



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE PÅ MEDICINAVDELNING – Njutexaminerade sjuksköterskors upplevelser

Författare:

Michelle Berndtsson

Ulrika Johansson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM 5390
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Helle Wijk

Titel svensk:	Vård i livets slutskede: nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser
Titel engelsk:	Newly graduated nurses' experiences of end of life care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5390
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Helle Wijk
Nyckelord:	nyutexaminerad sjuksköterska, medicinavdelning, äldre patienter, vård i livets slutskede, palliativ vård

Sammanfattning

Bakgrund: Sjukhusens medicinavdelningar är komplexa och krävande arbetsplatser och vården som patienterna på dessa avdelningar behöver varierar oerhört. Det är inte ovanligt att de ansvariga sjuksköterskorna vårdar kurativa patienter parallellt med döende patienter. Tidigare studier har visat att sjuksköterskor anser att vård i livets slutskede är viktigt och givande men att den kan vara både utmanande, ensamt och stressigt. Men det finns en brist på forskning om nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelse av att vårda i livets slutskede på medicinavdelning.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelse av att vårda i livets slutskede på medicinavdelning.

Metod: En kvalitativ metod med tre fokusgrupps intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultat: Nyutexaminerade sjuksköterskor beskrev att det viktigaste var att ge den äldre patienten ett fint slut och att stötta anhöriga i vården av den döende patienten. Den negativa aspekten var känslan av att inte räcka till. Nyutexaminerade sjuksköterskor upplever också att det finns svårigheter i olika aspekter av arbetet såsom anhörigvård och hantering av läkemedel. Stöd av kollegor och mer kunskap om vård i livets slutskede är önskvärt.

Slutsats: Studiens resultat stämmer överens med Benners modell, *Från Novis till Expert*, som betonar vikten av stöd från kompetenta sjuksköterskor i den kliniska verksamheten för att kunna lära sig prioritera och hantera de olika aspekterna av patienters vård.

Nyckelord: nyutexaminerad sjuksköterska, medicinavdelning, äldre patienter, vård i livets slutskede, palliativ vård

Abstract

Background: End-of life care is a common part of working as a nurse on general wards in Swedish hospitals. Earlier studies show that nurses find this both rewarding and demanding. However there is a lack of research regarding newly graduated nurses' experiences of end-of-life care in a general ward.

Aim: To describe newly graduated nurses' experiences of delivering end of-life-care in a general hospital ward.

Methods: The study has a qualitative design. The data was collected through three focus group interviews and analyzed using a qualitative content analysis method (Graneheim & Lundman, 2004).

Results: Newly graduated nurses described that important parts of end-of-life care were giving the elderly patient a peaceful ending and supporting relatives. The feeling of not being able to do enough was a negative aspect of end-of-life care. Other difficulties included handling medication as well as supporting relatives. Newly graduated nurses felt they needed support from their peers and more knowledge about end-of-life care.

Conclusion: The results found in this study coincide with Benner's model, *From Novice to Expert* which emphasizes the importance of support from competent nurses in order to learn how to prioritize and handle the different aspects of patient care.

Keywords: novice nurses, newly graduated nurses, general wards, elderly patients, end-of-life care, palliative care

Förord

Denna magisteruppsats skrevs under hösten och våren 2018-2019. Det har varit en tuff men lärorik tid. Vi tackar vår handledare Harshida Patel för god handledning under skrivprocessen.

Michelle Berndtsson och Ulrika Johansson

Innehållsförteckning

Inledning.....	8
Bakgrund.....	8
Vård i livets slutskede.....	8
Slutenvården i Sverige.....	10
Äldre på sjukhus	11
Nytexaminerade sjuksköterskan på medicinavdelning.....	11
Självständighet och ansvar.....	11
Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar	11
Den första tiden som sjuksköterska	12
Orientering i yrket som Nytexaminerad Sjuksköterska	13
Vård i livets slutskede på medicinavdelning	13
Teoretisk utgångspunkt.....	14
Problemformulering	15
Syfte	15
Metod	15
Urval	15
Datainsamling.....	15
Dataanalys	16
Tabell 1. Illustrerat exempel på meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder, subkategorier och kategorier.....	17
Forskningsetiska överväganden.....	18
Risk och Nytt	18
Resultat.....	18
Tabell 2. Subkategorier, kategorier och tema	19
Att ge den äldre patienten en fint slut.....	19
Att uppleva olika slags död.....	20
Döden på medicinavdelning	20
Att stötta anhöriga i vården av den döende patienten.....	20
Relationen till anhöriga.....	21
När anhöriga inte accepterar	21

Anhöriga och delaktighet.....	21
Att inte räckta till.....	22
Lär mig mer.....	22
Att inte hinna med.....	22
Osäkerhet och palliativa läkemedel	23
Frustration gentemot läkaren	23
Den goda viljan räcker inte till	23
Diskussion	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	25
Slutsats	28
Kliniska implikationer	29
Fortsatt forskning.....	29
Referenslista	30
Bilaga 1 Brev till Verksamhetschef	1
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation.....	3
Bilaga 3 Intervjuguide	6

Inledning

Vård av patienter som är i livets slutskede ingår som en del av det arbete som sjuksköterskor på medicinavdelning utför. I denna vård ingår att ha en helhetssyn på patienten och att kunna bedöma patienten utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Arbetet på medicinavdelning innebär att också sjuksköterskan har ett omvårdnadsansvar för många patienter med varierande diagnoser och olika vårdbehov. I detta sammanhang är det en stor utmaning att vårda döende patienter på en sjukhusavdelning. Sjuksköterskor upplever att det är svårt att vårda patienter som är i livets slutskede i denna arbetsmiljö (McCourt, Power & Glackin, 2013). Speciellt för nyutexaminerade sjuksköterskor kan denna arbetssituation kännas överväldigande (Purling & King, 2012).

Vi är två sjuksköterskor som läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning Vård av Äldre. I vårt arbete på medicinavdelning har vi träffat många nyutexaminerade sjuksköterskor som funderar och reflekterar över sitt arbete med döende patienter och på sin roll som sjuksköterska i vården av patienter som är i livets slut. Vi tror att det finns behov av en kartläggning av dessa sjuksköterskors upplevelser.

Bakgrund

Vård i livets slutskede

Palliativ vård har som syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för människor i livets slut (Socialstyrelsen, 2013). Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn där individen genom stöd ska få leva med bästa möjliga värdighet och välbefinnande sista tiden i livet. Palliativ vård kan ges i både tidigt och sent stadie av sjukdom. I det sena sjukdomsstadiet inriktas vården mer på vård i livets slut där det huvudsakliga målet för vården är att gå från livsuppehållande till en lindrande vård (Socialstyrelsen, 2018).

I Sverige avlider ca 90 000 personer varje år och den största anledningen till dödsfall är hjärt- och kärlsjukdomar följt av tumörsjukdomar (Socialstyrelsen, 2018). Av de personer som avled under 2010 i Sverige var 60 % 80 år eller äldre. Den största andelen av sjuka äldre är över 65 år och har ofta omfattande funktionsnedsättningar som påverkar patientens livskvalitet och kan innebära ett stort behov av vård och omsorg. För de äldre patienterna kan övergången till vård i livets slutskede bli en naturlig övergång och fortsättning av den vård de fått tidigare (Socialstyrelsen, 2013). Döden kan vara en långsam process över tid och övergången till vård i livets slutskede sker kanske inte vid ett enstaka tillfälle (Socialstyrelsen, 2013; Världshälsoorganisationen [WHO], 2018). Vård i livets slutskede kan se olika ut för olika individer, en del behöver kvalificerad palliativa insatser dygnet runt medan andra inte kräver några palliativa insatser.

Enligt Världshälsoorganisationen handlar vård i livets slutskede om att ha ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och anhöriga (WHO, 2018). Genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta, fysiska, psykosociala och andliga problem kan man förebygga onödigt lidande som annars kan uppkomma vid en livshotande sjukdom (WHO, 2018). Det kan vara patienten, vårdpersonal eller anhöriga som uppmärksammar en försämring. Övergången till vård i livets slutskede föregås av en helhetsbedömning av patientens tillstånd och ett ställningstagande om vilket innehåll och mål den fortsatta vården ska innebära och det i diskussion utifrån patientens tillstånd, behov och önskan (WHO, 2018).

Den sista tiden i livet ska trots svårigheter och smärta bli en värdefull tid för patienten och anhöriga (Socialstyrelsen, 2013). Definitionen av ” en god död” är en bevarad självbild, integritet, autonomitet, att få bevara viktiga relationer samt att få känna ett sammanhang och mening i livet (Socialstyrelsen, 2013). Socialstyrelsen utgår från WHO:s definition av palliativ vård i livets slutskede och de fyra hörnstenarna som beskriver vad som är en god värdig död (Socialstyrelsen, 2013). Enligt WHO (2018) innefattar de fyra hörnstenarna:

- Lindring av symtom - Smärta och andra svåra symtom ska lindras. Fysiska, psykiska, sociala samt existentiella behov ska inkluderas.
- Ett bra samarbete i ett multiprofessionellt team ska finnas för patienten
- God kommunikation mellan arbetslag och i förhållande till patienten som ska främja patientens livskvalitet
- Stöd till anhöriga under och efter döden.

Studier visar att de fyra hörnstenarna har en signifikant betydelse för patientens livskvalitet och för en god värdig död. Det är därför betydelsefullt att vården anpassas efter patientens individuella situation och att i ett tidigt stadie lyssna på patientens berättelse (Socialstyrelsen, 2013). Högre krav ställs på sjuksköterskans förmåga att tillgodose patienters och anhörigas fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (Caton & Klemm, 2006). Ansvaret för en döende patient kan vara svårt på olika sätt. Men trots att det kan vara en utmaning för många nyutexaminerade sjuksköterskor den första tiden, vidhåller de att det är en viktig del i rollen som sjuksköterska (Croxon, Deravin & Anderson, 2017; Dunn, Otten & Stephens, 2005; Zheng, Lee & Bloomer, 2016).

De 6S:n används av vårdpersonal för att på ett strukturerat sätt underlätta för en personcentrerad vård (Strang, 2017). De 6 S:n illustrerar det fysiska, psykiska, sociala samt det existentiella/andliga aspekterna och utgår från det holistiska synsättet som skapar en helhet (Regionala Cancercentrum, 2017). De 6 S:n n utgår från patienten och syftar till att stärka patientens ställning i vården. Enligt Regional Cancercentrum (2019) ingår följande begrepp:

- Självbild - utifrån den enskilda personens behov främja patientens möjligheter att kunna bevara en så god självbild som möjligt och kunna delta i vardagslivet.
- Självbestämmande - utifrån den enskildes behov främja patientens självbestämmande och självständighet.

- Sociala relationer - utifrån den enskilda patientens behov främja dennes möjligheter att bevara betydelsefulla relationer livet ut.
- Stöd till närstående.
- Symtomlindring - utifrån den enskilda patientens behov främja möjligheter till en så god symtomlindring som möjligt.
- Sammanhang - utifrån den enskilda patientens behov främja en känsla av sammanhang.
- Strategier - utifrån personens behov främja patientens möjligheter att förhålla sig till den annalkande döden på sitt eget sätt.

Det är patienten som, med stöd av personalens kunskap, ska ges möjligheter att skapa en så bra sista tid i livet. En god vård i livets slutskede handlar om att sjuksköterskan ska använda vetenskap och beprövad erfarenhet, tålmod men också ha mod samt flexibilitet (Regional Cancercentrum, 2017). Sjuksköterskan bör också vara lyhörd och kunna lyssna in patienten och den anhöriges behov på ett bra sätt. Det kan kännas svårt och livet kan förändras påtagligt för den anhöriga när patienten närmar sig livets slut. För den anhöriga kan det vara betydelsefullt att få stöd och känna sig delaktig. Den anhöriges behov av stöd är individuella och kan vara emotionella i form av samtal, känsla av att delaktighet, god kommunikation mellan anhörig och personal, en god information om patientens status samt hjälp med praktisk samordning kan skapa trygghet hos den anhöriga (Regional Cancercentrum, 2017).

Slutenvården i Sverige

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, ska vården vara av god kvalitet, lättillgänglig och bygga på respekt för självbestämmande och integritet samt inge trygghet, kontinuitet och säkerhet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30, kap.5, 1§). Landstingen och kommunerna delar på ansvaret för denna vård (HSL, SFS 2017:30). Landstingen ansvarar specifikt för den så kallade slutenvården. Slutenvård innebär vård som ges vid intagning av en patient på en vårdinrättning, exempelvis på ett sjukhus (HSL, SFS 2017:30, kap.7, 4§). Sjukhusen är i sin tur ofta indelade i akutsjukvårdsavdelningar med olika specialiteter. Medicinavdelningar är ett exempel på en akutsjukvårdsavdelning för främst internmedicinska åkommor.

Varje medicinavdelning har ofta en specialitet som exempelvis strokevård. Men medicinavdelningarna tar också emot patienter med andra internmedicinska sjukdomar eller problem som kräver slutenvård. Patienter kan läggas in på medicinavdelning för justering av mediciner, för vårdplanering eller så handlar det om vård i livets slutskede. Studier visar att sjuksköterskor kan uppleva att det finns svårigheter med att parera kurativ och palliativ vård. McCourt, Power & Glackin (2013) gjorde en litteraturöversikt över allmän sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede inom akutsjukvården. Resultatet av litteraturöversikten visade att sjuksköterskorna upplevde denna vårdsituation som stressande och frustrerande, dels för att sjuksköterskan vårdar både palliativt och kurativt parallellt, dels på grund av tidsbrist. Johansson & Lindahl (2011) belyste sjuksköterskors upplevelse av att parallellt vårda kurativt och palliativt inom akutsjukvården. Resultatet visade att det handlade

om kontraster och motsägelser och sjuksköterskornas förmåga att ändra attityd medan de flyttade mellan patienternas rum. Sjuksköterskorna i studien visade ändå en stark vilja att vara en del i att göra den sista tiden för patienten så bra som möjligt trots att arbetssituationen på avdelningen ofta var stressig.

Äldre på sjukhus

Enligt Socialstyrelsen (2013) har antalet äldre över 65 som avlider på sjukhuset minskat med mer än 50 % sedan Ädelreformen 1992. En registerstudie utförd av Åhsberg och Fahlström (2012) fastslog att så många som 70 % av äldre människor i Sverige över 80 år avled utanför sjukhus. Men sjukhusen är och kommer fortsatt vara en plats där människor tillbringar den sista tiden i livet. Detta beror dels på att alla människor inte vill dö i sitt hem (Socialstyrelsen, 2013), dels på grund av den populationsutveckling som förutspås. Enligt Statistiska Central Byrån (2018) förväntas det finnas 309 000 fler personer i Sverige över 65 år 2028 och den grupp äldre som förväntas öka mest är personer över 80 år. Denna demografiska förändring ställer krav på utvecklandet av den palliativa vården (WHO, 2014).

Internationellt är en liknande utveckling av den palliativa vården nödvändig. Enligt WHO (2014) beräknas 20 miljoner människor i världen behöva palliativ vård i livets slutskede varje år, varav 69 % är vuxna över 60 år. Kunnig och kompetent vårdpersonal behövs inom alla vårdformer, inklusive på sjukhus, som kan ge äldre en god vård i livets slut (Socialstyrelsen, 2013). McCourt, Power & Glackin (2013) betonar att all vårdpersonal, oavsett specialitet eller yrkeskategori, kommer att vara involverad i vård av patienter i livets slutskede.

Nyutexaminerade sjuksköterskan på medicinavdelning

Självständighet och ansvar

Svensk Sjuksköterskeförening (2017) har utformat en kompetensbeskrivning som utgår från den legitimerade sjuksköterskans specifika omvårdnadskompetens. I kompetensbeskrivningen framgår det att omvårdnaden ska utföras i enlighet med lagar, styrdokument och författningar och grunda sig i en humanistisk människosyn och ett etiskt förhållningssätt. Den legitimerade sjuksköterskans kunskap omfattar även medicinsk- och beteendevetenskap som tillsammans med omvårdnads kunskap bidrar till självständiga kliniska beslut avseende människors hälsa, hälsoproblem, sjukdom och funktionsnedsättning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Därutöver ska sjuksköterskan arbeta utifrån omvårdnadsprocessens alla delar – bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering. Sjuksköterskeprofessionen innebär också att kunna samverka i team och arbeta för ett partnerskap med patienten och närstående. Personcentrering och ett helhetsperspektiv är en central del av omvårdnadsarbetet.

Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar

I arbetet som legitimerade sjuksköterskan ingår att ha ett etiskt ansvar i sin strävan att 'främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.' (International Council of Nurses Svensk Sjuksköterskeförening, 2012, s.3). Det etiska ansvaret omfattar fyra områden -

allmänheten, medarbetare, professionen och yrkesutövningen. Inom området ”allmänheten” handlar det bland annat om att sjuksköterskan primärt har ett ansvar för människor som behöver vård, att visa respekt för mänskliga rättigheter i omvårdnaden och att visa lyhördhet och medkänsla. Vården som bedrivs av hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara god, vilket innebär bland annat samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, att se till patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt respektera patientens självbestämmande och integritet (HSL, SFS 2017:30, kap.5, 1§). Socialstyrelsen (2013) poängterar äldres behov av att bevara sin självbild och identitet. Detta kan göras genom att den äldre patientens vård utformas och genomförs med fokus på delaktighet, självständighet och integritet (Patientlag, 2014:821, kap. 5). I 3§, kap.5, i Patientlagen (2014:821) framgår även att närstående har möjlighet att delta i patientens vård. Patienters integritet skyddas även av Patientdatalagen (2008:355). Därutöver verkar Patientdatalagen för att öka patientsäkerheten och ge möjlighet till en vård av god kvalitet.

Den första tiden som sjuksköterska

Det är ansvarsfullt på många sätt att arbeta som sjuksköterska. Grundutbildningen till sjuksköterska utgör en bas för arbetet. Men övergången från den akademiska världen till den kliniska verksamheten är för många nyutexaminerade Sjuksköterskor, [NS], en överväldigande upplevelse. Trots en sjuksköterskelegitimation är NS långt ifrån färdiglärard. Theisen & Sandau (2013) identifierade kompetenser där NS behövde utvecklas såsom kommunikationsförmåga både med personal, patienter och anhöriga, ledarskapsförmåga och förmåga att hantera konflikter. Även NS förmåga att organisera och prioritera sitt arbete var bristfällig. I Blusi (2010) enkätstudie framkom också svårigheter med att vara arbetsledare och att NS kunde uppleva press och osäkerhet i sin yrkesroll som sjuksköterska.

Begreppet ’nyutexaminerad sjuksköterska’, används flitigt i litteratur och inom vårdverksamheter. Genom att undersöka i vilka sammanhang och på vilket sätt detta begrepp har använts framträder en definition. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utförde en enkätstudie som underlag för att förbättra sjuksköterskeutbildningar och underlätta övergången till arbetslivet (Blusi, 2010). I denna studie hade sjuksköterskorna arbetat upp till 1 ½ år. På Västra Götalandsregionens hemsida om Kliniskt Basår används också begreppet ’nyutexaminerad sjuksköterska’ och avser då sjuksköterskor som är precis färdiga med grundutbildningen och upp till ungefär sexton månader (Västra Götalandsregionen, 2018). Begreppet nyutexaminerad sjuksköterska kan också förklaras med hjälp av Patricia Benners modell *From Novice to Expert* (1993). Benners beskrivning av the Advanced Beginner d.v.s. sjuksköterskor som arbetat upp till 2–3 år, kan översättas till svenskans ’nyutexaminerad sjuksköterska’. Ytterligare beskrivning av Advanced Beginner följer under avsnittet Teoretisk Utgångspunkt.

Den första tiden som sjuksköterska kan alltså anses omfatta tiden omedelbart efter grundutbildningen och två till tre år framåt. En vanlig arbetsplats att börja som sjuksköterska är inom akutsjukvården, exempelvis på medicinavdelningar. NS på medicinavdelning har med

sig sina teoretiska kunskaper från grundutbildning och en begränsad praktisk erfarenhet in i en värld som präglas av snabba patientmöten, akuta situationer, teknologiska förändringar och en vård som är komplex (Della Ratta, 2016). Det finns ytterligare försvårande omständigheter för NS. Benner menar att sjuksköterskans omvårdnadsroll och ansvarsområde ökat i takt med att hälso- och sjukvården har utvecklats (Benner, 1993). Denna utveckling innebär att sjuksköterskans roll och funktion på akutsjukvårdsavdelningar blivit så komplicerade att det inte längre är möjligt att fastställa normer och rutiner för vad sjuksköterskan ska ansvara för och genomföra.

Orientering i yrket som Nyutexaminerad Sjuksköterska

För att understödja den första tiden för NS på en medicinavdelning erbjuds NS vanligtvis bredvidgång. Bredvidgång innebär att NS får arbeta tillsammans med en handledande sjuksköterska under en viss tid i början av anställningen. Vanligtvis handlar det om två till fyra veckors bredvidgång. Bredvidgång beskrivs av Riegel (2013) som en slags orientering in i sjuksköterskans värld och en möjlighet att stödja den nya sjuksköterskan i sitt yrkesutövande. Riegels (2013) studie visar att bredvidgång inte fungerar så bra som det är ämnat. De nya sjuksköterskorna berättar att de kan ha olika personer som handledande sjuksköterska. Dessutom arbetar handledarna på olika sätt och har varierande attityder till sitt jobb och till den nya sjuksköterskan (Riegel, 2013).

I Västra Götalandsregionen ingår ett så kallat Kliniskt Basår för nyanställd sjuksköterska (Västra Götalandsregionen, 2018a). I det Kliniska Basåret ingår en fast anställning som legitimerad sjuksköterska, två arbetsplatsplaceringar, omvårdnadshandledning, simuleringsövningar, föreläsningar och möjlighet till auskultation inom andra områden (Västra Götalandsregionen, 2018a). Handledning kan ske i form av gruppträffar där det finns möjlighet att reflektera över hur NS upplever sitt arbete. Föreläsningar förekommer ofta i större grupper med andra NS från olika sjukhus. NS får stöttning och möjlighet att utvecklas i sin roll som sjuksköterska. Efter bredvidgångstiden, som varar två till fyra veckor, har NS fortsatt handledning och föreläsningar men har samma patient- och omvårdnadsansvar som sina mer erfarna sjuksköterskekollegor. Det kliniska basåret ingår i Västra Götalandsregionens karriärutvecklingsplan som består av sex olika nivåer. Karriärutvecklingsplanen har utvecklats för verksamheternas kompetensplanering och för att ta vara på sjuksköterskornas kompetens, och trygga deras förutsättningar (Västra Götalandsregionen, 2018b). Enligt karriärutvecklingsplanen ingår det kliniska basåret i nivå 1. På denna nivå utformar sjuksköterskan en kompetensutvecklingsplan med sin chef och har regelbundna möten med sin chef för att avstämning och uppföljning. Allt eftersom sjuksköterskan går utbildningar, handleder och bidrar till att utveckla verksamheten och patientsäkerheten avancerar sjuksköterskan till högre nivåer inom karriärutvecklingsplanen.

Vård i livets slutskede på medicinavdelning

Vård i livets slutskede är en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter på en medicinavdelning. Få studier beskriver specifikt NS upplevelse av vård i livets slutskede på medicinavdelning.

Genom andra studier från exempelvis onkologiska avdelningar och intensivvårdsavdelningar framgår det att NS upplever att vården av patienter som försämras kan vara en utmaning (Purling och King, 2012). Vidare upplever NS att de har brister i kunskap, kompetens och erfarenhet inom vård av patienter som är i livets slutskede. En studie som utfördes på en onkologisk enhet visade att utan tillräcklig kunskap kan NS uppleva vård i livets slutskede som ångestfull (Caton & Klemm, 2006). Genom andra studier på NS och vård av döende patienter framkom det att sjuksköterskorna kunde känna osäkerhet i sjuksköterskerollen och kring vad som gällde avseende exempelvis hjärtlungräddning eller inte på patienter och läkemedelsordinationer (Croxon, Deravin & Anderson, 2017). Dessutom kunde NS även uppleva känslor av ensamhet kring vården av döende patienter (Zheng, Lee & Bloomer, 2016; Croxon, Deravin & Anderson, 2017). Andra viktiga delar var stöd och bredvidgång för NS för att kunna utföra en vård med kvalité och empati (Caton & Klemm, 2006; Croxon, Deravin & Anderson, 2017; Zheng, Lee & Bloomer, 2016; Purling & King, 2012).

Teoretisk utgångspunkt

Den första tiden upplever NS ofta att det är svårt och utmanande att utföra palliativ vård i livets slutskede på medicinavdelning. Benners modell *From Novice to Expert* (1982) beskriver specifikt NS kunskaps- och färdighetsnivå som kan relateras till deras upplevelser. Vidare visar modellen att sjuksköterskors olika sätt att uppleva, förstå och hantera patienternas sjukdom, smärta, död och födelse utvecklas med erfarenhet och kunskap. Modellen *From Novice to Expert* har sitt ursprung i Dreyfus *Model of Skill Acquisition* som bygger på Dreyfus idé om att människors utveckling och anammande av skicklighet går igenom fem nivåer – från novis till expert (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Benner har adapterat detta till sjuksköterskeprofessionen.

På den första nivån är sjuksköterskorna nybörjare – noviser – och inleds under grundutbildningen. Som nybörjare har sjuksköterskorna inga tidigare erfarenheter och är i en fas där de lär sig reglerna som guidar dem i sina handlingar. Efter grundutbildningen påbörjas den andra fasen som nyutexaminerad sjuksköterska - Advanced Beginner. Denna fas varar i ca 2–3 år. Enligt Benner (1982) uppvisar den avancerade nybörjaren marginellt acceptabel skicklighet. Sjuksköterskor som är på denna nivå har erfarenhet av tillräckligt många situationer för att kunna peka ut de viktiga beståndsdelarna - aspekterna. Däremot behöver NS fortfarande stöd av kompetenta sjuksköterskor för att kunna prioritera i vårdsituationer och för att försäkra sig om att tillgodose viktiga patientbehov. På den tredje nivån kallas sjuksköterskan för kompetent och har nu förmågan att utforma planer och mål för patienters omvårdnad. På den fjärde nivån är sjuksköterskan ”Porfyrintet” och anses kunnig. Sjuksköterskan har förmågan att ha ett helhetsperspektiv i vårdsituationer och har mycket erfarenhet. När sjuksköterskan nått den femte nivån – expertnivån - guidas hennes agerande i patientvården av hennes enorma erfarenhet och intuition om vårdsituationer vilket tillåter hen att omgående inse och förstå vad som är problemet.

Problemformulering

En befolkningsutveckling med allt fler äldre skapar utmaningar i vården och för vårdpersonalen. Denna befolkningsutveckling ställer krav på den palliativa vården som utförs på landets sjukhusavdelningar. Den döende patienten och dennes anhöriga ska få vård som grundar sig i den palliativa filosofin. Detta innebär ett holistiskt förhållningssätt som innefattar att sjuksköterskan ska se till patientens fysiska, psykiska, existentiella och psykosociala behov. Sjuksköterskor som tar hand om patienter som är livets slutskede behöver ha kompetens och kunskap om palliativ vård i livets slutskede. Detta ställer höga krav på NS som arbetar på medicinavdelning, där vården generellt redan är komplex och krävande. Det är således angeläget att få kunskap om nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter som är i livets slutskede i detta sammanhang.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelse av att ge vård till patienter i livets slutskede på medicinavdelning.

Metod

Denna studie använde en kvalitativ metod för att beskriva nyutexaminerade sjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede på medicinavdelning. Detta är en lämplig metod då syftet med en studie är att få en förståelse för människors levda erfarenheter (Polit & Beck, 2012). Val av denna metod grundades i att forskarnas fokus var att beskriva betydelsen och dimensionerna av ett fenomen, inte storlek eller andra mätbara attribut som mer passar för kvantitativ metod.

Urval

Ett strategiskt urval gjordes vilket innebär att deltagare inbjuds som har erfarenhet av det fenomen som studeras (Henricson & Billhult, 2017). Inklusionskriterier för urvalet var att deltagaren var legitimerade sjuksköterskor, hade arbetat på medicinavdelning upp till två år och hade erfarenhet av att vårda äldre patienter i livets slutskede.

Datainsamling

Sex verksamhetschefer på två mindre sjukhus i Västra Götalandsregionen fick brev med information om studien (*Bilaga 1*). Därefter mejlade cheferna tillbaka namn på deltagare som föll inom ramen för studiens inklusionskriterierna. Sammanlagt erhöles namn på arton deltagare. Tio deltagare på sjukhus A och 8 på sjukhus B. I ett led att uppnå datamättnad ville författarna ha minst fyra till sex deltagare i varje intervju. Författarna ville även få en bred beskrivning av upplevelsorna genom att deltagarna hade olika bakgrund, olika ålder och kön. Tre av deltagarna informerade direkt att de inte ville delta i en studie. Femton deltagare fick

Forskningspersoninformation (*Bilaga 2*). Efter ungefär en vecka tog författarna åter kontakt med de femton deltagarna för att få deras samtycke till att delta i studien. Av de femton personerna som fått forskningspersonsinformation gav tretton personer muntligt samtycke till att delta - åtta deltagare på sjukhus A och fem på sjukhus B. Utefter deltagarantalet planerades för tre fokusgruppsintervjuer - två på sjukhus A och en på sjukhus B. På sjukhus A planerades för fyra deltagare i varje grupp. På sjukhus B planerades för fem deltagare. I nästa steg kontrollerades deltagarnas schema för att få en intervjutid som sammanföll dem emellan och med ett arbetspass. Ett passande rum bokades för att utföra intervjuerna och en intervjuguide förbereddes inför intervjuerna (*Bilaga 3*). Deltagarna informerades sedan muntligt eller via mejl om tid och plats för intervjuerna. Vid varje intervju var en av författarna med som moderator samt en utomstående observatör. Den utomstående observatören var en sjuksköterska från diabetesmottagningen som inte hade anknytning till deltagarna. Moderators roll var att vara samtalsledare medan observatören fanns med för att kunna kontrollera att inspelningsmaterial fungerade under intervjun och för att, efter intervjun, delge moderatorn observationer som gjordes under intervjun. För att undvika bias var författarna till studien inte samtalsledare vid det egna sjukhuset. Intervjuerna, som varade mellan 40 och 42 minuter spelades in med diktafon och mobil. Intervjuerna inleddes med information om konfidentialitet. Information gavs till deltagarna att alla ljudinspelningar och utskrivna intervjuer kasseras efter avslutad studie.

Av de tretton personer som gav sitt samtycke var det två personer som lämnade återbud på grund av sjukdom och en person som inte kunde medverka på grund av skiftbyte. Deltagarna var i åldrarna 22 till 58 år och hade arbetat på medicinavdelning mellan 6 och 12 månader. En manlig deltagare fanns med på listan från verksamhetscheferna. Han deltog dock inte i någon intervju då han ingick i det oplanerade bortfallet. Tre fokusgruppsintervjuer utfördes med fem, tre och två deltagare i respektive grupp.

Dataanalys

Induktiv innehållsanalys valdes där fokus var att finna det manifesta innehållet i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Analysenheten i studien var tre hela intervjuer från fokusgruppsintervjuerna. Samtalsledaren och observatören reflekterade och diskuterade intervjuerna i direkt anslutning till den utförda intervjun. Därefter lyssnade båda författarna på intervjun flera gånger för att få en samlad helhetsbild av de inspelade intervjuerna. Intervjuerna transkriberades ordagrant, inklusive pauser, skratt och suckar. All text lästes sedan i sin helhet av båda författarna. I var och en av de transkriberade intervjuerna identifierades ord, meningar och stycken som var relaterade till syftet och bildade meningsbärande enheter.

De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades utan att förlora kärnan i de meningsbärande enheterna. I nästa steg jämfördes koderna med varandra avseende skillnader och likheter. Nio olika subkategorier kunde urskiljas. Dessa subkategorier kunde sedan grupperas i tre kategorier. Subkategorierna och kategorierna utgjorde det manifesta innehållet av datan. Författarna reflekterade vidare och kunde sedan, med stöd av sin handledare, enas om att det fanns ett latent innehåll som bildade ett tema för analysenheten.

Tabell 1. Illustrerat exempel på meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder, subkategorier och kategorier

Meningsbärande Enhet	Känns bra när man lyckats med ett fint avslut.	Jag är ganska trygg i den rollen, jag vet hur jag ska samtala med anhöriga.	Det känns oprofessionellt att inte veta.
Kondenserad Meningsbärande Enhet	Bra med fint avslut.	Trygg med anhöriga. Samtal med anhöriga.	Viktigt att vara professionell.
Kod	Döden	Anhöriga	Kunskap
Subkategori	Döden på medicinavdelning	När anhöriga inte accepterar.	Lär mig mer.
Kategori	Att ge den äldre patienten ett fint slut.	Att stötta den anhöriga i vården av den döende patienten.	Att inte räcka till.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsstudier grundar sig i en god vilja att bevara och stödja människans grundläggande värde och rättigheter (Lag om Etikprövning av forskning som avser människor, SFS, 2003:460). Ett godkännande från etiska nämnden krävs inte för magisteruppsats (Danielsson, 2017). Men det undantar inte föreliggande studie från att följa de etiska principerna. De fyra grundläggande forskningsetiska principerna är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Codex, u.å.). Deltagarna har fått information om studien och om frivillighet genom Forskningspersonsinformation. Denna information har utformats i enlighet med Etikprövningsnämndens rekommendationer (Etikprövningsnämnden, u.å.). Forskningspersonsinformation har godkänts av författarnas handledare vid Göteborgs universitet och därefter lämnats till samtliga deltagare för information och samtycke. (Lag om Etikprövning av forskning som avser människor, SFS, 2003:460). Dessförinnan har alla fyra aktuella verksamhetschefer fått ett brev med information om studien för ett godkännande. Ett samtycke från deltagarna krävs för att studien ska kunna genomföras (SFS, 2003:460, 13§). För att bibehålla konfidentialitet förvarades all material från studien på ett säkert ställe i syfte att ingen obehörig kunde få tillgång till det. Vid studiens slut förstörs allt material som använts t.ex. data och ljudinspelningar. Deltagarna har fått information om att konfidentialitet gäller avseende det som kommer fram under intervjuerna. Deltagarna har fått information om konfidentialitet vid början av respektive intervju. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om deltagarna i denna studie endast användas för detta forskningsändamål (Codex, u.å.).

Risk och Nytt

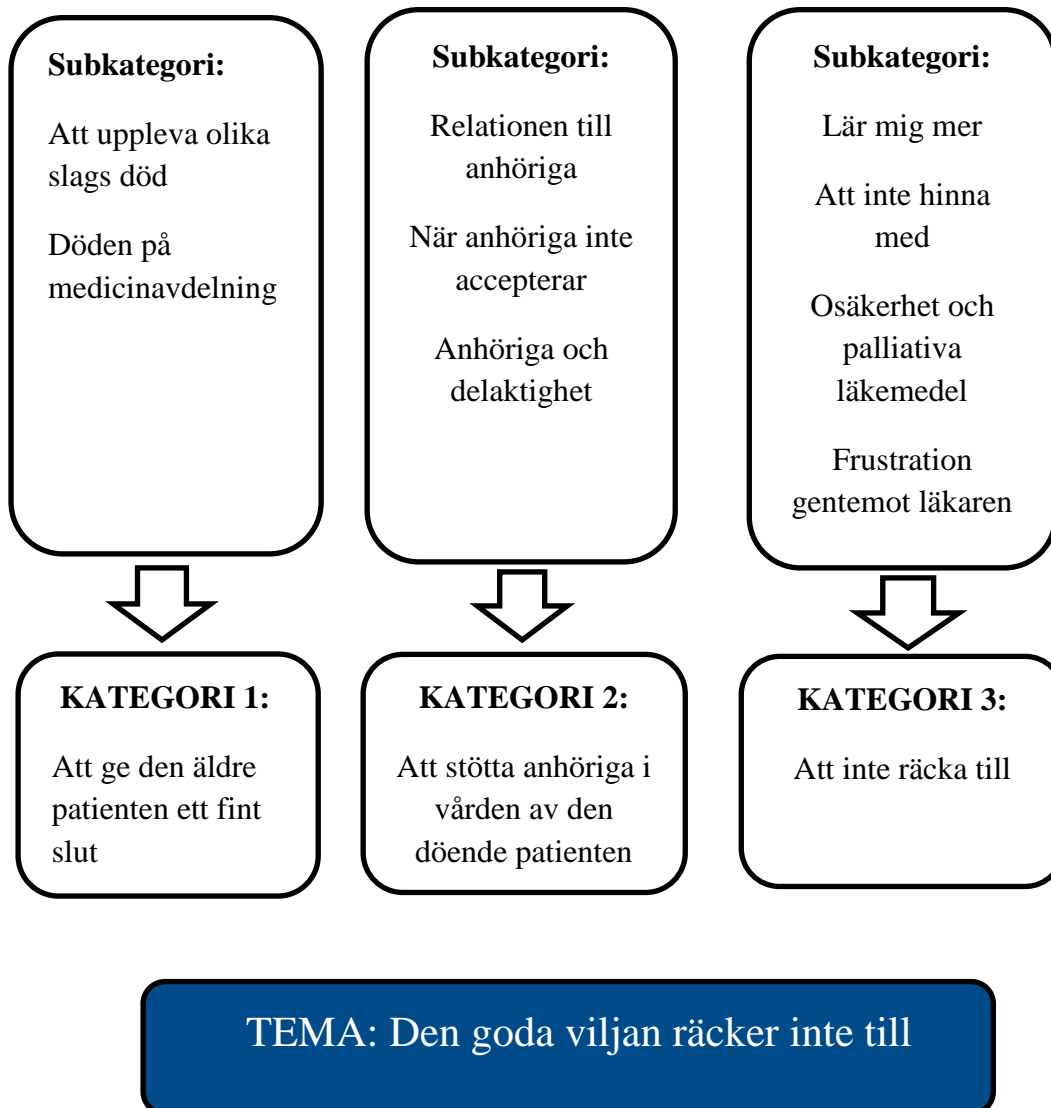
Alla kvalitativa studier kan medföra risker och det är viktigt att inte utsätta deltagarna för onödiga risker. Det finns etiska risker med fokusgruppsintervjuer (Wibeck, 2017). Konfidentialitet kan brytas och information från intervjun spridas. Samtalsledaren har därför betonat för deltagarna om att det i Forskningspersonsinformation fanns information om konfidentialitet och att detta gäller allt som kommer fram under intervjun. Det finns risk för att intervjuer kan medföra obehag för deltagarna om ett känsligt ämne diskuteras. Deltagarna informerades att om frågor och eller obehag uppkommer efter deltagandet i intervjun så kan författarna kontaktas. I denna studie ansågs denna risk liten. Samtalsledarens roll i intervjun är viktig för att åstadkomma en tillåtande miljö då det finns risk att deltagare inte vågar tala eller om deltagare tar över i diskussionen (Wibeck, 2017). En risk är att relationer mellan deltagarna kan skadas på grund av att de blir ifrågasatta i grupp (Kjellström, 2014). En nytta med studien är att deltagandet i en studie om ett ämne om vård i livets slutskede kan skapa reflektioner om ämnet och leda till ett förbättringsarbete i det kliniska arbetet på avdelningen. Studien kan också leda till ökad förståelse för upplevelser sjuksköterskorna emellan.

Resultat

De nytutexaminerade sjuksköterskors berättelser om hur de upplevde vård i livets slutskede på medicinavdelning beskrev en verklighet som ibland var lugn och hanterbar, ibland stressig och

svår. Den kvalitativa dataanalysen utmynnade i tre kategorier; *att ge den äldre patienten ett fint slut, att stötta anhöriga i vården av den döende patienten och att inte räcka till*. Men genomgående i deras berättelser lyste en vilja att ge den döende patienten och dennes anhöriga så god vård som möjligt. Detta ledde till temat *Den goda viljan räcker inte till*.

Tabell 2. Subkategorier, kategorier och tema



Att ge den äldre patienten en fint slut

Sjuksköterskornas berättelser visar hur mycket de önskar att patienten får en så god död som möjligt. Att få vårda patienter i livets slut känns betydelsefullt och fint för sjuksköterskorna och genom deras berättelser framträder tydligt viljan att få göra skillnad.

Att uppleva olika slags död

En sjuksköterska berättar att hon tycker det är fint att arbeta med patienter i livets slut. Hon berättar om vilken skillnad man kan göra för den döende och för de anhöriga. Hon har lärt sig tänka på det som är viktigt i livet och om hur hon själv önskar få det. En sjuksköterska berättar att man lär sig uppskatta livet och sina egna anhöriga, vet hur man själv vill ha det och sitt eget döende. En annan sjuksköterska berättar också om sina tankar på vård i livets slut och att det kan vara både fint och svårt. Det är svårt när döden kommer plötsligt och man inte är förberedd på dödsfallet. Det är även hemskt att människor ska behöva dö ensamma, vilket kan inträffa på sjukhus. Flera av sjuksköterskorna upplevde att döden var lättare för dem att acceptera ju äldre patienterna var, att det känns mer naturligt om patienten är äldre. De upplevde att det är lättare att hantera de svåra samtalen med patienten och anhöriga om de var mer förberedda på döden.

”Vård i livets slutskede kan vara en fin stund som både anhöriga och patienten får i det sista utan det kan ju vara något som är kärleksfullt och fint, sen kan det ju vara nåt om det blir något plötsligt dödsfall, den kan både vara ljus och mörk”

Döden på medicinavdelning

Sjuksköterskorna berättade att det är betydelsefullt att ge en så bra omvårdnad för den äldre patienten i livets slut som möjligt. Genomgående bland sjuksköterskorna var att de önskade en palliativ enhet på sjukhuset, där tid och kunskap finns för patienten i livets slut. Deras upplevelse var att de hade svårt att hinna med och kände ofta att de inte räckte till för alla patienter och deras anhöriga. Det skulle underlätta i deras arbete att slippa hela tiden fokusera på att snabbt symtomlindra patienten i livets slut samtidigt som den kurativa patienten krävde behandlingar som tex antibiotikabehandling. Ibland när en anhörig var där kunde det ta en hel förmiddag innan sjuksköterskan hade varit inne i rummet.

”jag tycker att alla palliativa ska få vara på samma enhet där det finns kunskap o tillräckligt med tid och personal, alltså så känner jag, det skulle vara min önskan för deras skull framförallt och det skulle underlätta mitt arbete också då jag inte behöver fokusera så mycket på det här”

Genomgående av NS tyckte att miljön spelar stor roll när man vårdar palliativa och kurativa patienter på samma avdelning. Det kan vara lugnt och stillsamt inne på ett enkelrum där patienten i livets slut vårdas men när man lämnar rummet så kan det vara fullt med människor ute i korridoren, stressen märks av och patienterna och deras anhöriga märker av det i större utsträckning på en medicinavdelning.

”Och så är det kanske såhär att när de kliver ut där så är det ingen som bryr sig om dom, vi bara springer där och gör massa andra saker, det är klart att det känner de av”

Att stötta anhöriga i vården av den döende patienten

Det är betydelsefullt att sjuksköterskan skapar en så god relation med patienten och dennes anhöriga som möjligt. Sjuksköterskornas berättelse visar att när en god relation skapas genom samtal och lyhörddhet leder det ofta till en trygghet och en känsla av delaktighet hos patienten och anhöriga.

Relationen till anhöriga

Det framkom också att sjuksköterskorna kunde få en speciell relation till vissa patienter och dennes anhöriga. Det kunde bero på hur kontakten skapades från start och hur mycket tid som lades ner för en djupare kontakt, tid för att sitta ner för samtal. Kemin mellan dem spelade stor roll. Att skapa en god relation med patient och anhörig tycktes spela en stor roll i vården.

”Sedan fastnar ju alla patienter på olika sätt, vissa fastnar ju mycket, mycket starkare, så är det andra som bara passerar på något sätt”

När anhöriga inte accepterar

NS tyckte att kommunikationen med anhöriga var viktig men ibland svår, med vissa anhöriga skapades en fin relation medan med andra var det svårt att komma intill med samtal. En sjuksköterska berättar att det kan skilja på hur relationen också är mellan patient och anhörig och hur länge patienten varit sjuk. Det kan också vara skillnad om anhörig har accepterat patientens döende, att de också har förstått att patienten är i livets slut. Fast anhöriga haft ett samtal med läkare och efterföljande samtal med sjuksköterska var det svårt för vissa anhöriga att ta in. En sjuksköterska tyckte det kändes svårt och frustrerande att inte riktigt nå fram till de anhöriga. Sjuksköterskorna upplevde att vård i livets slutskede är lättare när anhöriga har accepterat att patienten vårdas palliativt och är i livets slutskede. Sjuksköterskorna upplever att de kan sakna kunskap i hur man kan stötta anhöriga i svåra situationer.

”beror helt på hur länge patienten har varit sjuk och hur insatta anhöriga är att de är sjuka och om de har accepterat det de som inte accepterat eller förstått än kan påverka mig väldigt svårt att säga till dem vad man tänkte jättesvårt även om läkarna sagt flera gånger kändes det väldigt svårt”

Anhöriga och delaktighet

Sjuksköterskorna försöker göra anhöriga delaktiga i vården genom att exempelvis förklara för hur man kan se att patienten har ont. De är lyhörda för anhörigas behov. En sjuksköterska berättar om hur hon reflekterar i palliativa vårdsituationer.

’Jag kan tycka så där fingertoppskänsla. För vissa vill vara delaktiga i allt och vissa vill bara vara där eller få ett telesamtal när det börjar svikta el svikta mer så det är ju så. I början första gångerna som är palliativ som inte har många timmar eller dygn så försöker man skanna av så mycket som möjligt. Hur dom vill ha det så det blir det bästa för dom och uppfylla alla deras önskemål.’

Att inte räcka till

Sjuksköterskorna i studiens intervjuer försöker ständigt att göra sitt bästa för den döende patienten och deras anhöriga. NS berättelser visar att vården av döende patienter är en vanlig del av arbetet på medicinavdelning. Men det finns omständigheter som gör detta svårt och upplevelsen av att inte räcka syns tydligt.

Lär mig mer

Den nyutexaminerade sjuksköterskan på medicinavdelning kan känna sig ensam, överväldigad och pressad i sin nya roll. Dessa känslor framkommer framförallt för de sjuksköterskor som började på sommaren. NS beskriver den viktiga betydelsen av att känna stöd från kollegor och att teamarbete är viktigt. På en avdelning fanns en handledande sjuksköterska för alla nya vilket var till stor hjälp. Sjuksköterskorna framhäver att de utvecklats mycket på ett år och lärt sig mycket om vård av patienter som är i livets slutskede men att grundutbildningen till sjuksköterska inte omfattade särskilt mycket om palliativ vård. Sjuksköterskorna berättar att det känns oprofessionellt att inte veta och att de vill veta mer. Det kliniska basåret har upplevts som en möjlighet att utvecklas med andra som också är nya sjuksköterskor. En sjuksköterska berättar att den palliativa dag de hade i kliniska basåret med palliativa enheten var bra. En sjuksköterska berättar sin kunskapsutveckling om vård i livets slutskede som följande;

'jag tror det var lite utspritt i olika kurser så det var lite duttar här och var, någon gång var väl något om lite medicin man brukar ge...men det var ju inte så mycket. Det blev ju inte förrän jag började här som det blev ordentligt...man lärde sig lite mer på plats också.'

Att inte hinna med

Vård i livets slutskede måste få ta tid men det är svårt att finna denna tid på medicinavdelningen. Tid tas från annat exempelvis att sjuksköterskan hoppar över sin frukost eller lunch. På grund av tidsbristen hinner sjuksköterskorna inte titta till den döende patienten så ofta som de vill utan får lita på att undersköterskor går in till patienten och dennes anhöriga. Sjuksköterskorna beskriver att de kan uppleva stress men att de försöker släppa den inre stressen när de går in i den döende patientens rum. Att vårda döende patienter kan ta tid från andra patienter och det är mycket att tänka på. En sjuksköterska berättar om svårigheterna att kunna smärtlindra patienter tillräckligt snabbt när det inte finns tid att göra bedömningar.

'Om man hade haft mer tid hade man kunnat kanske förebygga...nu är det inte ofta det blir...men ofta går ju läkemedel ur kroppen och ofta ger vi subkutant mestadels så blir det att det händer de gångerna att då har det gått så lång tid att läkemedlet har gått ut och så är

man på ruta ett igen. Om man hade varit där tidigare eller om det signalerats tidigare eller om tiden hade funnits hade man kunnat minimera de gånger det skett liksom.'

Osäkerhet och palliativa läkemedel

Det är viktigt att kunna symtomlindra den döende patienten. På medicinavdelning är det ofta undersköterskor eller anhöriga som påtalar att patienten är i behov av någon form av lindrande läkemedel. Men det finns en osäkerhet och en rädsla för läkemedel den första tiden som sjuksköterska. En sjuksköterska berättar att det kändes stort med läkemedel som skulle ges och upplevde rädsla för morfin. Läkemedelshantering upplevdes både läskigt och jobbigt;

'Sen var det ju läskigt med medicinerna. Inte van och ge liksom morfin till någon. Så det tyckte jag var jättejobbig.'

Frustration gentemot läkaren

Sjuksköterskorna reflekterar ibland över läkarnas roll och kunskap vid vården av en döende patient. Läkare har ibland samtal eller brytpunktssamtal med anhöriga och/eller patienten. Men samtalen brister dock ofta i tydlighet kring vad som gäller avseende exempelvis behandling. Sjuksköterskorna vill kunna svara på frågor. Ibland kan det också vara flera olika läkare involverade i vården. Detta kan göra sjuksköterskorna frustrerade och anhöriga förvirrade. Detta beskrivs av en sjuksköterska;

'Det jag tycker är ett problem hos oss är att det är svårt för läkare att bestämma sig för om patienten ska vara palliativ eller inte och då blir det så fruktansvärt fel. Men som för två veckor sedan var det en patient som de sa var palliativ men att vi försöker lite ändå och då fick hon antibiotika ändå och det blev så svajigt. Anhöriga blev mer förvirrade och vet inte riktigt jaha är hon palliativ eller inte, varför får hon det?'

Den goda viljan räcker inte till

De nyutexaminerades sjuksköterskors berättelser om att stödja anhöriga, att inte räcka till på olika sätt och att vilja ge den äldre patienten ett fint slut är alla olika aspekter av upplevelser av vård i livets slutskede på medicinavdelning. Gemensamt för alla dessa aspekter är att sjuksköterskorna har ett grundperspektiv i sitt arbete som kan tolkas som den goda viljan gentemot patienterna. Ur sjuksköterskornas berättelser framträder ett engagemang som trotsar svårigheterna som uppstår i vården av de döende patienterna. De åsidosätter sig själva för att hjälpa en annan människa och reflekterar över hur de skulle kunna göra mer.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod ansågs vara lämpligt för att förstå NS upplevelse utifrån syftet. Benner (1993) menar att studier som handlar om omsorg ska inte bara vara kvantitativa och experimenterande utan det måste tas hänsyn till innebörder och engagemang.

I studien var det viktigt att använda en metod som gav stöd för slutsatser som drogs och reflekterade överförbarhet och tillförlitlighet (Polit & Beck, 2012). I analysprocessen transkriberades varje intervju noga. Meningsenheter togs fram och texten kondenserades utan att förlora kärnan i betydelsen och valda subkategorier och kategorier inkluderade all data. Resultatet understöddes genom citat i resultatet. Dessvärre kan överförbarheten och tillförlitligheten i studien ifrågasättas. Intervjuerna utfördes på mindre sjukhus i Sverige och är därmed kanske inte representativa för hur det är på medicinavdelningar generellt. Antal deltagarna i fokusgruppsintervjuer räcker inte riktigt heller för att få en bred beskrivning av sjuksköterskornas upplevelser. I litteraturen framgår oenighet kring lämpligt antal deltagare. Enligt Wibeck (2017) är det önskvärt med mellan fyra till sex deltagare då större grupper kan leda till att alla inte kommer till tals. Denna studie hade initialt fyra eller fem deltagare i varje grupp men det oplanerade bortfallet orsakade att grupperna blev mindre. I och med detta kunde egentligen inte datamättnad säkras för studien varför författarna diskuterade möjligheten att komplettera fokusgruppsintervjun med enskilda intervjuer. Fokusgrupper kan kombineras med andra metoder exempelvis individuella intervjuer (Wibeck, 2017). Tyvärr fanns inte tid för att författarna skulle göra detta.

Intervjuerna som utfördes var öppna och deltagarna uppfattades som angelägna att berätta om sina upplevelser av vård i livets slutskede på medicinavdelning. Praktiska problem uppstod kring organisationen av fokusgruppsintervjuerna såsom att hitta passande tid för att alla deltagare skulle kunna närvara på grund av att alla arbetade skift. Detta föranledde funderingar hos forskarna om enskilda intervjuer hade varit en mer passande datainsamlingsmetod. Fokusgruppsintervjuer ansågs ändå ha varit en passande datainsamlingsmetod för denna kvalitativa studie. Det är en metod som kan användas när ett komplext fenomen ska studeras och deltagarna har varit med om en gemensam upplevelse (Hylander, 2001). Genom att intervjuas i grupp finns det möjlighet att deltagarna släpper på sina hämningar och inspireras av varandra. Detta var tydligt genom att deltagarna i de tre fokusgruppsintervjuerna interagerade väl, spann vidare självmant på sina reflektioner och en variation i sjuksköterskornas erfarenheter framträdde. Samtalsmiljön i intervjuerna var tillåtande och alla deltagarna fick komma till tals. Samtalsledaren kunde anta en relativt tillbakadragen roll i dialogen som deltagarna själva förde. Den frihet i samtalet som deltagarna upplevdes ha, föranledde möjligheter till att data kom fram som forskarna inte hade förutspått såsom betydelsen av ett fint slut i vård i livets slutskede. Under intervjuerna kunde deltagarna tillsammans tydliggöra vad de tänkte och reflekterade. De hjälpte varandra i samtalet. Detta var

särskilt tydligt i den intervjun som endast bestod av två deltagare. Fokusgruppsintervjuer gav även tid för deltagarna att fundera medan någon annan pratade.

Polit & Beck (2012) skriver att transkriberingen av datan är viktig när det gäller fokusgruppsintervjuer. Både ord och känslor måste komma fram då deltagarna inte bara svarar på samtalsledarens frågor utan reagerar utifrån att de intervjuas i grupp. Observatören som var med på varje intervju var till stor hjälp för att få en helhetsbild av intervjuerna.

Författarna till studien var medvetna om sin förförståelse för ämnet för studien och reflekterade därför över detta under hela skrivprocessen. Detta ansågs särskilt viktigt då författarna själva inte har arbetat som sjuksköterskor mer än tre till fyra år och att de under denna tid mest arbetat på medicinavdelning eller inom palliativ vård. Inför och under studien diskuterade författarna sina egna erfarenheter av vård i livets slutskede men att det var viktigt att inte deras egna tankar reflekterades i studien. Detta för att inte påverka trovärdigheten för studien. Ett sätt att inte påverka deltagarna var att författarna inte var närvarande vid intervjuer där de kände deltagarna och att urvalsprocessen noga följde de forskningsetiska kraven dvs. informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Codex, u.å.)

Resultatdiskussion

Denna studie visar exempel på NS upplevelser av vård i livets slutskede på medicinavdelning. För att nå detta resultat användes en kvalitativ metod med fokusgruppsintervjuer. Resultatet presenterades i tre huvudteman med tillhörande subteman.

Resultatet visar på sjuksköterskans roll och förhållningsätt mot patientens anhörig och dennes individuella behov av information, stöd och samtal. Studier visar att både närstående och patient bör involveras i vården och stödet till den anhöriga kan vara lika viktig som den övriga vården kring patienten (Socialdepartementet, 2001). Sjuksköterskan kan ta stöd i de 6 S:n för att få ett personcentrerat förhållningsätt till den anhörige och dennes individuella behov (Regionala Cancercentrum, 2017). Det framkommer i sjuksköterskornas berättelser att det är både svårt och tillfredställande att tillmötesgå krav från anhöriga. NS ställer höga krav på sitt förhållningssätt hen har mot patienten och anhörig i vård i livets slut och menar att det är mycket betydelsefullt att tidigt kunna ta del av patientens historia. Detta stämmer överens med tidigare studier då de menar att det ställs höga krav på NS i relationen med anhöriga och dennes behov av stöd (Caton & Klemm, 2006). NS berättade också om att få tid att sitta ned och lyssna på patientens anhöriga ökar sjuksköterskans självförtroende och är viktigt för relationen mellan parterna. NS upplevde också att det fanns en okunskap och osäkerhet hur man som sjuksköterska möter patienten och dennes anhörig, de var oförberedda och hade ingen kunskap om hur man möter t.ex. anhörigas behov och krav om information. Benner (1982) tar upp de olika nivåerna i erfarenhet och kunskaper och menar att NS kan sakna erfarenheter och upplevelser av anhörigas ökade behov som kan leda till de svårigheter NS upplever. Sjuksköterskorna berättar att patienten och dennes anhöriga har ett ökat behov att få information och är ofta pålästa och har skaffat kunskap om sin sjukdom och de rättigheter de har som

vårdtagare och anhöriga. Regionalcancercentrum (2017) skriver om betydelsen att informera anhöriga att patienten kommer att få en god omvårdnad i livets slut, förvissa den anhöriga att patienten inte ska behöva ha smärta, andnöd och ångest.

I NS berättelse framkommer också att anhöriga vill vara delaktiga i patientens vård och omvårdnad. Men studier visar också att anhöriga har ett individuellt anpassat behov av hjälp och stöd av vården som kan skilja sig från patientens behov (Regionalcancercentrum, 2017). Viljan att göra anhöriga delaktiga i vården av den döende finns hos samtliga deltagare i studien men det saknas tid, kunskap och resurser. Samtidigt som sjuksköterskorna tyckte det var svårt och kände sig oerfarna i mötet med anhöriga tyckte de att det var fint och till stor hjälp när de kände sig avslappnade i samtalet. De kände sig inte förberedda när de började arbeta med patienter i livets slut och allt som inkluderas i ett holistiskt synsätt. Detta är förenligt med tidigare studier där de tar upp osäkerheten hos NS och avsaknaden av erfarenhet och kunskap i vård i livets slutskede och anhöriga (Zheng, Lee & Bloomer, 2015). Sjuksköterskans förhållningssätt påverkar i stor utsträckning patientens och anhörigas uppfattning av vården som ges. Det finns ett stort gap mellan vårdens visioner och mål och resurser som finns till förfogande (Socialstyrelsen, 2013).

NS i studien upplever det både fint och ibland skrämmande och svårt med vård i livets slutskede. Socialstyrelsen (2013) skriver att sjuksköterskan kan göra stor skillnad för patienten och den anhöriga i vård i livets slut genom att tidigt uppmärksamma patientens behov och utgå från hela människan och det underlättar när man i tidigt stadie kan förebygga symptom som patienten lider av. Sjuksköterskan berättar att det är svårt när det inte finns tid att se behoven och när dödsfallet sker hastigt och oväntat. Tidigare studier belyser betydelsen av att uppmärksamma patientens alla behov genom patientberättelsen och genom de fyra hörnstenarna. Att tidigt upptäcka patientens olika behov ökar livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2013). Det framkommer också i tidigare studier om betydelsen för patienten att få den tid de behöver för mötet med bekanta och anhöriga. Patienten ska inte behöva vara ensam i livets slut (McCourt, Power & Glackin, 2013).

Genom NS berättelser framkommer upplevelsen av att inte räkna till i vården av den döende patienten. Detta fynd är förenligt med studier gjorda om sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede inom akutsjukvården (McCourt, 2013, Johansson & Lindahl, 2011, Zheng et al., 2015). En tydlig bidragande faktor till sjuksköterskors känsla av att inte räkna till var tidsbrist. NS önskade att de hade mer tid för anhöriga, för att vårda den döende patienten och för att vårda de andra patienterna. NS upplevde att vård i livets slutskede var mer tidskrävande än vården av de andra patienterna. Resultatet i andra studier bekräftar att sjuksköterskor på sjukhusavdelning ofta upplever tidsbrist (Johansson & Lindahl, 2011; McCourt, Power & Glackin, 2013). Denna tidsbrist kunde leda till känslor som stress, otillräcklighet och missnöje hos sjuksköterskor (Johansson & Lindahl, 2011). Men att använda tiden effektivt och kunna agera och prioritera rätt är inte lätt som nyutexaminerad sjuksköterska. Det handlar inte bara om att arbeta utifrån omvårdnadsprocessens alla delar för en patient – bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). I många

situationer handlar det om att ha den kliniska blicken och att snabbt kunna bestämma sig för hur olika situationer ska hanteras och åtgärdas. Omvårdnadsprocessen är inte heller alltid linjär. Ibland måste sjuksköterskan exempelvis kunna bedöma och utvärdera samtidigt. Benner (1982) menar att inom akutsjukvården behövs sjuksköterskor med mycket erfarenhet för att klara av den specialiserade, komplexa och ansvarsfulla arbetsmiljön. Enligt Benners teoretiska modell är det sjuksköterskor som uppnått expertnivån som har ett intuitivt grepp om situationer och kan ringa in problem utan att öda tid på andra möjligheter. Erfarenhet av vårdssituationer är alltså en viktig faktor som ger möjlighet att minska på problemet med tidsbrist.

Sjuksköterskorna i studien berättade att stöttande kollegor och en bra bredvidgång var en viktig del i arbetet på medicinavdelning. Detta stämmer överens med flertalet tidigare studier (Zheng, Lee & Bloomer, 2015; Della Ratta, 2016; Purley & King, 2012). Theisen & Sandau (2013) menar att organisationen på sjukhus måste ha strategier för NS som stödjer dem under det första året. Strategin utformas i form av 'a nurse residency program with orientation' (Theisen & Sandau, 2013, s.410). I Västra Götalandsregionen ska alla NS göra det Kliniska Basåret som en del av orienteringen in i yrket som sjuksköterska (Västra Götalandsregionen, 2018). Men enligt Theisen & Sandau (2013) är handledarskap under hela året en nyckelfaktor för att stötta NS. Handledarskapet ska utgöras av en erfaren sjuksköterska som instruerar och guidar NS i patientvården under hela programtiden. I *From Novice to Expert* redogörs också för hur viktigt det är att NS får kliniskt handledarskap från en kompetent sjuksköterska för att lära sig prioritera och bedöma olika aspekter av vården exempelvis kommunikation med anhöriga (Benner, 1982). I det Kliniska Basåret ingår dock inte handledarskap under ett helt år då de nyanställda sjuksköterskorna vanligtvis har strukturerad introduktion av en handledare under max 4 veckor. När det gäller vård i livets slutskede på medicinavdelning är det oerhört viktigt med adekvat handledarskap. Många NS i studien upplevde att de inte hade mycket kunskap eller utbildning när de började sin anställning och flera NS uttryckte ett behov av att få lära sig mer. Sjuksköterskorna i en studie av Croxon, Deravin & Andersen (2017) berättade att de hade varierande kunskap om vård i livets slutskede från grundutbildningen men att det behövs praktisk erfarenhet för att bli bättre. När sjuksköterskorna har gått sin grundutbildning har de ändå kunskap som grundar sig i exempelvis Hälso- och Sjukvårdslagen, Svensk Sjuksköterskeföreningens kompetensbeskrivning och ICN's etiska kod. Tack vare detta har NS lärt sig om personcentring, helhetsperspektiv och patienter och anhörigas rätt till delaktighet i vården. Detta är viktiga delar i all vård, även vård i livets slutskede. Men med den demografiska utvecklingen som förutspås både nationellt och internationellt (Statistiska Centralbyrån, 2018) kan det anses att kurser som specifikt handlar om Palliativ vård och vård i livets slutskede bör ingå som en standardiserad del i sjuksköterskeutbildningar. Dessutom behöver sjukhusen åta sig uppgiften att förse NS med förutsättningarna att lära sig om hur en god vård i livets slutskede kan uppnås.

Det var uppenbart i NS berättelser att deras handlingar i vården styrs av sina förvärvade kunskaper och förmågor i omvårdnad, medicinsk vetenskap och det etiska förhållnings sättet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Men ur berättelserna framkommer också den goda viljan gentemot den döende patienten och deras anhöriga. NS möts av svårigheter av olika slag

men deras önskan om att göra gott finns alltså. Detta fenomen har inte diskuterats i tidigare studier. Men resultat från denna studie visar att denna företeelse om den goda viljan som NS upplever i vård i livets slutskede behöver diskuteras. Diskussionen kan med fördel göras ur ett filosofiskt perspektiv.

Det finns en aspekt av att vara människa som behöver beaktas även för de som har en profession inom vård och omsorg, nämligen ömsesidigheten människor emellan och att mötet med en människa innebär att vi berörs (Cöster, 2014). Den grekiska filosofen Aristoteles formulerade begreppen *ethos*, *logos* och *pathos* för att 'beskriva det som ömsesidighetens ansvarighet måste svar an till och som vi måste förhålla oss till.' (Cöster, 2014, s.11). *Ethos* betyder sedvanan eller moralen. Analysen av moral kallas etik där det handlar om vilka handlingar är passande eller opassande. Sjuksköterskans etiska vägledning styrs av ICN's etiska kod. *Logos* handlar om att människan är tänkande och har förmåga till samtal, mening och ord. *Pathos* är det begrepp som handlar om att mötet med den andra människan alltid berör oss. Beröringen kan vara både fysisk eller den beröring som väcks genom ord eller intryck. I vardagspråk kallas det för engagemang och iver. I mötet med den döende patienten eller i samtal med anhöriga berörs NS. De blir engagerade och detta blir som en omedveten drivkraft i vården.

Denna filosofiska tolkning av en upplevelse av ett fenomen som existerar och berör NS på medicinavdelning bör relateras till Benners modell *From Novice to Expert*. Ur ett teoretiskt perspektiv menar Benner att sjuksköterskor utvecklas från att vara noviser till experter (Benner, 1982). Från att kunna se och klara av olika aspekter av vården, kan sjuksköterskor på expertnivå uppfatta helhetsbilden i vårdsituationer och agera utifrån tidigare erfarenheter och intuition. Resultatet i denna studie har visat sig stämma överens med den teoretiska utgångspunkten. Men Benner skriver också att teori i den kliniska verkligheten är komplex. Verkligheten kan inte alltid förklaras med teori. Det handlar om att de nya sjuksköterskorna är också människor. I det mellanmänniska mötet med patienten verkar de ha förmågan att se mer än bara aspekterna av vården. NS ser ett mänskligt behov och vill hjälpa den andre.

Slutsats

NS ansåg att det var viktigt att sträva efter att ge den döende och dennes anhörig ett fint slut. Men NS erfarenheter visade också att de fanns svårigheter i olika aspekter av arbetet såsom anhörigvård och hantering av läkemedel. NS goda vilja möttes av svårigheter i vården av döende patienter. NS uppskattade stöd av kollegor och önskade mer kunskap om vård i livets slutskede. Studiens resultat stämmer väl överens med Benners modell *From Novice to Expert* som betonar vikten av stöd från kompetenta sjuksköterskor i den kliniska verksamheten för att ska kunna lära sig prioritera och hantera de olika aspekterna av patienters vård. Detta innebär att det måste finnas kompetenta och erfarna sjuksköterskor ute på sjukhusens avdelningar. Men i den kliniska verkligheten råder det brist på sjuksköterskor och personalomsättning på sjukhusavdelningarna är stor. Det är tydligt att specialistsjuksköterskor med sin kunskap och kompetens behövs på sjukhus. Genom att ta sig an uppgiften att vara ledare i vården kan specialistsjuksköterskor stödja nyutexaminerade sjuksköterskor i arbetet på medicinavdelning.

NS får då hjälp till att bli tryggare, säkrare och förhoppningsvis mindre benägna att vilja byta arbetsplats.

Kliniska implikationer

Resultatet av denna magisteruppsats visar att för att nyutexaminerade sjuksköterskor ska bli tryggare i vård av patienter som är i livets slutskede på medicinavdelning behöver följande punkter beaktas:

- Strukturerad handledarskap av kompetenta sjuksköterskor
- Åtgärder för att sjuksköterskor med kunskap och erfarenhet arbetar och stannar kvar i det kliniska arbetet
- Mer utbildning inom Palliativ vård och vård i livets slutskede på grundutbildningsnivå
- Mer utbildning och handledning i stöd och samtal till anhöriga samt hantering av läkemedel i palliativt syfte.

Fortsatt forskning

- Det finns ett behov av ytterligare studier om NS och vård i livets slutskede.
- För att tydliggöra vilka kunskaper NS bör ha för att stötta anhöriga behövs mer forskning göras utifrån ett anhörigperspektiv.
- Ytterligare studier bör göras om hur NS handleds på medicinavdelning
- Studier bör utföras som beskriver hur mer erfarna sjuksköterskor ger stöd till anhöriga vid vård i livets slutskede

Referenslista

- Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Blusi, M. (red.) (2010). *Uppföljning av nyutexaminerade sjuksköterskor [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Caton, A. P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 604–643. doi: 10.1188/06. CJON.604–608
- Codex. (u.å). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2019-04-10 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Croxon, L., Deravin, L. & Anderson, J. (2017). Dealing with end of life – New graduated nurses experience. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10:1111/jocn.13 907
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination*. (s.329–342). Lund: Studentlitteratur.
- Della Ratta, C. (2016). Challenging graduate nurses' transition: Care of the deteriorating patient. *Journal of Clinical Nursing* 25(19–20), 3036–3048. doi:10.1111/jocn.13 358
- Dreyfus, S.E., & Dreyfus, H.L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in direct skill acquisition. Unpublished report. University of California at Berkeley.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97–104. doi:10.1188/05.ONF.97–104
- Etikprövningsnämnden (u.å.). Vägledning till forskningspersonsinformation. Hämtad 2018-11-28 från <https://www.epn.se/media/2573/vaegledning-till-forskningspersonsinformationgdpr-med-korrigeringar.pdf>
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), 105–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination*. (s.129–137). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. Uppl., s.111–120). Lund: Studentlitteratur.

- Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-Rapport nr. 42). Hämtad från Linköpings Universitets webbplats: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:254017/FULLTEXT01.pdf>
- Johansson, K. & Lindahl, B. (2011) Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2034–2043, doi: 10–1111/j.1365–2702,2011,03952.x
- Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination*. (2. Uppl., s.69–90). Lund: Studentlitteratur.
- McCourt, R., Power, J. J., & Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 510–516.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Purling, A. & King, L. (2012). A literature review: graduate nurses' preparedness for recognising and responding to the deteriorating patient. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23–24), 3451–3465. doi:10 1111/j.1365–2702 2012,04348.x
- Regionala Cancercentrum. (2017). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. Hämtad 2018-12-14 från <http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/varaupdrag/rehabilitering-och-palliativ-var/d/palliativ-var/d/vardprogram>
- Riegel, M. (2013). Orienting a new generation of nurses: expectations of the millennial new graduate. *Open Journal of Nursing* 3, 461–466. doi.org/10,4236/ojn.2013,37062
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad från Riksdagens webbplats: Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer: Stöd för styrning och ledning*. (2013). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp. Hämtad 2019-01-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21059/2018-8-6.pdf>
- Socialdepartementet. (2001). *Döden angår oss alla: Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Hämtad från <https://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>
- Statistiska Central Byrån. (2018). Population projections. Hämtad 2019-01-15 från <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-projections/population-projections/>
- Strang, P. (2017). *Palliativ vård inom äldreomsorgen*. (4:e utökade uppl.). Höganäs: Vårdförlaget.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Theisen, J.L. & Sandau, K.E. (2013) Competency of New Graduate Nurses: A Review of Their Weaknesses and Strategies for Success. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44, 406–414. doi.org/10.3928/00220124-20130617-38
- Västra Götalandsregionen. (2018a). Kliniskt Basår. Hämtad 2019-01-12 från <https://www.vgregion.se/jobba-i-vgr/sa-ar-det-att-jobba-hos-oss/vara-yrken/jobba-som-sjukskoterska/kliniskt-basar/>
- Västra Götalandsregionen. (2018b). *Sjuksköterska Barnmorska: Så skapar karriärutvecklingsmodellen möjligheter för dig* [Broschyr]. Västra Götalandsregionen. Hämtad 2019-03-31 från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/f0c2c9c9-0ddf-4de5-8a4a-7b19c8048aa4/karri%C3%A4rutvecklingsmodell_SSK_broschyr_v1.1_WEBB.pdf?_af=false&guest=true
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. Uppl., s.169–188). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (2014). Global Atlas of Palliative Care. Worldwide Palliative Care Alliance. Hämtad 2019-01-21 från https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

World Health Organisation. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Hämtad 2019-01-15 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320–330. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013

Åhsberg, E., & Fahlström, G. (2012). Changes in place of death among elderly in Sweden – A register study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 32(1), 21–24. doi.org/10.1177/010740831203200205

Bilaga 1 Brev till Verksamhetschef



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Till,

Berörda Verksamhetschefer

INFORMATION OM EXAMENSARBETE

Vi är två sjuksköterskor, som läser utbildning mot Specialistsjuksköterskor med inriktning Vård av Äldre vid Göteborgs Universitet. I kursen ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska.

Vi har valt att göra en empirisk studie och datainsamling kommer att ske under december 2018/januari 2019.

Utifrån våra personliga erfarenheter vill vi göra en studie inom ett område av stort intresse för oss båda och som vi dessutom tror kan vara användbart inom den kliniska verksamheten i integreringen av nytexaminerade sjuksköterskor och deras utveckling till att bli trygga och kompetenta sjuksköterskor.

Patienterna på en medicinavdelning är ofta äldre med komplexa behov. Vården kan variera väldigt – från exempelvis rehabilitering efter en stroke och behandling för en lunginflammation till vård i livets slutskede. Palliativ vård i det sena skedet bygger på hospicefilosofin och utgår från de fyra hörnstenarna - symtomlindring, samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, god kommunikation och relation för att främja patientens livskvalité samt stöd till anhöriga. Höga krav ställs på sjuksköterskan och det kan vara en utmaning att ha ansvar för patienter med behov av vård i livets slutskede samtidigt som de har ansvar för andra patienter med helt andra behov. Forskning visar att sjuksköterskor upplever att det är meningsfullt att vårda döende patienter samt att de vill göra sitt bästa. Dock, kan det vara en svår erfarenhet både fysiskt och andligt eftersom den ofta präglas av tidsbrist och stress.

Nytexaminerade sjuksköterskor är i begynnelsen av sin karriär och mycket är nytt för dem. De saknar tidigare erfarenheter och kliniska blicken för att fatta beslut i omvårdnaden och har

ännu inte samma tempo och smidighet som vana sjuksköterskor. I ett led att finna verktyg för att stödja nytutexaminerade sjuksköterskor (vi har tänkt oss erfarenhet av sjuksköterskeyrket upp till 2 år) är det viktigt att studera hur de upplever vård av äldre i livets slutskede på medicinavdelningar.

Vi behöver samla in data genom att göra intervjuer med sjuksköterskor i fokusgrupper. Varje grupp kommer att bestå av 3–4 deltagare. Deltagarna i intervjuerna ska ha jobbat upp till 2 år som legitimerad sjuksköterska på er avdelning och ha erfarenhet av vård av äldre patienter i livets slutskede. Intervjun kommer att vara mellan 30 - 45 minuter.

Därför vill vi fråga dig i egenskap av avdelningschef, att få en lista på möjliga deltagare som vi kan kontakta via e-mail eller telefon. Intervjun kommer att ske antingen under arbetstid eller i anslutning till arbetsdagens slut enligt överenskommelse med de deltagande sjuksköterskorna.

För att undvika bias kommer vi inte närvara vid den intervjun som berör den egna avdelningen eller där vi känner någon. Konfidentialitet och frivillighet är centralt och varje deltagare kommer få muntlig och skriftlig information innan intervjuerna äger rum.

Med Vänlig Hälsning,

Michelle Berndtsson

Mobil nr: 0763 930 933

Email adress: michelleberndtsson@gmail.com

Ulrika Johansson

Mobil nr: 0733 477 189

Email adress:

ullemaria.johansson@gmail.com

Handledare

Harshida Patel

harshida.patel@gu.se

031-786 6047

0766 186 047

Bilaga 2 Forskningspersonsinformation



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Att ge vård i livets slutskede på en medicinavdelning: nytexaminerade sjuksköterskors upplevelser

Information till studiedeltagare

Vi är två studenter som läser specialistutbildning inom vård av äldre. Inom ramen för kursen behöver vi göra ett examensarbete. Vi har valt att genomföra vår studie på din arbetsplats med anledning av att det där arbetar sjuksköterskor som kan ha upplevelser som passar in i vår studie. Vi vill fråga dig om du vill delta i studien där vi kartlägger hur sjuksköterskor med upp till två års yrkeserfarenhet upplever det är att ge vård i livets slutskede på medicinavdelning.

Bakgrund och syfte

Palliativ vård beskrivs i litteraturen som ett sätt att främja en god död. Vården strävar efter att tidigt identifiera, bedöma symtom samt lindra den döende patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella lidande. För att utföra en god vård i livets slut krävs det att sjuksköterskan har både medicinsk och omvårdnadsmässig kunskap. Palliativ vård ska också vara knuten till personcentrerad vård där förhållningssättet och goda kunskaper om palliativ vård kan skapa trygghet för patienten, anhöriga och sjuksköterskan i sitt yrkesutövande.

Det är vanligt att sjuksköterskor i slutenvården och framförallt på medicinavdelningar vårdar patienter som är i livets slutskede parallellt med patienter med helt andra omvårdnadsbehov. Tidigare forskning visar att upplevelsen av detta kan vara både stressigt och utmanande.

Även för den nytexaminerade sjuksköterskan som arbetar på medicinavdelning är det mer eller mindre säkert att de under de första åren någon gång har ett parallellt ansvar för omvårdnaden av både palliativa och kurativa patienter. Därför vill vi i vår studie undersöka din upplevelse av att vårda den äldre patienten (>65 år) i ett sent palliativt skede. Syftet med denna studie är därför att beskriva nytexaminerade (max 2 års erfarenhet som sjuksköterska) sjuksköterskors upplevelse av vård i livets slutskede på en medicinavdelning.’

Deltagande

Vi har skickat information om vår studie till avdelningscheferna på medicinkliniken på två sjukhus i Västra Götalandsregionen. Vi har sedan fått ditt namn från avdelningscheferna.

Hur går studien till?

Vi har valt att göra fokusgruppsintervjuer. Ditt deltagande innebär att vara med på en gruppintervju som tar mellan 30–45 minuter. I en fokusgruppsintervju kommer 3–4 personer delta samtidigt och samtala kring sin upplevelse med hjälp av en intervjuare, moderator. Förutom deltagare och moderator kommer en observatör vara på plats vid intervjutillfället. Intervjun kommer att genomföras under eller i anslutning till ett arbetspass. Intervjuerna spelas in för att senare analyseras av ansvariga forskare. Vi planerar att genomföra 3–4 st. fokusgruppsintervjuer sammanlagt vid två sjukhus i VG-regionen.

Du kommer även att få muntlig information om hur du som deltagare ska gå tillväga och hur intervjun kommer att gå till. Vi kontaktar dig efter att vi har erhållit ditt namn från din chef.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst utan någon särskild anledning avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Vid avbrott i deltagande vänligen kontakta oss. Var god se forskningsansvariga nedan.

Möjliga risker och följder med att delta i studien

Vilka är riskerna?

För att undvika risk att deltagarens svar påverkas kommer inte moderatören vara en person som arbetar på din arbetsplats. Intervjun kan beröra ämnen som upplevs som känsliga men konfidentialitet är av vikt.

Vilka är fördelarna?

Vid fokusgruppsintervjuer kan en interaktion mellan deltagarna ge ett bra samtal och bredd i svaren ni ger. Möjlighet finns för att olika perspektiv och erfarenheter diskuteras.

Försäkring och ersättning

Fokusgruppsintervjuerna är planerad att utföras inom ramen för din arbetstid och vi förutsätter att du inte förlorar någon arbetsinkomst.

Vad händer med mina uppgifter?

Hantering av data och sekretess

Samtliga uppgifter och/eller personuppgifter om deltagarna i forskningsprojektet kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga och behandlas konfidentiellt. Uppgifter består av inspelningar från fokusgrupps intervjuer samt ditt namn. All data kommer förvaras och behandlas på ett säkert sätt. Obehöriga kommer ej kunna ta del av dem. All data kommer att redovisas på ett sätt att det inte kan återföras till enskild individ. Efter forskningsprojektets slut kommer all information om deltagaren förstöras.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av dina uppgifter som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan begära att uppgifter om dig raderas och att behandlingen av dina uppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna kontakta oss.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Vi kommer presentera resultatet av studien vid ett APT på din arbetsplats. Uppsatsen kommer även att finnas på Göteborgs universitets publikationer - elektroniskt arkiv (GUPEA) som är tillgängligt för dig via internet.

Huvudansvariga

Michelle Berndtsson Mobil nummer: 0763 930 933

Mail: michelleberndtsson@gmail.com

Ulrika Johansson Mobil nummer: 0733 477 189

Mail: ullemaria.johansson@gmail.com

Bilaga 3 Intervjuguide

Intervjuguide med exempel på följdfrågor

Område 1 Att vara nyutexaminerad sjuksköterska på medicinavdelning

Inledande fråga: Berätta hur den första tiden som sjuksköterska var.

Följdfrågor: Vad har du haft för bredvidgång och stöttning?

Berätta hur det var eller inte var som du förväntade dig?

På vilka sätt känner du att du utvecklats under din tid som sjuksköterska?

Hur har det påverkat dig när du vårdar äldre döende patienter och anhöriga?

Område 2 Att vårda äldre patienter i livets slutskede

Vad förknippar du med ‘vård i livets slutskede’?

Följdfrågor: Vilka är dina känslor kring döden?

Vilka möjligheter har du för reflektion?

Kan du berätta om ett tillfälle när du vårdade i livets slutskede på din avdelning?

Följdfrågor: Vad kände du krävdes av dig?

Vad underlättade vården?

Vad försvårade vården?

Hur tycker du miljön är för att vårda palliativt?

På vilket sätt känner du dig förberedd på att vårda äldre i livets slutskede?

Följdfrågor: Vad finns det för kunskap och utbildningsmöjligheter på avdelningen?

Berätta hur det är att vårda palliativa och kurativa patienter samtidigt.

Område 3 Finns det något mer som ni tänker på i sammanhanget som ni tycker är viktigt/bra/kan bli bättre?

