospital ward, nurses, experience

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Kurativ och palliativ vård	1
Brytpunkten	1
Äldre och palliativ vård	2
Palliativ etik	2
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>3</b>
Den döende patienten	3
Den lindrande sjuksköterskan	3
Närstående- en del av patienten	4
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>5</b>
Personcentrerad vård	5
Att arbeta personcenterat	6
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>STUDIENS URVAL</b>	<b>7</b>
<b>DATAINSAMLING OCH ANALYS</b>	<b>7</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>9</b>
Risker och fördelar	10
Artiklar och litteratur	10
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>TEMA 1: ATT MÖTA DEN GODA DÖDEN</b>	<b>11</b>
Att ha närstående	11
Sjukhusdöden	11
Strategier för att kunna göra gott	12
Vård och behandling	12
Vårdväxlingar	12
Samarbete och dokumentation	13
<b>TEMA 2: ATT MÖTA DEN DÅLIGA DÖDEN</b>	<b>13</b>
Att inte ha närstående	13
Att dö ensam	13
Risker	13
Stress	14
Vård och behandling	14
Vårdväxlingar	14
Samarbete och dokumentation	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>METOD DISKUSSION</b>	<b>15</b>
Trovärdighet och överförbarhet	15
<b>RESULTAT DISKUSSION</b>	<b>16</b>

En personcentrerad palliativ vård	17
Studiens betydelse	17
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>21</b>
1 Intervjuguide	21
2 Forskningspersoninformation	22

## **INTRODUKTION**

### **INLEDNING**

När man tänker på vården som ges på sjukhuset tänker vi främst på den botande vården. Det brutna benet repareras och det höga blodtrycket ska medicineras. Vården som utförs är kurativ. Som sjuksköterska vill man göra sitt yttersta för att patienten ska må bra, vare sig det är att må bra mot ett tillfrisknande eller att må bra i livets slutskede. De allra flesta vill bota och hjälpa människor att förbättra sin hälsa, inte se dem tyna bort utan hopp om förbättring. Men där det finns bot finns även vårdsituationer där bot inte längre är möjligt. Att jobba på en vårdavdelning innebär en arbetsdag med tvära kast och snabba prioriteringar. Att vårda kurativt parallellt med palliativt på en vårdavdelning är vårdväxlingar som kan leda till stress och en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskan (1). Som patient vill du vårdas i den bästa möjliga vårdmiljön. Men hur ser vårdmiljön ut för de döende äldre patienterna? Vilka problem möter sjuksköterskan i sin vardag tillsammans med den döende patienten? Och vilka är faktorerna som gör att vårdmiljön blir bra och gör att den döende patienten når den goda döden?

Med avstamp i ovanstående problematik syftar den här studien till att tydliggöra den problematik som sjuksköterskor kan tänkas möta i vården av äldre döende patienter.

### **BAKGRUND**

#### **Kurativ och palliativ vård**

En kurativ vård innebär att bot är möjligt. Palliativ vård innebär att möjligheten till bot saknas. I den kurativa vården kan det vara acceptabelt att ta risker och utsätta patienten för biverkningar och risker om patienten blir botad. Kurativ vård i syfte att förlänga livet kan ges samtidigt som palliativ vård om det innebär ett förbättrat liv. I den palliativa vården ska den vård och behandling som ges inte påverka patientens livskvalitet negativt (2). Socialstyrelsen (2013) definierar palliativ vård som vård med syfte att lindra lidande och förbättra livskvaliteten för patienter med obotlig sjukdom eller skada. Detta oavsett ålder eller diagnos. Det innebär att se på de fysiska, sociala och de existentiella behoven som patienten har och erbjuda vård utifrån det. Inkluderat i vården är att ge patientens närstående ett organiserat stöd. Vården innebär en helhetssyn som stöder personen att leva med värdighet och välbefinnande till livets slut. Enligt Socialstyrelsen (2013) är det viktigt att hälso- och sjukvården ger palliativ vård med utgångspunkt i de fyra hörnstenarna symtomlindring, kommunikation, relation och stöd till närstående samt ett multiprofessionellt samarbete (3). De fyra hörnstenarna hjälper vårdaren forma en helhetsvård som ser på det fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensionerna i patientens livsvärld (2).

#### **Brytpunkten**

Palliativ vård brukar delas upp i två faser, den tidiga fasen och den sena fasen. Den tidiga fasen kan vara lång och syftet är att ge en livförlängande behandling. Den sena fasen kan vara kort och målet är att ge lindrade vård för att minska lidande. Övergången mellan faserna

kan vara flytande och det kan vara svårt att säga när brytpunkten ska sättas för att vården ska vara lindrande istället för livsförlängande. För många äldre är den palliativa fasen en naturlig fortsättning på den vård och omsorg som de tidigare fått (3). Ett palliativt förhållningssätt tidigt i en sjukdom, även när kurativ vård pågår, kan hjälpa patienten och öka deras livskvalité (2).

### **Äldre och palliativ vård**

I höginkomstländerna ökar antalet äldre. Detta innebär en växande utmaning världen runt eftersom de flesta dödsfallen sker efter 65 år. Äldre har ett varierande behov av hälso- och sjukvård men alla de äldres, ofta mycket komplicerade, vårdbehov blir inte alltid mötta så som de borde (3). Många äldre lider på grund av fel diagnostisering och underbehandling. Smärta är ett vanligt symptom som underbehandlas och smärta påverkar livskvaliteten negativt. Äldre med kommunikationsproblem såsom demenssjukdomar löper ännu högre risk att få en sämre symtomlindring. Äldre får inte den typ av palliativ vård som yngre tenderar att få. Orsaken har beskrivits vara att äldre oftare har flera kroniska sjukdomar såsom hjärtsjukdomar och kognitiva sjukdomar som traditionellt sett inte har fått en specialiserad palliativ vård såsom cancersjukdomar får (4).

2001 års siffror visar att det är vanligt att dö på en sjukhusavdelning. Näst vanligast är det att dö på särskilt boende. Siffrorna visade också på att det är äldre patienter som till största delen dör på sjukhus (5). Att det just är äldre som är i störst risk att dö är inte förvånande eftersom de är i den naturliga ålder där döden oftast inträffar. Men siffrorna tydliggör att som sjuksköterska på vårdavdelning så kommer möten med äldre döende patienter att ske, och vården som ges kommer inte att bota sjukdomen de vårdas för.

Om friska individer fick bestämma var de skulle få dö så skulle de flesta välja att dö hemma. Ett stort antal personer är positiva till att få vård och omsorg i det egna hemmet. Men personer som tidigare önskat dö hemma kan ändra sin åsikt på grund av en på bristande trygghet eller att närstående inte längre klarar av omsorgen hemma (6). Socialstyrelsen gav 2013 ut ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Där tydliggör Socialstyrelsen att fler patientgrupper behöver få tillgång till palliativ vård och att den äldre befolkningens behov behöver tillgodoses bättre (3).

### **Palliativ etik**

Så länge det finns liv så finns det hopp. Den medicinska kunskapsutvecklingen har lett till att många människor befinner sig i livets slut en lång tid. Att dö en långsam död blir allt mer vanligt. Det finns situationer där den medicinska behandlingen inte kan bota grundsjukdomen, men den kan förbättra livskvaliteten och förlänga livet på ett gott sätt. Men det finns situationer som innebär det motsatta. I vissa fall kan behandlingen vara ett övergrepp mot patienten. Risk finns att dagens vård och behandling förlänger ett liv som inte upplevs gott av personen. Många äldre lider. Att respektera en persons autonomi och integritet ska ske även i döendet. Den döende har rätt att behandlas som en levande människa ända fram till döden (2).

## **TIDIGARE FORSKNING**

### **Den döende patienten**

Den döende patienten som vårdas inom en kurativ vårdkontext riskerar att få fel vård eftersom vården till största delen är inriktad mot att bota. Transitionen mot palliativ vård kan upplevas som ett nederlag för vårdaren och leda till ett förlängt lidande för patienten (7). En studie i Australien visade att sjuksköterskor kan identifiera när en patient är döende men att vården fortsätter vara kurativ tills det att en läkare tar beslutet om en reorientering av vården (8).

I en studie om cancer i livet slut fann man tre komponenter som innebär en god palliativ vård enligt patienterna, närmare bestämt trygghet, delaktighet och förtroende. Trygghet för de döende patienterna innebar kontinuitet och kompetens hos personalen. Att som patient få delta i diskussion kring vården och ställa frågor ökade känslan av delaktighet. Med förtroende menas att patienten kunde lita på personalens omdöme kring vård och behandling. Patienterna upplevde att de tre komponenterna behövde existera samtidigt för att kvalificera vården som god (6).

Den sista tiden i livet kan bli bra trots dödens närmanden. En god död definieras oftast som en död där patienten kan bevara sin självbild, sina sociala relationer, sitt självbestämmande, att patienten kan skapa ett sammanhang av vad som sker och att få en god symtomlindring (3).

### **Den lindrande sjuksköterskan**

Den palliativa vården är utmanande. Att ha kunskap om palliativ vård är viktigt men ännu viktigare är det att ha rätt förhållningssätt. Att möta etiska dilemman och samtidigt kunna svara på krav om effektivitet och ekonomi i organisationen är delar i vården som möter sjuksköterskan. Samtidigt som omsorg ges till den döende behöver de närstående få omtanke. Många av de som dör på sjukhus är äldre och för att de ska kunna få ett värdigt slut behövs omtanke och engagemang (9). På en avdelning är tempot högt och det kan leda till att den palliativa patienten hamnar i skymundan trots att sjuksköterskor upplever att den omsorgen är viktig och meningsfull (8).

Det är viktigt att alla sjuksköterskor, inte bara de som enbart jobbar inom palliativ vård, har en uppfattning om vad som karaktäriseras som en god död och hur en organisations begränsningar kan forma en sådan upplevelse. Till exempel beskrivs i en studie från Storbritannien att sjuksköterskor uppfattar döden som god när döden är väntad av både personal och närstående och att patienten är fri från besvärande symtom i livets slut. Att dö under natten upplevdes också som gott eftersom det känns mer naturligt och fridfullt. Den dåliga döden inkluderade plötsliga dödfall där förberedelserna var otillräckliga, så som att lära känna patienten och dennes närstående (10).

Att arbeta kurativt och palliativt parallellt på en vårdavdelning är en komplex arbetssituation därför att den variabla vårdhastigheten snabbt kan behöva växlas upp och ner. Men trots de tvära kasten som kan utlösa stress finns en positiv attityd gentemot det palliativa synsättet



på vårdavdelningar. Svenska studier beskriver att sjuksköterskor känner ett stort ansvar inför mötet med patienten och närstående. Sjuksköterskor tycker det är angeläget att patientens individuella omsorgsbehov kan mötas. Problem uppkommer när tiden inte räcker till och om brister i ledarskap finns. Om vårdenhetschefer bekräftar och stödjer sjuksköterskan bättre i deras arbete kan arbetssituationen förbättras (1, 11). När omprioriteringar behöver göras på grund av en försämrade patient nedprioriteras de mindre akuta omvårdnadsuppgifterna till förmån för den försämrade patientens behov. När dessa prioriteringar behöver göras minskas möjligheten till att ge en helhetsvård till patienten (12).

I en översyn av litteratur från bland annat Storbritannien och Japan, som publicerades 2013 fann författarna sex teman som beskrev sjuksköterskors erfarenhet av vård i livets slutskede på en vårdavdelning. Dessa var brist på utbildning och kunskap, brist på tid, barriärer i vårdkulturen, faktorer rörande kommunikationen, hantering av symtom och faktorer hos sjuksköterskan. Brist på utbildning och kunskap var den vanligaste erfarenheten som beskrevs av sjuksköterskorna. Faktorer som att mediciner inte ordinerades eller en oförståelse av symtomlindring var delar som togs upp. Men det belystes även att varje möte med döden gav sjuksköterskan värdefull kunskap och erfarenhet att ta med till nästa patient. Känsla av att tiden till den döende patienten inte fanns genomsyrade också litteraturgranskningen. Barriärer i vårdkulturen förklarades genom svårigheter att vårda kurativt och palliativt parallellt samt miljöfaktorer som brist på enkelrum och en tråkig miljö. Under hantering av symtom beskrivs att patienten kan få en vård som är olämplig i livets slut, exempelvis onödiga undersökningar, blodprover och medicinsk behandling. Faktorer som rör kommunikationen visade att det var den dåliga kommunikationen som ineffektiv kommunikation som beskrevs påverka vården negativt. Smärta upplevdes vara det svåraste men det viktigaste symtomet att lindra. Känslor som kunde finnas hos sjuksköterskan var bland annat en känsla av otillräcklighet, stress och trötthet. Brist på stöd från chefer och kollegor gav sjuksköterskan en känsla att vara ensam. Känsla av frustration uppstod när sjuksköterskan inte kunde utföra den vård hen ville ge på grund av omständigheter i vårdens verklighet (13). Den här beskrivningen är även en verklighet i Sverige. Kompetensutveckling är en viktig faktor för att förbättra den palliativa vården och i dagens grundutbildning får blivande sjuksköterskor en mycket varierad mängd utbildning om palliativ vård. Kunskapen om de äldres sista dagar i livet i Sverige, och den vård de får, är också bristfälliga (14).

### **Närstående- en del av patienten**

Forskning visar att vara närstående till en döende människa är en ny situation för många och situationen medför en rad olika känslor som påverkar deras inre. De har ett behov av att vara närvarande, delaktig och kunna göra gott för den döende. Att som sjuksköterska känna till deras önskemål och kunna möta deras behov är en del av den palliativa vården. Närstående är ofta nöjda med den palliativa vården som ges inom sjukhusens väggar. Men faktorer såsom strikta sjukhusrutiner och en miljö som inte ger tillräcklig med stöd belyses som negativa områden (15). Personalens förhållningssätt påverkar hur närstående och patienten upplever vården som ges (14). För att upprätthålla patientens självbestämmande måste det

föras en aktiv dialog mellan patient och vårdare. I många fall hos äldre patienter kan inte denna kommunikation ske på grund av demenssjukdom eller att patienten är så svårt sjuk. Om det inte finns ett skriftligt dokument om patientens önskemål så är det de personer närmast patienten som blir deras röst. Som närstående behöver man få kontinuerlig information och förklaringar till varför saker och ting sker på ett visst sätt. Att som sjuksköterska kunna lyssna och ta del av närståendes åsikter och visa dem respekt är en viktig del av den palliativa vården (9). Känsla av isolering och frustration inträffar vid brister i kommunikationen. Men att veta vad man som närstående ska fråga efter för att få en bild av patientens situation kan vara svårt. Därför krävs det att sjuksköterskan aktivt informerar och analyserar situationen som de befinner sig i (15).

### **TEORETISK REFERENSRAM**

Den filosofiska grunden för den personcentrerade vården är personalism. Att syfta till att personcentrering är personalism är inte helt rätt. Det finns ett antal olika läror och definitioner inom området men sammanfattat kan man säga att personalism är en filosofi om personen. Filosofin ser på personens betydelse och hur personen utvecklas i relation till andra. Den realistiska personalismen menar att de egenskaper som utgör en person kan uppmärksammas, uppmuntras eller förstärkas respektive förminsкас eller motverkas i mötet med andra. Människan är autonom men inte oberoende av andra. Vi kan inte utvecklas annat än i samspel med andra personer (16, 17).

### **Personcentrerad vård**

Det centrala i den personcentrerade vården är att se personen och bekräfta dennes upplevelse av sjukdomen. Det innebär att se sjukdomen från patientens perspektiv och inkludera hen i alla aspekter av omvårdnaden. Grunden är ett humanistiskt förhållningssätt mot andra personer. Den personcentrerade vården lär oss att se att alla patienter är individuella personer och ska inte reduceras till deras sjukdom. De ska aktivt få delta i vården och i beslutprocessen som rör deras liv. Det innebär att utvidga synen på patienten från frakturen i sal fyra till personen som ligger i sal fyra och den personens livsvärld och berättelse (12).

Det finns två centrala begrepp inom personcentrerad vård; berättelsen och partnerskapet. Via berättelsen framträder människan som en person. Som vårdare ska vi se på berättelsen som ett redskap för att kunna utveckla hälso- och sjukvården. Genom att använda sig av berättelsen i vården kan man förändra patientens självförståelse, synen på patienten och vårdrelationen. Det är delar som utgör en nödvändig aspekt för att bredda vägen mot ett tillfrisknande för patienten. Partnerskapet innebär att dela information, samtal och beslut. Delaktigheten kan inkludera närstående. Genom partnerskapet växer en gemensam förståelse av erfarenheten av sjukdomen och tillsammans med sjukdomstecken får vårdaren en grund för diskussionen och planeringen av vården som ska ges (17). Olika delar skapar förutsättningar för en personcentrerad vård enligt McCormack och McCance (2006). Först ska en förutsättning finnas i vårdaren själv. Till exempel ska vårdaren förutom att ha en yrkes- och socialkompetens vara engagerad i sitt jobb och ha en själv-känedom. För att detta ska

vara möjligt måste det finnas förutsättningar i miljön såsom en stödjande organisation, delad makt och förutsättningar för innovationer och risktagande (18).

### **Att arbeta personcenterat**

Den personcentrerade vården ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Den nuvarande strukturen på vården grundar sig i den medicinska strukturen där en hierarki finns. Att arbeta personcenterat betyder att flytta medicinen från mittpunkten och istället ha patienten som central utgångspunkt. Maktförhållanden behöver ändras genom att utgångspunkten istället blir ett partnerskap mellan vårdarna från olika professioner och patienten med närstående. I en radikal omställning som detta innebär är specialistsjuksköterskans kunskap en resurs för både patienten, kollegorna och organisationen. Genom att lyssna på patientens berättelse så skapas en förståelse av deras livsvärld och hur den livsvärlden formar deras upplevelse av hälsa (16).

Ett flertal sjukhusavdelningar uppger att de arbetar personcenterat men skulle detta granskas närmare är det inte en hel sanning. I en studie från 2011 såg forskarna att trots att sjuksköterskorna menade att de gav en personcentrerad vård hade de svårt att inte sätta sjukdomen i centrum. Deras dokumentation bestod av medikaliserad information och när tiden inte fanns prioriterades de medicinska åtgärderna och undersökningarna. En effekt av att arbeta personcenterat är att vårdkvaliteten kan förbättras enligt forskarna (19).

Vårdmiljön har en stor påverkan på patientens välbefinnande. Vårdmiljön ska främja välbefinnandet och livskvaliteten. Miljön påverkar även hur närstående upplever vården. Begreppet miljö omfattar både den fysiska miljön, alltså rummet, färger och ljus, som den psykosociala miljön som handlar om de känslor rummet ger. Enligt Socialstyrelsen (2013) ska en stödjande vårdmiljö vara en personcentrerad miljö där patienter, närstående och personal känner sig sedda, delaktiga och inte minst välkomna (3). Att arbeta personcenterat är en uppgift som specialistsjuksköterskan kan utveckla i hälso- och sjukvården.

Det är angeläget att beskriva en arbetsituation som påverkar både patienten, närstående och sjuksköterskan. Nästan 47 % av dödsfallen år 2001 i Västra Götalands Regionen (VGR) skedde på sjukhus och patientens medelålder var omkring 76 år (5). Alltså är det vanligt att sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar inom VGR möter äldre döende patienter i deras vardag. Situationen på landets vårdavdelningar rör oss alla eftersom vi på ett eller annat sätt någon gång kommer att befinna oss i en patientroll.

### **SYFTE**

- Den här studien syftar till att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre svårt sjuka patienter i livets slutskede på vårdavdelningar utan palliativ inriktning.

### **METOD**

Studien hade en induktiv kvalitativ design för att fånga sjuksköterskors upplevelser av att vårda svårt sjuka äldre patienter i livets slutskede på vårdavdelningar utan palliativ

inriktning. För att samla in kvalitativ data genomfördes interjuver. I en intervju ses forskaren som en medskapare av texten vilket innebär att resultatet inte kan ses oberoende av forskaren. Forskaren ska vara flexibel och följsam mot de förändringar som kan ske under intervjuerna. Urval sker inte slumpmässigt i en kvalitativ design. De som har erfarenhet av studiens problemområde ska tillfrågas om att delta i studien. Analysen av data sker genom att transkribera intervjun i sin helhet. Olika analysmetoder finns i den kvalitativa forskningen och i den här studien användes en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (20). Innehållsanalys innebär att man analyserar och sorterar data i kategorier. Även det som inte sägs, alltså kroppsspråket har ett värde att analyseras eftersom det kan påverka meningen av vad som sägs. Ett första steg i analysprocessen är att läsa den transkriberade texten ett flertal gånger. I andra steget sorteras meningsbärande enheter ut, alltså de meningar som är ett svar på syftet. I en induktiv design använder forskaren inte sin förutfattande mening vid analysen. De sista stegen innebär att koda enheterna och forma dem till kategorier och teman. Kvalitativ innehållsanalys är en passande metod för att tolka en mindre mängd data, som denna studie genererat (21).

## **STUDIENS URVAL**

Studien genomfördes på ett regionsjukhus i Västra Götalands Regionen (VGR). Vårdavdelningar där svårt sjuka äldre patienter vårdades identifierades (n=11). Exkluderade avdelningar var intensivvårdsavdelningar, operationsavdelningar och avdelningar som inte vårdade äldre patienter. Vårdenhetschefer på samtliga avdelningar där äldre patienter vårdades kontaktades via e-mail och en av avdelningarna kontaktades muntligt. Den avdelningen som kontaktades muntligt är avdelningen där författaren arbetar. Via e-mail beskrevs syftet med studien och förfrågan om avdelningen hade sjuksköterskor som skulle kunna tänka sig vilja delta. Påminnelse sändes ut efter en vecka. Via e-mail godkände vårdenhetschefen att sjuksköterskorna kunde kontaktas och namn på de som ville delta gavs ut. Författaren kontaktade alla sjuksköterskor som vårdenhetschefen gav som förslag. Åtta sjuksköterskor tillfrågades, varav sex bokades in till interjuver. En av de sex intervjuerna ställdes in med kort varsel eftersom sjuksköterskan inte kunde delta på grund av tidsbrist.

Sammanlagt ingick fem sjuksköterskor som gav sitt skriftliga informerade samtycke att delta i studien. Målet var att fånga sjuksköterskor med en varierande ålder, kön, utbildningsnivå och arbetserfarenhet för en individuell intervju. Resultatet av urvalet blev att alla informanter var kvinnor med en arbetslivserfarenhet mellan 1 till 32 år. Noterat är att fyra av sjuksköterskorna hade en arbetslivserfarenhet mellan 1- 6 år, alltså merparten av informanterna var i början av sin yrkeskarriär.

## **DATAINSAMLING OCH ANALYS**

Data utgörs av semi-strukturerade intervjuer med fem sjuksköterskor som analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (20). Intervjuguiden utgjordes av ett antal frågeområden/domäner som identifierats som centrala via en granskning av litteraturen om sjuksköterskors upplevelser av sin arbetssituation samt patienters och närståendes erfarenheter av vård i livets slutskede (se bilaga 1).

Alla fem interjuver skedde under informanternas arbetstid på det regionsjukhuset där de arbetade. Fyra interjuver genomfördes på ett avskilt rum mellan två vårdavdelningar. En intervju skedde i ett stängt rum på en vårdavdelning på grund av att det mer avskilda rummet inte var tillgängligt. Intervjuerna varierade mellan 14 och 27 minuter. Den inledande frågan vid varje intervju var: *Kan du berätta för mig om dina upplevelser av att vårda palliativa patienter/svårt sjuka patienter här på avdelningen?* Samtliga frågor var öppna för att sjuksköterskorna skulle ges möjlighet att fritt berätta om sina upplevelser. Intervjuguiden användes som mall vid varje intervju. Guiden användes som ett stöd för att intervjun skulle föras tillbaka mot sjuksköterskans upplevelser när intervjun fördes mot andra områden, som till exempel diskussion kring verksamhetens rutiner kring palliativ vård. Domänerna i intervjuguiden fungerade som ett stöd i samtalet genom att sjuksköterskorna blev uppmanade att berätta om flera olika aspekter av sina upplevelser. Samtliga interjuver spelades in och transkriberades ordagrant. Transkriberingen skedde inte mer än en dag efter intervjun hade ägt rum. Transkriberingen lästes igenom ett flertal gånger samtidigt som intervjun lyssnades igenom. Detta pågick tills författaren hade säkerställt att allt som informanten sa och på det sättet det sades framkom i transkriberingen.

Första steget i analysen var att läsa igenom transkriberingen ett flertal gånger. De meningsbärande enheterna markerades ut och fördes in i ett dokument där analysen fortsatte. De meningsbärande enheterna som svarade mot studiens syfte kondenserades till kortare meningar som fortfarande innehöll essensen.

*Exempel på en meningsbärandeenhet som kondenserats i analysen;*

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>
Det finns nog rum för förbättring tror jag.. aaah därför att vi skulle kunna använda oss mer av dom hära.. skattningsskalorna och göra dom här bedömningarna ååå vad heter det.. dokumentera bättre.	Det finns rum för förbättring, vi skulle kunna använda oss av skattningsskalor och göra bedömningar och dokumentera bättre.

Koder i enheterna fastställdes för att lättare kunna kategorisera data i kategorier. I ett samarbete med handledaren skapades två olika teman som beskrev kategorierna.

*Exempel på dataanalysen;*

Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Det är fruktansvärt tråkigt att på sjukhusen låter vi patienter dö ensam och att det inte finns resurser för att sätta vak om det behövs. För någon borde sitta där hela tiden.	På sjukhus dör patienten ensam på grund av få resurser.  Vak borde finnas.	Att dö ensam	Att möta den dåliga döden
God omvårdnad, det är många oss hos som bryr sig om patienterna att de får det så bra som möjligt och man anstränger sig lite extra även om det är väldigt stressigt.	Att anstränga sig lite extra även om det är stressigt.  God omvårdnad.	Sjukhusdöden	Att möta den goda döden

### **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

De fyra grundläggande principerna i forskning är autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Att skydda den enskilda individen och respektera människovärdet genomsyrar forskningsetiken (22). I forskning innebär det en etisk utmaning att undvika att utnyttja, skada eller såra de personer som deltar i studien. Enligt Svensk lag måste personen som deltar i forskning lämna ett samtycke till deltagande. Samtyckeskravet är en av de fyra forskningsetiska principerna. Ett informerat samtycke innebär att informanten har fått information om arbetet, att de kan förstå informationen och att de får tid att överväga deltagandet (21). De tre andra forskningsetiska riktlinjerna är informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren ger informanten information om forskningens syfte på ett sätt och språk de förstår. Även risker med att delta i studien ska klargöras. Konfidentialitetskravet innebär att allt insamlat material förvaras säkert så ingen utomstående part kan ta del av materialet. Konfidentialitet är ett svagare krav än anonymitet men det kräver tystnadsplikt och handlingssekretess. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om personen inte får missbrukas såsom deras personuppgifter (21-23).

Den här studien följer de forskningsetiska riktlinjerna även om ett godkännande från forskningsetiska rådet inte behövdes eftersom studien är en magisteruppsats. Ett studentarbete är inte forskning och behöver inte granskas av etikprövningsnämnden. Godkännande till att genomföra studien gavs av universitetet (21). För att klargöra att studien följer de forskningsetiska riktlinjerna fick deltagarna i den här studien både skriftlig och muntlig information om studien för att uppfylla samtycke- och informationskravet (se bilaga 2). Författaren klargjorde att deltagandet i studien var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta deltagandet utan att ange orsaken. Skriftligt samtycke att delta i studien erhöles från alla fem sjuksköterskor som deltog. Allt material i den här studien kodades på ett sätt så att endast författaren har kunnat identifiera vilken sjuksköterska som sa vad och på så sätt upprätthållas konfidentialitetskravet. De inspelade intervjuerna förvarades säkert av författaren enligt de forskningsetiska riktlinjerna. Nyttjandekravet uppfylls eftersom det insamlade materialet endast kommer att användas till den här studien.

### **Risker och fördelar**

Ett etiskt övervägande man bör göra gällande urvalet i den här studien är att två av informanterna är arbetskamrater med författaren. Författaren gjorde sitt yttersta för att inte övertala dem att delta. Deras deltagande skulle vara lika frivilligt som resterande deltagare. Huruvida de två sjuksköterskorna kände att de kunde tala fritt och säkert om sina upplevelser av palliativ vård kan de själva endast svara på. Författarens övertygelse är att de kunde det. Författaren försökte bevara sjuksköterskornas deltagande i studien konfidentiellt men vissa av informanterna valde att berätta att de var deltagare i studien. Eftersom vårdenhetschefen godkände att deltagarna intervjuades på arbetstid var de medvetna att sjuksköterskan ingick i studien. Inget av vad som redovisas i studien kan för en utomstående part spåras tillbaka till enskild sjuksköterska förutom sjuksköterskan själv som delgav informationen. All inspelat material raderas när studien är genomförd. En vinst som kan tänkas vara ett resultat av studien är att frågan om palliativ vård har lyfts på de avdelningar där författaren sökte efter deltagare.

### **Artiklar och litteratur**

För att finna forskning som kunde beskriva en aktuell bakgrund till syftet söktes forskning via databaserna CINAHL och Pub Med. I sökningarna användes begränsningar peer review och en årsbegränsning som span mellan åren 2000-2014. Detta i syfte att hitta den mest aktuella forskningen. Exempel på ord som användes i sökningarna är "*palliative care*", "*end-of-life care*", "*acute hospital*", "*hospital setting*", "*older patients*" och "*nurse*". Flertal artiklar lästes och granskades av författaren. Att läsa artiklar som inte motsvarade syftet med studien gav författaren möjlighet att läsa varierande litteratur i ämnet och få en bredare förståelse av ämnet palliativ vård inom en kurativ vårdkontext. Genom att läsa flera typer av artiklar hittade författaren förslag på ytterligare artiklar som motsvarade syftet i den egna studien. Även litteratur som rekommenderas av Göteborgs universitet användes för att beskriva syftet med studien. Författaren läste all litteratur med källkritik i fokus. Det kan vara svårt att veta vilket material som är pålitligt men författaren förutsätter att den egna kunskapen om

källkritik och att använda vetenskapliga artiklar som är granskade av andra forskare, så kallade peer review, lyfter materialets validitet (21).

## **RESULTAT**

Sjuksköterskornas erfarenheter av palliativ vård i en kurativ kontext kan sammanfattas som att vandra mellan olika specialiteter, både geografiskt och känslomässigt, och samtidigt kunna vara professionell och få in en helhet. Omställningen från en pulshöjande vårdmiljö till en andaktsfull miljö kan vara jättesvårt men den sker oftast på automatik. Att känna av stress och hur värdefull tiden är genomsyrade upplevelserna av palliativ vård, speciellt upplevelsen av att inte ha tillräckligt med tid. Palliativ vård på en akutvårdsavdelnings uppfattas som den vård man ger absolut sista tiden och inte en fas som kan vara längre än några dagar.

Analysen av data utmynnade i två teman; att möta den goda döden och att möta den dåliga döden. Båda teman följs av ett antal kategorier i form av underrubriker som sammanfattar de positiva respektive negativa aspekterna av palliativ vård på en akutvårdsavdelning.

### **TEMA 1: ATT MÖTA DEN GODA DÖDEN**

#### **Att ha närstående**

Närstående upplevdes som en trygghet i att nå en god död. Sjuksköterskorna beskriver hur de upplever att närstående påverkar vården som ges på avdelningen. Påverkan sker på ett positivt sätt. De engagerar sig i vården och gör den bättre. Närstående är också ett stöd för personalen då de gör bedömningar om patientens smärta och hjälper till med exempelvis munvård.

*”När anhöriga finns engagerar dom sig i omvårdnaden och gör munvård och säger till om patienten verkar ha ont”.*

#### **Sjukhusdöden**

På vårdavdelningar finns det personal dygnet runt och en nära tillgång till nya beslut av läkaren. Sjuksköterskorna beskriver att patientens behov blir tillgodosedda och omvårdnaden som ges är bra. Personalen är också professionella och ser helheten. Trots att det är stressigt anstränger sig sjuksköterskorna lite extra för att göra gott. Sjuksköterskan tar sig tid för att hinna att prata med närstående så att de närstående känner sig trygga i den vård som ges. Att ge en palliativ vård beskrivs som att vårda patienten på ett finare sätt. Att kunna vara närvarande i stunden beskrivs som meningsfullt. Till exempel uttryckte en av sjuksköterskorna följande:

*”Jag satt med patienten och höll honom i handen när han dog. Där och då kändes som att det var det enda jag kunde göra och det kändes otroligt starkt och väldigt meningsfullt att jag kunde vara närvarande i den stunden. Det var nog bland de starkare upplevelserna jag varit med om.”*



## **Strategier för att kunna göra gott**

För att kunna ge en god död talar sjuksköterskan om ett antal strategier som kan hjälpa på vägen. Man ger inte upp trots att vägen till döden känns tuff. Att vårda den döende är inte lätt men som sjuksköterska känner man sig inte otrygg. Varje dödsfall är en ny situation och varje situation är ett tillfälle att utöka sin kunskap. Man blir en bättre sjuksköterska genom varje ny erfarenhet. Även om stress finns med i alla sjuksköterskors tankar så upplever sjuksköterskan att det är viktigt att kunna ge utrymme för det existentiella och att ge patienten tid att prata om sina tankar om döden. Även om man kan känna en maktlöshet inför situationen man står inför så kapitulerar man inte.

*”Det är inte jätte lätt men jag känner mig inte otrygg i det som händer. Dels kan det ha med att jag har mött många döende genom åren och försökt lära mig genom erfarenhet även om varje dödsfall är en ny situation som inte går att kopiera”.*

## **Vård och behandling**

Patienten ska inte besväras av obehagliga symtom. För att säkerställa en god död vill sjuksköterskorna ha patienten nära. Att ha en möjlighet att kunna gå in och ut i patient rummet för att titta till patienten innebär att arbetet behöver omprioriteras. En dialog hur varje situation kan lösas krävs. Att som sjuksköterska få en möjlighet att vara med på brytpunktsamtalen med läkaren är en positiv erfarenhet. Att använda skattningsskalor som Abbey Pain Scale upplevs som stödjande vid symtomlindringen av den döende. En sjuksköterska lärde sig av en kollega att tänka på den palliativ vården på det här sättet;

*”Nu hjälper vi inte patienten på samma sätt men egentligen hjälper man patienten ännu mer eftersom man inte vill att dom ska besväras av obehagliga symtom. Då tycker jag omvårdnaden nästan blir finare. Det är inte så att vi ingenting kan göra för patienten för det finns massor med saker vi kan göra, bara vi är med på banan helt enkelt”.*

## **Vårdväxlingar**

Sjuksköterskan ser på palliativ vård som ett annat arbetssätt och därför ändrar man sitt sätt att arbeta. Man går in i en annan zon där stress och tidspress inte påverkar omvårdnaden som ges eftersom man förstår att döden är nära. Att arbeta på en vårdavdelning där patienter med olika diagnoser vårdas beskrivs som att man vandrar mellan olika specialiteter rent geografisk och känslomässigt. Till exempel sa en av sjuksköterskorna;

*”Jag tycker om att arbeta med palliativa patienter. Man blir en annan sjuksköterska och man blir väldigt lugn. Man kommer liksom in i en annan zon när man kommer in och vet att här är det någon som ligger för döden. Man får en annan känsla i sig själv och man har ett inre lugn. Man släpper den här stressen. Här kan man inte vara stressad, här måste jag ta min tid”*

## **Samarbete och dokumentation**

Sjuksköterskorna beskriver ett gott samarbete mellan kollegor. De nya sjuksköterskorna får stöttning i sitt arbete av de mer erfarna kollegorna. Att sjuksköterskorna samarbetar och delar med sig av kunskap och funderingar kring vården ses som positivt. Att ha en chef som engagerar sig och frågar hur arbetet går känns som ett stöd i arbetet. Att nå en god död påverkas också av läkarens kunskap av palliativ vård. Det är gott när läkaren har bra brytpunktsamtal, när dom lyssnar på sjuksköterskan och har en god kontakt med patient och närstående. En trygghet finns även hos undersköterskor på avdelningen. Att få stöd av sina kollegor är gott och oftast inget problem. Som en sjuksköterska sa;

*”Ja arbetsmiljön är stressig men jag har väldigt bra kollegor och det är bra stämning och aldrig några problem att få hjälp av varandra”*

## **TEMA 2: ATT MÖTA DEN DÅLIGA DÖDEN**

### **Att inte ha närstående**

Palliativ vård fungerar sämre när patienten inte har närstående. Det blir inte en lika engagerad vård. De närstående är en trygghet och ett vak som gynnar den goda döden. När närstående inte finns eller vill vaka bredvid den döende patienten så upplevs det som negativt. En sjuksköterska beskrev problemet så här;

*”Jag tycker palliativ vård på avdelning fungerar jättebra när det finns anhöriga som är engagerade, jag tycker det fungerar lite sämre när man inte har någon anhörig med”*

### **Att dö ensam**

*”Det är fruktansvärt tråkigt att på sjukhusen låter vi patienter dö ensamma och att det inte finns resurser för att sätta vak om det behövs. För någon borde sitta där hela tiden”*

Patienten dör själva på grund av att personalen inte kan vara där. Personalen kan inte vara hos patienten på grund av låg bemanning och få resurser. Tillgången till vak finns inte i samma utsträckning som förut. Ett önskemål att tillgången till vak borde finnas är gemensamt hos sjuksköterskorna. Alla sjuksköterskor upplever det som en dålig död att behöva dö ensam.

### **Risker**

Sjuksköterskorna känner att trots att vården är god finns det brister i kunskapen om palliativ vård. Till exempel behövs mer kunskap om den existentiella sidan. Sjuksköterskorna beskriver att på en vårdavdelning kan du ansvara för en patient som du inte känner och att inte känna patienten beskrivs som en risk för en opersonlig vård både före och efter döden. Anonymitet känns negativt i den palliativa vården. Att vårda en patient som inte kan kommunicera ökar också risken för en dålig död. En utav sjuksköterskorna beskriver sin arbetssituation;

*”Vi har många som kräver mycket uppmärksamhet så det blir den som gapar högst som får uppmärksamheten och en svårt sjuk har inte den kraften att gapa så högt och då blir dom bort prioriterade vilket är jättehemskt för i den stunden behöver man all uppmärksamhet”.*

## **Stress**

En av sjuksköterskorna beskriver hur stress påverkar vården av den döende;

*”Det är lätt att dom glöms bort att man har massa att göra och man kanske bara sticker in huvudet”*

Man kan inte ge den vården man vill för att tiden inte finns. Sjuksköterskorna beskriver en stressig arbetsmiljö. Konflikt uppstår mellan viljan att skynda och viljan att ta tid. Även om tiden inte finns, så försöker man eftersom man vet att det är en viktig tid och livet snart är slut. Stress kan orsaka att omvårdnaden blir färgad av stress och tid att låta smärtlindring få verka ges inte. Önskan att kunna vara mer ute i omvårdnaden finns men att det inte går på grund av att sjuksköterskan har för många andra patienter att ta hand om. Närstående beskrivs också inom stress kontexten. Sjuksköterskan vet att tid till närstående är viktigt men i bland tas den tiden ifrån patienten och det upplevs stressfyllt.

## **Vård och behandling**

En tillgång till en medicinsk behandling finns på vårdavdelningar men läkemedel sätts ut och in för sent ändå. Det ges för lite symtomlindring till patienterna. Det finns till exempel en rädsla av att ge för mycket smärtlindring till de patienter som har en regelbunden hög dosering av smärtlindring. Att nå symtomfrihet är svårt, speciellt lyfts ångest och smärta upp som symtom som bildar en svår situation. En utav sjuksköterskorna reflekterade över att sjuksköterskor ibland glömmar bort de icke medicinska åtgärderna som kan göras för att lindra ett svårt symtom;

*”Det kan vara någon som är rosslig och du kan få en ordination på det men mycket av det här med att vända kan vara väldigt mycket bättre än att suga, att man inte glömmar det här med dränage läge. Vi medicinerar bort det... tror vi”.*

## **Vårdväxlingar**

Som sjuksköterska på en vårdavdelning där gamla och sjuka vårdas finns en förståelse att patienten är i en palliativ fas fast det inte har uttryckts av läkaren. Men det kan vara ett dilemma när läkaren inte sätter ner foten och har ett brytpunktsamtal. Om ett beslut om palliativ vård dröjer, framförallt om ett beslut inte tas innan en helg är det tufft. Sjuksköterskorna upplever att en konflikt kan uppstå mellan den kurativa och lindrade vården. En etisk diskussion kan hjälpa närmandet mot en brytpunkt. En sjuksköterska beskriver tiden mellan den kurativa och palliativa på det här sättet;

*”Man kan i bland råka ut för att man är i brytlandet men man har inte haft ett brytpunktsamtal och då är det inte palliativt i för sig självt men det är det här gråseendet”*

## **Samarbete och dokumentation**

En arbetsplats kan innebära många olika viljor och sjukhusets avdelningar är inte ett undantag. Kommunikationen mellan vårdarna kan vara dålig och rutiner behövs för att förbättra vården. Som ny sjuksköterska har man inte erfarenhet av döden och döendeprocessen trots undervisning i grundutbildningen. När stöd behövs från cheferna hinner sjuksköterskan ofta inte med att fråga utan försöker lösa problemet själv. Dokumentationen beskrivs som ostrukturerad. Omvårdnaden som ges förs inte in i dokumentationen istället rapporteras saker över muntligt och vissa saker glöms helt bort att dokumenteras. En utav sjuksköterskorna beskriver sin önskan om mer engagerade chefer;

*”Det är klart att man vill ha en chef som engagerar sig och som förstår att vi behöver mer tid när man vårdar en palliativ patient och att man verkligen får den tiden. Tyvärr finns inte det med på kartan just nu att också cheferna skulle vara införstådda hur mycket arbete det är här.”*

## **DISKUSSION**

### **METOD DISKUSSION**

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre svårt sjuka patienter i livets slutskede på vårdavdelningar utan palliativ inriktning. Den kvalitativa designen som använts i studien är ett lämpligt sätt för att fånga in upplevelser. Det finns inte absoluta sanningar eller fel i en persons erfarenhet (21). Det finns aspekter om den kvalitativa analysen som kan kritiseras. Exempelvis kan det vara svårt för en utomstående att bedöma om innehållsanalysen är gjort på ett korrekt sätt. Finns det data som utelämnats som var viktigt för syftet? Är de kondenserade meningensenheter korrekta? Polit & Beck (2012) påpekar att både medvetna fel och omedvetna fel kan göras under transkriberingsprocessen. I det aktuella fallet har transkriberingen gjorts av en enda person. Inga medvetna ändringar har gjorts i transkriberingen för att passa syftet av studien. Omedvetna fel har undvikts genom att författaren lyssnat på intervjuerna tills författaren har känt med säkerhet att transkriberingen är korrekt. Detta krävde flertal om lyssningar och genomläsningar av materialet tills inga oklarheter återstod (24).

### **Trovärdighet och överförbarhet**

Detta är författarens första genomförda studie med individuella intervjuer som datainsamlingsmetod. I efterhand kan det tänkas att om frågorna i intervjuguiden var annorlunda ställda vid intervjun eller om författaren själv hade mer erfarenhet av forskning så kan det tänkas att både datainsamlingen och analysen gjorts annorlunda och därmed genererat ett annat resultat. Hur frågorna var uppbyggda och hur svaren följs upp av författaren i intervjun kan ha styrt innehållet av vad informanterna berättade. En testintervju utfördes inte i den här studien. Om en testintervju hade utförts hade författaren kunnat justera frågorna och vant sig vid rollen som intervjuare (21). Eventuellt kan studien ha gynnats av att frågorna i intervjuguiden var färre och på så sätt kunde sjuksköterskorna

prata mer fritt om sina upplevelser. Författaren valde att inte använda sig av en testintervju för att kunna använda alla fem inbokade interjuver i resultatet.

Urvalet blev slumpmässigt på det sättet att även om författaren hade för avsikt att fånga sjuksköterskor med varierande ålder, kön, utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet så blev det inte fallet. De sjuksköterskor som deltog i studien var alla kvinnor och till största delen nyutbildande sjuksköterskor. Att specifikt leta efter ett så varierande urval som möjligt hade gjort att omfånget och tidsdisposition inte hade kunnat följas inom examensarbetets ramar. Författaren anser dock att de fem sjuksköterskor som ingår i studien speglar en verklighet på många vårdavdelningar, där mestadels nyutbildande kvinnliga sjuksköterskor arbetar.

Trovärdigheten av studien är god eftersom tidigare forskning har funnit liknande komponenter som utgör sjuksköterskor beskrivelse av palliativ vård på akutvårdsavdelning (1, 8, 10, 13). För att gå vidare med en liknande studie i en större kontext hade det varit önskvärt att urvalet blir mer varierande gällande kön, ålder och yrkeslivserfarenhet. För det krävs att forskaren lägger mer tid på urvalet och även inkluderar fler sjukhus för att öka den möjligheten till ett varierat urval. Kan den här studiens resultat vara en sanning på ett annat sjukhus i en annan del av Sverige? Förmodligen inte eftersom en upplevelse är individuell och kan inte generaliseras.

## **RESULTAT DISKUSSION**

Gällande vald analysmetod, den kvalitativa innehållsanalysen, så kan verkligheten tolkas på olika sätt, och verkligheten kan tolkas olika beroende på vem som gör tolkningen. Resultatet i den här studien baseras på fem sjuksköterskors upplevelser och tolkningen sker av en person. I bearbetningen av texten har författaren använt sig av ett induktivt tillvägagångssätt, alltså resultatet har formats efter innehållet i texten (20). Författaren, med stöd av handledaren, tolkade texten och delade upp data i två olika teman grundat i en djupgående analys av innebörden i texten. Resultatet är därför ett resultat av författarens egen tolkning av texten fastän innehållet är de deltagande sjuksköterskornas upplevelse.

Fem sjuksköterskor medverkade i studien, men med en kvalitativ innehållsanalys är det acceptabelt med en mindre mängd data (21). Det går inte att utesluta att valda sjuksköterskor hade ett specifikt intresse för att tala om palliativ vård. Resultatet kan ha blivit annorlunda om urvalet inkluderade sjuksköterskor utan specifikt intresse av ämnet. Resultatet kan även ha påverkats om fler sjuksköterskor inkluderades i studien. Andra erfarenheter som inte lyftes fram av sjuksköterskorna i den här studien skulle ha kunnat belysas. Tolkningen av texten via innehållsanalysen kan även ha genererat ett annat resultat om ytterligare en författare medverkat vid analysprocessen, fast författaren anser att resultatets validitet inte är hotad med tanke på den noggranna analysprocessen.

För att få en bredare förståelse av upplevelsen av palliativ vård på en akutvårdsavdelning kan det vara värdefullt att inkludera läkaren och undersköterskans åsikt, men också de närstående. Att öka förståelsen av hur vården upplevs av teamet kring den äldre patienten kan belysa en förbättringspotential.

De två teman som användes för att lyfta fram resultatet, den goda döden och den dåliga döden är enligt författaren värdefulla teman. En god eller dålig död kan innebära olika begrepp. Är det dödsögonblicket som menas eller är det tiden innan (25)? Författaren definierar det som tiden och livet innan dödsögonblicket. Döden är bra eller dålig, god eller inte. Finns det en död som är däremellan? Det kan finnas element av en dålig död i den goda döden men efter en diskussion så skulle antingen det goda eller dåliga överväga. Men här gäller också vem personen är som gör tolkningen. Resultatet i den här studien är främst uppbyggt av författaren med handledarens stöd. Eftersom författaren arbetar inom vårdkontexten där studien genomförts har en förförståelse en sannolik påverkan på resultatet.

### **En personcentrerad palliativ vård**

De 6: Sn är en modell som kan utifrån en helhetssyn på patienten vara ett stöd vid planering, dokumentation, genomförande och utvärdering av vården. Modellen hjälper också vården att kvalitetssäkra och är en del av ett livslångt lärande. De 6: Sn utgår från begreppen patientens självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier. Modellen baseras på en humanistisk grund och inkluderar både hospicefilosofin och den palliativa vårdens mål. Att använda sig utav de 6: Sn ökar möjligheten till en personcentrerad palliativ vård (25).

I studiens resultat belyses brister i dokumentationen och symtomlindring. Att inte känna personen var också en del i det som upplevdes som en dålig död. Författaren rekommenderar att introducera de 6: Sn i dokumentationen och diskussionen kring patienten på landets vårdavdelningar för att öka möjligheten till en god död. Vårdgivarna kommer även kunna utveckla sin kunskap och förståelse för den palliativa värdegrunden genom att mer aktivt prata om och tänka på palliativa frågor. Specialistsjuksköterskans kunskap och ledarskap är en del av ett sådant förbättringsarbete.

### **Studiens betydelse**

Sjuksköterskors arbetssituation inom landstingen med låga löner och en stor arbetsbörda har den senaste tiden belysts i media. Det är en situation som de flesta försöker undvika genom att jobba inom kommunen, privat eller utomlands. Landstingen stänger vårdplatser och sjuksköterskor jobbar extra arbetspass för att få vardagen på avdelningen att gå ihop. Med den press som finns på sjuksköterskan finns alltid risken att vården försämras och i dessa situationer finns risken att patienten hamnar i kläm. Det finns inget viktigare än att vården i livets slut ska leda till en så god död som möjligt. Att lyfta fram sjuksköterskors upplevelse att arbeta kurativt och palliativt på en vårdavdelning i dagens samhälle är viktigt för att belysa en arbetssituation som alltid borde vara den bästa, för patientens skull och för vårdarens.

Organisationen och vårdteamet kan påverka om patientens död på avdelningen blir god eller dålig. Att dagens vårdmiljö inte alltid är den bästa har Vårdförbundet tagit fasta på och kommer under 2015 ge ut en idéskrift om hur en hälsosam vårdmiljö ska se ut och skapa en handlingsplan för hur det kan uppnås. Deras definition av en hälsosam vårdmiljö är (26);

*"En hälsosam vårdmiljö är en god arbetsmiljö där hälsa samt god och säker vård uppnås."*

Denna magisteruppsats, *Vårdsituationer utan bot- att vårda äldre palliativa patienter i en kurativ vårdkontext* visar på ett problem som finns världen runt, nämligen att äldre personer som vårdas på akutvårdsavdelning kan möta den dåliga döden. Förutsättningar för en god död finns men måste förbättras och lyftas fram. De sjuksköterskor som arbetar på en vårdavdelning måste få känna arbetsglädje och patienten som vårdas där ska ha samma tillgång till en god palliativ vård såsom de som vårdas på specifika palliativa enheter. Det betyder inte att införa hospice vård på alla vårdavdelningar utan att införa en personcentrerad vård som palliativ vård är en del av. En förutsättning för att införa en personcentrerad vård är en hälsosam vårdmiljö. Det kommer inte bara gynna patienten utan sjuksköterskan och samhället självt.

## REFERENSER

1. Johansson K, Lindahl B. Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(13/14):2034-43.
2. Strang P, Beck-Friis B. *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber; 2012.
3. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsunderlag för god Palliativ vård i livets slutskede- vägledning, rekommendationer och indiaktioner- stöd för styrning och ledning. 2013.
4. Seymour J, Ingleton C, Payne S, Ebooks C. *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. Maidenhead: McGraw-Hill International (UK) Ltd; 2008.
5. Jakobsson E, Johnsson T, Persson L, Gaston-Johansson F. End-of-life in a Swedish population: demographics, social conditions and characteristics of places of death. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006;20(1):10-7.
6. Harstade CW, Andershed B. Good palliative care: how and where? The patients' opinions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2004;6(1):27-35.
7. Middlewood S, Gardner G, Gardner A. Dying in hospital: medical failure or natural outcome? *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(6):1035.
8. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*. 2013;27(8):757-64.
9. Kirkevold M, Brodtkorb K, Huyen Ranhoff A, Bolinder-Palmér I, Olsson K. *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber; 2010.
10. Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(5):594-601.
11. Wallerstedt B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007;21(1):32-40.
12. Edvardsson D. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
13. McCourt R, Power JJ, Glackin M. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19(10):510-6.
14. Socialstyrelsen. *Vård i livets slutskede- Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. 2006.
15. Andershed B. Relatives in end-of-life care -- part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(9):1158-69.
16. Edberg A-K. *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
17. Ekman I. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber; 2014.
18. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):472-9.
19. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10(4):248-51.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
21. Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012.



22. Vetenskapsrådet, Medicinska forskningsrådet. Nämnden för f. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige / [Elektronisk resurs]. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR); 2003.
23. Vetenskapsrådet, Medicinska forskningsrådet. Nämnden för f. Forskningsetiska principer- inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning [elektronisk resurs] Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR); 2002.
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
25. Ternstedt B-M, Österlind J, Henoch I, Andershed B. De 6 s:n : en modell för personcentrerad palliativ vård: Studentlitteratur, Lund; 2012.
26. Vårdförbundet. Hälsosam arbetsmiljö <https://www.vardforbundet.se/Om-Vardforbundet/Halsosam-vardmiljo/> [cited 2015 2015-02-09].

## **BILAGOR**

### **1 Intervjuguide**

**Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård i en kurativ kontext.**

#### Domän: Vårdaren

Berätta om dina erfarenheter av att vårda en svårt sjuk/ palliativ patient på din vårdavdelning

Vad underlättar omvårdnaden?

Vad försvårar omvårdnaden?

Upplever du en temposkillnad mellan den botande vården och den palliativa vården?

Hur hanterar du den?

Tycker du kunskapen om en god palliativ vård finns på din avdelning?

Om det finns brister; hur kan de lösas?

#### Domän: Patienten

Finns det patientgrupper som är i risk att få en sämre palliativ vård?

Hur fungerar kommunikationen med anhöriga?

Finns det sätt att förbättra kommunikationen med närstående?

Med patienten?

Med andra i vårdteamet?

Vad skulle man kunna förändra för att öka vårdkvalitén?

Finns det guldgrubbar där vården blev så där bra?

Minns du någon händelse där det inte blev som du hade tänkt dig?

#### Domän: Miljö

Påverkar vårdmiljön den palliativa vården?

Finns det förbättrings potential?

Påverkar din vårdenhetschef kvalitén på den palliativa vården?

Är en vårdavdelning en bra plats att dö på?

## 2 Forskningspersoninformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

# FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

## Bakgrund

Palliativ vård bygger på de fyra hörnstenarna symtomkontroll, teamarbete, kommunikation och stöd till närstående. Det innebär en aktiv vård och patientens behov styr innehållet. Att vårda kurativt parallellt med palliativt på en vårdavdelning är vårdväxlingar som kan leda till stress och en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskan. Många sjuksköterskor känner sig också oförberedda på mötet med den döende patienten och deras närstående. Palliativ vård är en del av vardagen på en vårdavdelning och speciellt förekommande är det på de avdelningar där äldre patienter vårdas.

## Syfte

Jag vill med den här studien beskriva sjuksköterskor erfarenheter av att vårda äldre patienter i livets slutskede på en vårdavdelning.

## Förfrågan om deltagande

Du har fått det här informationsbrevet därför att Du arbetar som sjuksköterska på en vårdavdelning där patienter i livets slutskede vårdas. Din verksamhetschef/vårdenhetschef har godkänt att jag tillfrågar dig om att delta i den här studien.

## Hur går studien till?

Om du vill delta i studien kommer du under en intervju svara på ett antal frågor om dina erfarenheter av palliativ vård på den avdelning du arbetar. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter.

## Finns det några risker med att delta?

Ambitionen är att du som medverkar i intervjun inte ska uppleva något obehag av att delta i studien. Eventuellt kan studien väcka tankar hos dig om palliativa vårdsituationer som du funnit svåra.

## **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv hjälper du till att beskriva sjuksköterskors arbetssituation av att arbeta palliativt på en kurativ vårdavdelning.

## **Hantering av data och sekretess**

De insamlade datat kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Materialet förstörs när studien är genomförd. Vad just du har sagt i intervjun kommer inte kunna urskiljas när resultatet presenteras.

## **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

## **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta de ansvariga för studien.

## **Ansvarig för studien**

Student

Teresia Larsson  
[teresia.mb.larsson@vgregion.se](mailto:teresia.mb.larsson@vgregion.se)

Handledare

Hanna Falk  
[hanna.falk@neuro.gu.se](mailto:hanna.falk@neuro.gu.se)