



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Vårdvetenskap

## Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede på en specialmedicinsk vårdavdelning

Författare  
Anna Adolfsson  
Anna Efverström

Handledare  
Margareta Staun

Uppsats i Vårdvetenskap 15 hp  
Grundläggande nivå  
Vt 2011

Examinator  
Birgitta Edlund

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Palliativ vård är en helhetsvård, där en obotligt sjuk människa blir hjälpt utifrån fyra perspektiv; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Att vårda en människa i slutet av sitt liv, är en av de största utmaningar en sjuksköterska kan ställas inför.

**Syfte:** Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter i ett palliativt skede på en specialmedicinavdelning där vården växlar mellan kurativ och palliativ vård.

**Metod:** Studien hade en deskriptiv design med kvalitativ ansats som avsåg att belysa sjuksköterskors upplevelse. Data samlades in med hjälp av två fokusgruppintervjuer.

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet av sjuksköterskornas upplevelser bildade fyra huvudkategorier: mötet med patient och anhöriga, problem och svårigheter, möjligheter till förbättring och positiva faktorer. Dessa kategorier delades in i elva underkategorier. **Slutsats:** Det som sjuksköterskorna upplevde som mest framträdande i mötet med patienter i palliativ fas var att relationen präglades av respekt för patientens integritet och autonomi. Sjuksköterskornas ambition var att ge vård av god kvalitet men strukturella hinder som t.ex. brist på tid och begränsade lokaler upplevdes som svårigheter. Utbildning och handledning i palliativ vård efterfrågades vilket skulle kunna vara utvecklande och stödjande för sjuksköterskorna.

**Nyckelord:** Palliativ vård, sjuksköterskor, upplevelser, fokusgrupper.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Palliative care is a holistic approach care where you help an incurably ill person from four different perspectives: physical, psychologically, socially and existentially.

**Aim:** The authors of this study chose to investigate nurses experiences of caring for palliative phase patients in a specialcare department with both curative and palliative care.

**Method:** The study had a descriptive design with a qualitative approach. Data was collected through focus group interviews. The data was analysed through a qualitative content analysis.

**Result:** Four categories were found: The meeting with patients and relatives, problems and difficulties, opportunities for improvement and positive factors. These categories were divided in to eleven subcategories. **Conclusion:** In the view of the nurses, the most important element of their contact with the patients was that the relation was characterized by respect of the patients integrity and autonomy. The nurses had the ambition to provide a high quality care, but encountered several structural barriers in their endeavours to do this. Lack of time and limited premises were described as difficulties. Training and guidance in palliative care were asked for, which might act as a means of development and support for the nurses.

**Keywords:** Palliative care, nurses, experience, focus groups.

# INNEHÅLL

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
PALLIATIV VÅRD .....	1
SJKSKÖTERS KANS ROLL .....	2
PROBLEMFÖRMULERING .....	5
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	5
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
DESIGN .....	6
URVAL .....	6
DATAINSAMLINGSMETOD .....	6
PROCEDUR .....	7
ETISKT ÖVERVÄGANDE .....	8
BEARBETNING OCH ANALYS.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
MÖTET MED PATIENT OCH ANHÖRIG .....	10
<i>Respekt för den enskilde patienten</i> .....	10
<i>Information</i> .....	11
<i>Anhörigas delaktighet</i> .....	12
PROBLEM OCH SVÅRIGHETER .....	12
<i>Prioritering och osäkerhet</i> .....	12
<i>Den palliativa brytpunkten</i> .....	13
<i>Strukturella hinder</i> .....	13
<i>Otillräcklighet</i> .....	14
MÖJLIGHETER TILL FÖRBÄTTRINGAR .....	15
<i>Behov av stöd</i> .....	15
<i>Förbättring och utveckling</i> .....	15
POSITIVA FAKTORER .....	15
<i>Trygghet</i> .....	15
<i>Positiv återkoppling</i> .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
RESULTATDISKUSSION .....	17
<i>Mötet med patient och anhöriga</i> .....	17
<i>Problem och svårigheter</i> .....	18
<i>Möjligheter till förbättringar</i> .....	19
<i>Positiva faktorer</i> .....	20
METODDISKUSSION .....	21
<i>Urval</i> .....	21
<i>Datainsamling</i> .....	21
<i>Dataanalys</i> .....	22
IMPLEMENTERING .....	22
SLUTSATS.....	23
<b>REFERENSER</b> .....	<b>24</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>26</b>
<b>BILAGA 2</b> .....	<b>27</b>

## **BAKGRUND**

En av sjuksköterskans huvuduppgifter är att bidra till att patienten har möjlighet att uppleva så bra livskvalitet som möjligt fram till dess att döden inträder (Ahlner-Elmqvist, 2001).

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar palliativ vård som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och de närstående genom att förebygga och lindra lidandet genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med en livshotande sjukdom (Socialstyrelsen, 2006). Inom palliativ vård arbetas det för att bejaka livet och se döden som en naturlig process. Smärta och andra plågsamma symtom ska lindras och döden ska inte påskyndas, men inte heller skjutas upp (Fridegren & Lyckander, 2009). Palliativ medicin har sitt ursprung i hospicerörelsen vilken startades av Cicely Saunders. Hon systematiserade behandlingen och vården av döende och inrättade St Christopher's Hospice i London 1967 (Kaasa, 2001).

### **Palliativ vård**

Med palliativ vård avses all vård som inte är i kurativt syfte. Den övergripande uppgiften är att försöka hjälpa patienten att leva värdigt och så länge som möjligt, trots sin sjukdom (Glimelius, 2005). Vården av en döende patient, en människa i slutet av sitt liv, är en av de största utmaningar en sjuksköterska kan ställas inför. I sitt arbete kommer sjuksköterskan nära patienten och det gäller för den som vårdar att besitta inlevelseförmåga, kunskap, fantasi, kreativitet och insikt i vad det innebär att vara svårt sjuk och att vårda en döende människa, vare sig det är på sjukhus eller i patientens hem. Sjuksköterskans erfarenhet och förmåga att observera och tolka patientens symtom och behov, är en nödvändig kunskap i vårdandet (Ahlner-Elmqvist, 2001).

Den palliativa vården har traditionellt koncentrerat sig på obotbar cancer, även om alla diagnoser bör omfattas, i enlighet med den palliativa vårdfilosofin. De flesta patienter på palliativa enheter har en cancerdiagnos, men ofta utgörs 10 – 30 % av andra diagnoser. En bidragande orsak till att icke-maligna sjukdomar förbises är svårigheten att förutse sjukdomsförloppet. Vid dessa sjukdomar är det ofta svårt att säga när en palliativ fas har börjat (Strang, 2005).

Fokus i sjukvården har varit inriktad på botande av sjukdom, återhämtning och rehabilitering. När döden är oundviklig måste palliativ vård prioriteras framför botande vård. Studier tyder på att detta ofta inte sker. Patientens död ska inte betraktas som ett misslyckande, det enda misslyckande är om en människas död inte är så bekväm som möjligt (Mills, Davies & Macrae's, 1994).

Ett värdigt avsked från livet är en av de högst prioriterade rättigheterna inom vården enligt prioriteringsutredningen (Statlig Offentlig Utredning [SOU], 1995). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) stadgas i 2 § att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Den palliativa vården bygger på fyra hörnstenar: God kontroll av svåra symtom, teamarbete, god kommunikation och relation mellan patient, anhöriga och personal samt stöd och information till anhöriga. Detta innebär: Individuell vårdplanering som utgår från att varje människas liv och död är unika och enastående skeenden. God omvårdnad som visar respekt för patientens värdighet, integritet, bevarar och stärker hans/hennes självkänsla, möjliggör en god livskvalitet och värnar om trygghet inför döden. Adekvat symtomkontroll som bland annat tillgodoser patientens behov av smärtlindring i alla dimensioner, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt/andligt. Omsorg om anhöriga/närstående som innebär att vården av patienten också innefattar omsorg om och stöd för människor som patienten har nära relationer till. Kontinuerlig handledning och fortbildning som gör personalen rustad att ge vård i livets slutskede på sådant sätt att patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov beaktas. Utformning av vård och behandling i livets slutskede ska ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet där målet är livskvalitet under den tid som återstår (Socialstyrelsen, 2006).

## **Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskans arbete skall, enligt den nationella kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor oavsett verksamhetsområde och vårdform, präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer. Omvårdnaden ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn och som visar omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (Socialstyrelsen, 2005).

Det är mycket viktigt att som sjuksköterska ha förmåga att skapa stödjande relationer, inte bara med patienterna och dess anhöriga, utan också med kollegorna. Sjuksköterskor som är nya inom det palliativa vårdområdet eller unga sjuksköterskor kanske aldrig tidigare har kommit i kontakt med döden och döendet. Det bör finnas en mera erfaren kollega till hands för att stödja och hjälpa den nya sjuksköterskan så att hon eller han känner sig tryggare. Alltför ofta tas det som ett tecken på svaghet om någon visar sina känslor, och det är vanligt att sjuksköterskor stänger inne sina känslor istället för att uttrycka dem inför andra människor. Det bör finnas möjlighet till informella möten sinsemellan för att diskutera svåra och jobbiga upplevelser. Det bör även finnas någon form av samtalsterapeut att tillgå som kan leda konfidentiella möten med alla de i personalen som behöver extra stöd. För att vården av patienten under de sista veckorna eller månaderna ska bli effektiv krävs att personalen visar medkänsla, är kompetent och ständigt uppmärksam i fråga om detaljer, och att varje aspekt av patientens tillstånd studeras. Den döende människan är fortfarande en levande människa och måste behandlas som en sådan (Hanratty & Higginson, 1997).

Flertalet internationella studier har belyst sjuksköterskors upplevelser i samband med vård i livets slutskede. I en av studierna gjord av Mills et al. (1994) påvisades inte bara otillräcklig kontroll av symptomen hos döende patienter, utan också brister i omvårdnaden och att patienterna fick minimal uppmärksamhet från de flesta läkare och sjuksköterskor. De flesta läkare och sjuksköterskor var dock motiverade att ge vård av god kvalitet. Det fanns flera faktorer utanför deras kontroll som orsakade att vården av döende patienter inte var tillräckligt tillfredsställande. Dessa faktorer innefattade bland annat brist på yrkesutbildning, stress och en avdelningsmiljö som inte var optimal.

Enligt Thompson, McClement och Daeninck (2006) strävade sjuksköterskor på akutmedicinska avdelningar efter att leverera hög kvalitet på vården i livets slut, trots att sjuksköterskorna arbetade i ett sammanhang där det var svårt att få tiden att räcka till. Sjuksköterskorna gav en god vård genom att använda olika strategier för att klara av den kaotiska arbetsmiljön. Det innebar bland annat att skapa avskildhet för döende patienter och dess anhöriga och att ge mycket information för att skapa trygghet omkring patienten.

Kruse, Melhado, Convertine och Stecher (2008) visade i sin studie att de sjuksköterskor som vistades mycket med döende patienter kände mer skuld att de inte fanns till hands tillräckligt mycket än de sjuksköterskor som inte tillbringade tid hos patienterna. Tillgång till tid var en avgörande faktor för att kunna bedriva en god palliativ vård.

I en studie gjord av Georges, Grypdonck och Dierckx De Casterle (2002) betonades två olika erfarenheter som sjuksköterskor påtalade. Den ena erfarenheten var strävan att ha en välfungerade organisation och en målmedvetenhet med den palliativa vården, den andra var att sjuksköterskorna ville stärka välmåendet hos patienterna.

Román, Sorribes, och Ezquerro (2001) fann i en studie att äldre sjuksköterskor som jobbade dagpass och hade lång erfarenhet (över 17 år) rapporterade en mer positiv inställning till palliativ vård än vad yngre sjuksköterskor som hade kortare erfarenhet och som jobbade kvälls och nattpass gjorde. Likaledes gjorde sjuksköterskor som hade mycket kontakt med terminalt sjuka patienter eller döende patienter rapporterade mer positiva attityder till skillnad från sjuksköterskor som hade mindre kontakt med döende patienter. I en liknande studie av Rooda, Clements och Jordan (1999) påvisades att sjuksköterskor som vårdade ett större antal patienter i palliativt skede hade positivare attityder till palliativ vård än sjuksköterskor som vårdade ett färre antal patienter i palliativt skede.

Den optimala omvårdnaden i den palliativa vården erhålls då det professionella kunnande inkluderar såväl teoretisk kunskap som ett genuint intresse och engagemang för den svårt sjuke patientens situation (Gunnars, 1995). Kompetensutveckling är en viktig kvalitetsfaktor inom den palliativa vården. De senaste åren har flera kommuner tillsammans med landsting och regioner genomfört utbildningar i palliativ vård. Trots utbildningarna är bristande kunskaper i vårdfrågor, etik och bemötande fortfarande ett påtagligt problem. Detta förstärks av att palliativ vård har varit ett lågt prioriterat område i grundutbildningarna för vård- och omsorgspersonal (Socialstyrelsen, 2006).

En studie av Miyashita, Sasahara och Tsukamoto (2007) visade att det var viktigt att stärka sjuksköterskornas självständighet i omvårdnaden kring den döende patienten. För att det skulle kunna ske krävdes utbildning på både grundnivå och specialistnivå.

I föreliggande studie valdes en specialmedicinavdelning inriktad på njurmedicinsk, gastroenterologisk samt diabetes/endokrinologisk vård. På avdelningen vårdas ofta patienter med kroniska sjukdomar som t.ex. dialyskrävande njursvikt och levercirros av olika genes. När försämring i grundsjukdomen gör att livsuppehållande behandling inte längre är meningsfull för patienten tas det av ansvarig läkare beslut om palliativ vård. Många patienter önskar få avsluta sitt liv på avdelningen där de varit inneliggande vid flera tillfällen under sin



sjukdomstid eftersom de känner miljön och personalen väl. Som sjuksköterska på avdelningen krävs flexibilitet och kunskap för att utföra ett professionellt arbete.

## **Problemformulering**

Vid en vårdavdelning där kurativ vård ges omväxlande med palliativ vård kan det vara så att sjuksköterskorna utsätts för en särskilt stor utmaning, eftersom de måste kunna ställa om sitt perspektiv, utan att det har en negativ inverkan på patienten. Det är därför av vikt att undersöka hur sjuksköterskor upplever att ge palliativ vård under dessa omständigheter.

Båda författarna har erfarenhet av att vårda patienter i palliativt skede på akutvårdsavdelningar och upplevelsen är att det kan uppstå svårigheter att ge denna patientgrupp den vård som är önskvärd.

## **SYFTE**

Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter i ett palliativt skede på en specialmedicinavdelning där vården växlar mellan kurativ och palliativ vård.

## **Frågeställningar**

- Hur upplevde sjuksköterskorna på avdelningen mötet med patienter i palliativt skede?
- Hur upplevde sjuksköterskorna det att växla mellan palliativ och kurativ vård?
- Vilka kunskaper ansåg sjuksköterskorna sig behöva för att kunna ge god palliativ vård?
- Vilket stöd upplevde sjuksköterskorna att de fick på sin arbetsplats?
- Hade sjuksköterskorna några förslag till förändringar, i så fall vilka?

## **METOD**

### **Design**

Studien hade en kvalitativ deskriptiv design med fokusgruppintervjuer som avsåg att belysa sjuksköterskors upplevelser av palliativ vård. Enligt Polit och Beck (2006) passar den kvalitativa metoden när mänskliga upplevelser och känslor skall studeras.

### **Urval**

Studien genomfördes på en specialmedicinavdelning med inriktning mot njurmedicin, gastroenterologi samt diabetes/endokrinologi. De patienter som vårdades i palliativt skede på avdelningen hade i huvudsak njurmedicinska och gastroenterologiska diagnoser och inte i första hand onkologiska. I studien inkluderades sjuksköterskor som arbetat minst ett år och som var yrkesverksamma på den utvalda avdelningen. Av 29 sjuksköterskor uppfyllde 22 inklusionskriterierna. Åtta av dessa sjuksköterskor anmälde intresse till att delta i studien. En av sjuksköterskorna kom inte till avtalat möte och ses därför som bortfall. De sjuksköterskor som deltog i studien var sex kvinnor och en man mellan 26 – 53 år. De hade arbetat som sjuksköterskor mellan 1,5-12 år. På den nuvarande arbetsplatsen hade de arbetat mellan 1,5-12 år.

### **Datainsamlingsmetod**

Data samlades in via två fokusgruppintervjuer.

Fokusgrupper är en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestäms av forskaren. Deltagarna väljs ut genom strategiskt urval i enlighet med projektets mål, för att få ökad insikt och förståelse genom att på djupet studera vad ett mindre antal människor har att säga i en viss fråga. Gruppmedlemmarna ska i så stor utsträckning som möjligt tala med varandra och inte med moderatorn (Wibeck, 2010).

Enligt Polit och Beck (2006) passar sjuksköterskor bra för fokusgruppintervjuer. Samspelet mellan deltagarna leder ofta till spontana och känsloladdade beskrivningar av ämnet som diskuteras (Kvale, 1997). Med hjälp av samtalet breddas perspektivet på ämnet då deltagarna kan föra fram sina åsikter samtidigt som de andra lyssnar och fyller på med sina egna erfarenheter. En nackdel kan vara att någon känner sig obekvämt med att prata inför en grupp

och att någon eller ett par i gruppen dominerar i diskussionen. Det är moderatorns uppgift att styra diskussionen så att alla i fokusgruppen kommer till tals (Polit & Beck, 2006).

Vid intervjutillfällena användes en intervjuguide med fem semistrukturerade frågor (bilaga 1). Frågorna handlade om sjuksköterskans upplevelse av mötet med patienter i palliativt skede samt vilket stöd och behov av kunskap de upplevde sig behöva i den palliativa vården.

## **Procedur**

Som förberedelse inför intervjuerna samlades bakgrundsinformation in via vetenskapliga artiklar, läroböcker och tidigare uppsatser inom ämnet. Denna baserades på sökningar via databaserna Pub Med, Cinahl och EBSCO. Manuell sökning gjordes även i bibliotekskatalogen, Uppsala universitet samt i funna artiklars referenslistor. Sökord som användes var palliative care, end of life, nurses, attitudes och experience. De olika sökorden användes var för sig och i olika kombinationer.

Godkännande av studien inhämtades från verksamhetschef och avdelningschef. Förfrågan om deltagande till studien togs upp vid två sjuksköterskemöten och på ett avdelningsmöte. I samband med mötena lämnades ett informationsbrev angående studien till berörda sjuksköterskor (bilaga 2). Åtta sjuksköterskor anmälde sitt intresse i samband med informationsmötena och dessa placerades av författarna genom strategiskt urval in i en av två fokusgrupper beroende på ålder, kön och yrkeserfarenhet för att få så stor variation som möjligt. Totalt åtta sjuksköterskor fördelades på två grupper vid ett tillfälle vardera. Vid varje intervju var samma författare moderator och den andre assisterande moderator, den assisterande moderatörn förde stödanteckningar. Till stöd användes en intervjuguide med semistrukturerade frågor (bilaga 1).

Intervjuerna pågick i 51 respektive 38 minuter och spelades in på digital voice recorder. Därefter skrevs intervjuerna ut ordagrant. Informanterna tilldelades kodnummer från 1 till 7 utifrån placering under intervjuerna. Den första intervjun genomfördes i ett rum på medicinska biblioteket på sjukhuset och den andra i ett konferensrum utanför avdelningen. Båda rummen var neutrala och hade ett stort bord som deltagarna kunde sitta runt. Kaffe och kaka erbjöds.

## **Etiskt övervägande**

Tillstånd inhämtades från verksamhetschef och avdelningschef innan studien påbörjades. Ingen av cheferna begärde ansökan om tillstånd för studien då de ansåg att deltagarna själva kunde avgöra om de ville vara med eller inte. Eftersom studien inte innefattade patienter utan beskrev sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede ansåg även författarna att den etiska kommittén inte behövde kontaktas. Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. De fick information både i brev (bilaga 2) samt muntligt före intervjun, om att de när som helst under studiens gång hade rätt att avbryta och att materialet då inte skulle användas i uppsatsen. Ingen av sjuksköterskorna har efter intervjuerna hört av sig eller på annat sätt meddelat att de velat avbryta deltagandet. Data från de deltagande sjuksköterskorna avidentifierades och kodades. Det inspelade materialet och de transkriberade texterna förvaras på ett låst ställe hos författarna. Efter godkänd examination kommer intervjumaterial samt utskrifter att förstöras.

## **Bearbetning och analys**

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera innehållet i intervjuerna.

Enligt Polit och Beck (2006) kan analysen beskrivas som en process av identifiering, kodning och kategorisering av data. Det är en forskningsmetod som förmedlar en systematisk och objektiv väg för att göra en jämförelse av muntlig, visuell eller skriven data som beskriver ett specifikt innehåll. Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för syftet/frågeställningarna plockas ut, men omgivande text måste också tas med så att sammanhanget kvarstår. De meningsbärande enheterna kondenseras. Syftet med att korta ner texten är att behålla innehållet för att göra texten kortare och mer lätthanterlig. De koncentrerade meningsenheterna kodas och grupperas i subkategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Slutligen formuleras kategorier där innehållet i intervjuerna framgår (Graneheim & Lundman, 2004).

När datainsamlingen var genomförd skrevs intervjuerna ner ordagrant. Utifrån studiens syfte valde författarna tillsammans ut meningsenheter. De transkriberade intervjuerna lästes sedan igenom flera gånger av författarna tillsammans och var för sig för att få en känsla för helheten. Meningsenheterna som valdes ut lästes igenom och kondenserades av författarna tillsammans. Varje kondenserad meningsenhet fick sedan en kod för att förenkla bildandet av subkategorier och kategorier. Därefter bildades subkategorier och kategorier som stämde överens med

kodernas innehåll. Analysarbetet resulterade i elva subkategorier och fyra kategorier. För exempel hur innehållsanalysen gick till, se tabell 1.

Tabell 1: Exempel från innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p>Vi har många patienter som kommer tillbaka...</p> <p>Om man känner patienten är det ett stöd i ens eget arbete</p> <p>Och vi har kanske följt patienten i några år, ja när de har varit inlagda och då vet vi ju på ett ungefär hur de brukar vilja ha det när de var lite friskare.</p> <p>Jag tycker det är viktigt att man vårdar både den som är palliativ och de anhöriga. Det är vård av bådadera. Det ska vara värdigt och det ska vara fin vård.</p>	<p>Återkommande patienter</p> <p>Känd patient är ett stöd i arbetet</p> <p>Då vet vi hur de brukar vilja ha det</p> <p>Värdig vård och respekt för individen.</p>	<p>Etablerad relation</p> <p>Etablerad relation</p> <p>Etablerad relation</p> <p>Respekt/ Värdighet</p>	<p>Respekt för den enskilde patienten</p>	<p>Mötet med patient och anhörig</p>

## RESULTAT

Analysen om hur sjuksköterskorna upplevde det att vårda patienter i ett palliativt skede på en specialmedicinavdelning i slutenvård resulterade i elva subkategorier och fyra kategorier, se tabell 2.

Tabell 2: Subkategorier och kategorier som framkom genom analysen

Subkategorier	Kategorier
Respekt för den enskilde patienten Information Anhörigas delaktighet	Mötet med patient och anhörig
Prioritering och osäkerhet Den palliativa brytpunkten Strukturella hinder Otillräcklighet	Problem och svårigheter
Förbättring och utveckling Behov av stöd	Möjligheter till förbättringar
Trygghet Positiv återkoppling	Positiva faktorer

### **Mötet med patient och anhörig**

#### ***Respekt för den enskilde patienten***

Alla sjuksköterskor som intervjuades på avdelningen upplevde att mötet med patienterna och dess anhöriga var en viktig del i den palliativa vården. Det var viktigt att relationen präglades av respekt för patientens integritet och autonomi. Att utgå från sina egna tankar och erfarenheter samt reflektera över hur man själv ville bli bemött uttrycktes som en bra utgångspunkt för den palliativa vården.

*”Jag tycker att det är viktigt att man vårdar lika mycket den som är palliativ som man vårdar de anhöriga, det ska va värdigt och det ska va fin vård // när man är döende ska man inte behöva ligga ensam.” (Ssk 1).*

*”Det är viktigt att lägga fokus på bemötande för det är det som kommer att kvarstå...” (Ssk 2).*

Många av de patienter som vårdades i palliativt skede på avdelningen var kroniskt sjuka som under sin sjukdomstid hade haft kontakt med avdelningen i perioder. Ofta hade det skapats en relation mellan patienten, dess anhöriga och personalen.

*”Jag tycker att många av våra patienter kommer tillbaka ... dom är så vana vid att ha den personalen som finns här och att dom känner sig trygga med oss” (Ssk 6).*

*”...vi vet ju på ett ungefär hur de brukar vilja ha det när de var lite friskare” (Ssk 6).*

Sjuksköterskorna upplevde att den palliativa vården underlättades om det fanns en väl etablerad relation till patienten sedan tidigare. När sjuksköterskorna kände patienten upplevde de det lättare att tillgodose hans/hennes behov eftersom de visste hur patienten brukade vilja ha sin vård.

*”Det kanske kommer någon som snabbt blir väldigt dålig och vårdas palliativt hos oss som man inte alls känner sedan tidigare, kanske aldrig ens har legat hos oss ens en gång och det tycker jag faktiskt är mycket svårare” (Ssk 5).*

När det fanns en stark relation till patienten upplevde sjuksköterskorna att det hade betydelse för dem att vara med i slutskedet. Det upplevdes som positivt att få chansen att göra ett avslut på den relation de byggt upp under en lång tid.

*”Det finns ju vissa patienter som man har vårdat väldigt mycket eller som man fått en starkare relation till och när en sån person går bort och man inte har varit med, det är faktiskt värre...” (Ssk 5).*

### **Information**

Många sjuksköterskor påpekade vikten av att både patient och anhöriga var ordentligt informerade om vilken vårdnivå som var aktuell. Om inget mer kurativt kunde göras var det viktigt att alla var införstådda med att det var palliativ/lindrande vård som gällde. Om det

fanns oklarheter förelåg en risk för att missförstånd kunde uppstå och att anhöriga därför inte tyckte att den medicinska vården som gavs var tillräcklig. Om patienten och dess anhöriga var välinformerade fick de istället möjlighet att tillsammans diskutera igenom praktiska detaljer eller ”klara upp” saker innan det blev för sent.

*”Det är jätteviktigt att de får prata ordentligt och ha tid att ställa alla frågor så att det är utklarat. // Då är det lättare att bedriva sjuksköterskejobbet” (Ssk 7).*

*”... så fick dom ett läkarsamtal och då flöt det på mycket bättre. Så att... information är viktigt” (Ssk 7).*

### ***Anhörigas delaktighet***

Flera av sjuksköterskorna tog upp att det var viktigt att även patientens anhöriga fick känna sig delaktiga i vården och att anhörigas önsknings respekterades i den palliativa vården. Då de anhöriga kände patienten bäst kunde de även framföra patientens önskemål om denna inte var i stånd att göra det själv. Sjuksköterskorna upplevde de anhöriga som en tillgång i den palliativa vården.

*”... det gäller att verkligen ta in de anhöriga, det är jätteviktigt att de verkligen får känna att de är omhändertagna...” (Ssk 1).*

*”... många gånger gör de anhöriga ett fantastiskt jobb...” (Ssk 1).*

## **Problem och svårigheter**

### ***Prioritering och osäkerhet***

Att arbeta på en avdelning där det vårdas patienter i kurativt och palliativt skede kan leda till svårigheter att prioritera. Sjuksköterskorna upplevde inte att det var några svårigheter att växla mellan palliativ och kurativ vård. Upplevelsen var att de ständigt fick prioritera mellan sina patienter oberoende av diagnos.

*”... det känns inte som någon skillnad, det är en prioriteringsfråga vilka patienter man än har. Så att jag tycker inte att de konkurrerar med varandra.” (Ssk 7).*

*”Man kan ju ha en palliativ patient som kräver väldigt mycket i form av stöd och samtal eller mycket medicinering eller vad det nu är och man kan ha en patient som är inne för kurativ behandling som kräver samma saker.” (Ssk 5).*



Några av sjuksköterskorna tog upp svårigheterna med att vårda patienter från andra kulturer. De upplevde en osäkerhet över vilka ceremonier och ritualer de olika kulturerna och religionerna innefattade. Viljan att tillmötesgå patient och anhöriga fanns men inte alltid de praktiska möjligheterna och kunskaperna.

*”Vi hade ju en invandrarfamilj // dom gör ju en otrolig ceremoni med sina döda // Dom skulle alltså göra jättemycket ritualer med den döda kvinnan och det hade jag inte en aning om....” (Ssk 1).*

### **Den palliativa brytpunkten**

Det framkom från flera sjuksköterskor att de patientgrupper som vårdades på avdelningen inte alltid var så lätta att bedöma om det var meningsfullt med fortsatt kurativ behandling. Flera uttryckte att det var viktigt att det fanns klara besked från läkarna om det var kurativ eller palliativ vård som gällde. När beslutet om palliativ vård fattats fanns det en önskan från sjuksköterskorna om tydligare riktlinjer gällande provtagning, medicinering och kontroller. De önskade att behandlingsnivån skulle vara i förhållande till vad patienten hade nytta av.

*”Det är svårt att säga att det är palliativt för ibland så är det inte det utan man försöker in i det sista för att det kanske går” (Ssk 5).*

*”Jag önskar att vi hade lite mer struktur // riktlinjer så att man själv vet hur det ska vara... som provtagning... när dom har tagit prover på patienter som är palliativa så har man känt, vad kommer man att åtgärda?” (Ssk 2).*

*”... så lite det här med dropp, sluta ta prover och så det här med kontroller // när sätter man ut tabletter och sånt?” (Ssk 2).*

### **Strukturella hinder**

Den fysiska miljön hindrade sjuksköterskorna från att utföra en optimal palliativ vård, till exempel brist på enkelrum och tråkig, steril inredning. Det upplevdes som stressande att inte kunna förändra miljön så att det blev så bra som möjligt för patienterna. Sjuksköterskorna kände det väldigt frustrerande att ha en döende patient på en ”tvåsal” när det låg ytterligare en patient på salen. Stress i den palliativa vården var mer relaterat till strukturella hinder som brist på tid och träning än brist på kunskap om palliativ vård.

*”Något som kan vara svårt det är just när det finns många olika anledningar till att få enkelsalar t.ex. det kan vara smittor, palliativa patienter...” (Ssk 7).*

*”Ja, för ibland så vårdar vi ju i princip palliativa patienter på tvåsal för att vi behöver enkelsalar till smittpatienter.” (Ssk 5).*

*”Ibland är det ju så trångt och man får köra in en extra säng bredvid på ett redan begränsat utrymme.” (Ssk 4).*

*”...att man verkligen får vara tillsammans den sista tiden som man... är kvar i livet och sen då att det finns möjligheter att övernatta och det här...” (Ssk 1).*

Sjuksköterskorna upplevde att de trånga lokalerna var ett hinder i den palliativa vården. Det var brist på utrymme för patientens anhöriga när de ville stanna över natten. Det uttrycktes även önskemål om ett rum för avsked där anhöriga på ett fint och värdigt sätt kunde ta avsked från den avlidna.

### **Otillräcklighet**

Som sjuksköterska var det lätt att känna sig otillräcklig. Flera av sjuksköterskorna upplevde sig otillräckliga när patienterna hade behov av deras närvaro och det inte fanns möjlighet att kunna ge den tiden.

*”... det är väldigt otillfredsställande när man känner att man inte har hunnit med den där palliativa patienten speciellt om den är ensam” (Ssk 1).*

*”Jag blir nästan gråtfärdig när jag tänker på honom // Jag har jättedåligt samvete för det // Han uttryckte ju dessutom att han ville att vi skulle stanna där //... att om någon åtminstone kunde ha suttit där och vara som nån slags buffert. Så att han fick prata även om inte jag kan säga något...så kanske han vill...” (Ssk 3).*

*”Om man har någon väldigt länge så är det psykiskt utmattande, det är det svåra tycker jag när det blir att dom ligger här länge, då kanske de egentligen borde flytta till någon annan typ av avdelning” (Ssk 5).*

Samtliga sjuksköterskor vi intervjuade tyckte att den palliativa vård som bedrevs på avdelningen oftast var bra men att kvaliteten på vården kunde variera beroende på hur hög arbetsbelastningen var och hur bemanningen såg ut för dagen.

*”Generellt tycker man att man har lite för lite tid // man själv upplever det som att man bara tittar in en lite kort sekund och inte gör så mycket men det är ju ur vårt perspektiv kanske, det är ju svårt..” (Ssk 4).*

*”... att man tänker till lite när man gör vårdlagen... Att man ser till att inte alla dåliga patienter och en palliativ patient hamnar på ett vårdlag.” (Ssk 2).*

## Möjligheter till förbättringar

### *Behov av stöd*

Sjuksköterskorna på avdelningen hade i stort sett ingen återkoppling eller handledning i samband med den palliativa vården. Samtliga sjuksköterskor efterfrågade någon form av återkoppling och handledning och trodde att det skulle kunna vara utvecklande och stödjande för dem.

*”Vi har väldigt lite återkoppling när det händer saker // det är inte så att vi systematiskt har att man liksom ventilerar det, jag skulle tycka det skulle vara skönt att ha det.” (Ssk 5).*

*”Det är nog lättare att prata om jobbiga saker om det sker regelbundet enligt rutin än om det blir vid enstaka tillfälle...” (Ssk 2)*

### *Förbättring och utveckling*

Förslag till förbättringar som framkom var att ta hjälp av en extern person med erfarenhet av palliativ vård för att vidareutveckla rutinerna på avdelningen och ge en tydligare struktur vad gäller vården vid livets slut. Önskemål fanns också om utbildningsdagar med inriktning mot palliativ vård med föreläsare från t.ex. hospice, sjukvårdsteamet, onkologen och sjukhuskyrkan.

*”Det vore bra att få lite experthjälp från personer som jobbar på hospice. Att dom ska komma till avdelningen och se hur det ser ut, att ge mer tips och råd” (Ssk 2).*

*”Det finns ju kurser i palliativ vård och det kanske vi skulle kunna få lite mer utav...” (Ssk 3).*

*”... man vet inte alla möjligheter som finns att erbjuda patienterna...” (Ssk 5.)*

*”Jag tycker att man har ganska bra kunskaper, det kan alltid bli bättre” (Ssk 7).*

## Positiva faktorer

### *Trygghet*

Att själv ha bearbetat sina egna känslor och tankar kring döden och att se döden som något naturligt var en väsentlig del i att känna sig trygg i vården av döende.

*”Just det här med att vårda patienter i livets slutskede är ju mycket hur man är själv, hur man bemöter dem och hur man bemöter anhöriga” (Ssk 6).*

*”Jo, att man är lite trygg i sig själv tror jag är viktigt och inte har rädsla för död // i början är man ju det när man är nyutexaminerad, då kan det nog bli väldigt chockartat.” (Ssk 6).*

För att bedriva en god palliativ vård ansåg sjuksköterskorna att det behövdes ett fungerande samarbete kring patienten. De upplevde att det fanns en god kommunikation, bra samarbete och att alla personalkategorier strävade efter att ge patienten en så god livskvalitet som möjligt vid livets slut.

*”Jag tycker vi har bra läkare” (Ssk 1).*

*”Det är jättebra att få jobba med en erfaren undersköterska. // Det är A och O.” (Ssk 4).*

### ***Positiv återkoppling***

Sjuksköterskorna upplevde att patienter och anhöriga uttryckte att de fått en god omvårdnad och ett bra bemötande på avdelningen. Den positiva responsen gjorde att sjuksköterskorna upplevde tillfredställelse med den palliativa vården.

*”...jag brukar ofta prata då med anhöriga efteråt och jag tycker väldigt ofta de är supernöjda med vården” (Ssk 2).*

*”Får man positiv respons från anhöriga så är ju det... då känner man ju tillfredställelse själv också” (Ssk 2).*

*” Jag tycker det och jag tycker att vi har fått bra respons på det flera gånger faktiskt. Jag tycker att vi har ett bra team.” (Ssk 1).*

## **DISKUSSION**

Palliativ vård är en helhetsvård, där en obotligt sjuk människa blir hjälpt utifrån fyra perspektiv; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Att vårda en människa i slutet av sitt liv, är en av de största utmaningar en sjuksköterska kan ställas inför.

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter i ett palliativt skede på en specialmedicinavdelning. Gemensamt för sjuksköterskorna var att de tyckte att den palliativa vården var viktig och vanligt förekommande på avdelningen. Studien hade en deskriptiv design med kvalitativ ansats som avsåg att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede. Data samlades in via fokusgruppintervjuer. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet av sjuksköterskornas upplevelser bildade fyra huvudkategorier: mötet med patient och anhöriga, problem och svårigheter, möjligheter till förbättringar och positiva faktorer. Dessa kategorier delades in i elva underkategorier. Det som upplevdes viktigast i mötet med patienter i palliativ fas var att relationen präglades av respekt för patientens integritet och autonomi. Sjuksköterskornas ambition var att ge vård av god kvalitet men strukturella hinder som t.ex. brist på tid och begränsade lokaler upplevdes som svårigheter. Det upplevdes inte som en svårighet att växla mellan kurativ och palliativ vård, svårigheten låg i att prioritera bland samtliga patienter i vårdlaget oavsett diagnos. Utbildning och handledning i palliativ vård efterfrågades vilket skulle kunna vara utvecklande och stödjande för sjuksköterskorna.

### **Resultatdiskussion**

#### ***Mötet med patient och anhöriga***

Enligt Friedrichsen (2005) handlade en stor del av sjuksköterskans roll om att bygga upp relationer med patienter. Det fanns olika typer av relationer, vissa relationer var på ett mer ytligt plan. Sjuksköterskan såg då patienten mer som en patient än en person. Andra relationer kännetecknades av balans, sjuksköterskan identifierade, kände in och bekräftade patientens problem och tog ett steg tillbaka för att ”objektivera” problemet, för att sedan gå vidare och på bästa sätt hjälpa patienten utifrån dennes unika situation. Professionaliteten hos sjuksköterskan när det gällde relationer var att sträva efter balans så att relationen varken blev för ytlig eller känslös. I föreliggande studie framkom liknande resultat då sjuksköterskorna upplevde att den palliativa vården underlättades av att det fanns en etablerad relation till

patienten och dess anhöriga. Det kändes viktigt för sjuksköterskorna att hitta en bra balans i kontakten med patienten. Vid upprepade kontakter så visste sjuksköterskan vilka önskemål patienten hade och kunde lättare tillgodose dessa. Det kunde ses som en utmaning att vårda patienter som kom in akut och där relationen inte hann etableras innan beslut om palliativ vård togs.

I en studie av Iranmanesh, Höggström, Axelsson och Sävenstedt (2009) uttryckte sjuksköterskorna vikten av att upprätthålla värdigheten i den palliativa vården. Det var viktigt för sjuksköterskorna att omvårdnaden baserades på ärlighet, tillit och respekt för patientens autonomi. Enligt studien var det även viktigt att uppnå kunskap om varje unik individ och hans eller hennes anhöriga för att kunna tillhandahålla god information som de kunde ta till sig. Detta var av vikt för att göra den sista tiden så meningsfull som möjligt. Det gav patienten och dess anhöriga möjlighet att förbereda sig inför döden. Denna studie stämmer väl överens med de resultat som framkom i föreliggande studie.

### ***Problem och svårigheter***

I Sandgren, Thulesius, Fridlund och Peterssons studie (2006) ansåg sjuksköterskor att alla patienter hade samma rätt till omvårdnad men om det fanns en patient i palliativt skede så prioriterades den personen först av allt. Sjuksköterskorna upplevde också att de inte alltid kunde ge en så god omvårdnad som de önskade eftersom deras egna känslor tog överhand när arbetet blev för intensivt. Detta stämmer delvis med föreliggande studie där sjuksköterskorna ansåg att prioritering var något som skedde kontinuerligt och inte bara när det gällde patienter i palliativt skede. Vid hög arbetsbelastning upplevdes det som svårt att prioritera bland patienterna inom vårdlaget. Det upplevdes däremot inte som ett problem att egna känslor tog överhand vid jobbiga situationer. Ett förslag som diskuterades var att omfördela antalet patienter i vårdlagen när det fanns en patient i palliativt skede på avdelningen så att fokus kunde läggas på den patienten.

Enligt Costello (2006) kunde skuld känslor uppstå när sjuksköterskan kände att patientens symtom inte var tillräckligt behandlade och då de kände sig oförmögna att lindra patientens lidande. Sjuksköterskorna i vår studie upplevde att de oftast kunde ge en god palliativ vård. Det fanns tillfällen då de upplevde otillräcklighet och det var främst när de inte kunde ge tillräckligt med tid för patienter som önskade samtal. Detta gällde framförallt patienter utan anhöriga eller som av andra skäl inte hade ett socialt nätverk. Det framkom inte i vår studie att

sjuksköterskorna kände skuld känslor då de var oförmögna att lindra patientens lidande.

När det gällde strukturella hinder var bristen av enkelrum och utrymme för patientens anhöriga återkommande. Sjuksköterskorna i vår studie poängterade att viljan fanns för att göra det fint och värdigt för patienten och dess anhöriga den sista tiden. Begränsade lokaler och brist på resurser och tid ansågs vara ett hinder för att åstadkomma detta. Ett värdigt bemötande och god vård var det som prioriterades högst. Glimelius (2005) menar att omställningen från kurativ till palliativ vård kan vara svår inte bara för patienten och dess anhöriga, utan även svår för sjukvårdspersonalen. När bot inte längre var möjlig fanns det risk att sjukvårdspersonalen kände sig misslyckad. Samtliga sjuksköterskor i vår studie påpekade svårigheten med att bedöma när patienten övergick från kurativ till palliativ vård. När det beslutats om palliativ vård fanns önskemål från sjuksköterskorna om tydligare riktlinjer och rutiner för hur vården skulle kunna utformas.

### ***Möjligheter till förbättringar***

För att få sjuksköterskor att trivas ännu bättre med den palliativa vården skulle utbildning, stöd, handledning och mer resurser för sjuksköterskor behövas. Sjuksköterskor på medicinska vårdavdelningar glöms lätt bort, trots att de ofta möter döende patienter. Eftersom vården inte har möjlighet att erbjuda alla terminalt sjuka en plats på en palliativ avdelning ställs det krav på att sjuksköterskor som är yrkesverksamma på vårdavdelningar har kompetens att kombinera kurativ och palliativ vård (Sandgren et al., 2006).

Stödåtgärder krävs för att undvika psykisk utmattning, bevara engagemanget i arbetet samt för att nå ökad arbetstillfredsställelse. Handledning och övrigt personalstöd har i sin tur visat sig leda till såväl lägre sjukfrånvaro som mindre personalomsättning (Vårdprogram för palliativ vård, 2000). På avdelningen där studien genomfördes fanns enligt sjuksköterskorna för närvarande ingen strukturerad handledning eller utbildning inom palliativ vård. Vårt resultat visade att det fanns ett stort behov av både kunskap om palliativ vård och återkoppling för att sjuksköterskorna skulle känna större tillfredsställelse med sina arbetsuppgifter. Detta stämmer överens med Sandbergs et al. (2006) studie samt Vårdprogrammet för palliativ vård (2000). Hopkinson, Hallett och Luker (2005) visade i sin studie att utbildning och träning att vårda palliativa patienter ökade kvaliteten. Flera sjuksköterskor i den kvalitativa studien påpekade också vikten av att ha erfarna och kompetenta kollegor som de kunde dela sina tankar och upplevelser med och det påpekade även sjuksköterskorna i vår studie som värdefullt.

Även Birgegård (2005) påpekade att det fanns behov av att få dela svåra känslor som väckts av patientens lidande och död. Ofta fanns också behov av att ventilerade den egna rollen i svåra situationer. ”Kunde jag ha gjort annorlunda? Gjorde jag tillräckligt? Hur skulle du ha gjort?” Det var idealiskt om man i det dagliga arbetet kunde söka och få stöd av arbetskamraterna. Detta förutsatte att man i gruppen talade öppet om den känslomässiga belastning som fanns i arbetet och att det var accepterat att ha och visa känslor. Sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde också att det var värdefullt att ha ett bra team. De kände att det var ett öppet klimat på avdelningen som var tillåtande och de pratade ofta med varandra när de varit med om svåra situationer. Även om de kände stöd i teamet fanns önskemål om strukturerad handledning med en utomstående, neutral person.

### ***Positiva faktorer***

I Costellos studie (2006) påpekade flera av sjuksköterskorna att hur den palliativa vården upplevdes påverkades i hög grad av hur stor möjlighet de själva hade att påverka och delta i dödsprocessen. Om de kunde lindra, trösta eller bara fanns hos patienten var upplevelsen mer positiv än om de inte kunnat vara närvarande och detta stämmer väl överens med resultatet i denna studie.

Thompson et al., (2006) tog i sin studie upp relationen mellan sjuksköterska och läkare. När ett gott samarbete och ett kollegialt förhållande fanns kunde effektiv kommunikation och förtroende förbättras. Effektiv kommunikation identifierades av sjuksköterskorna som grundläggande för att underlätta och stödja patienten. Även resultatet i föreliggande studie visade att ett gott samarbete mellan personalkategorierna var viktigt. God kommunikation mellan sjuksköterskor, undersköterskor och läkare var en förutsättning för god palliativ vård. Gott samarbete hjälpte sjuksköterskorna att känna trygghet i sitt arbete



## **Metoddiskussion**

Metoddiskussionen presenteras uppdelad i urval, datainsamling, dataanalys och implementering.

### ***Urval***

Författarna utgångspunkt var att genomföra tre fokusgrupper med 4-5 deltagare per grupp. På grund av schematekniska orsaker och tidsbrist bokades endast två grupper med fyra informanter i vardera gruppen. En informant kom inte till avtalat möte och ses därför som bortfall. Författarnas uppfattning var att bortfallet inte påverkade resultatet och inte heller det faktum att endast två fokusgruppintervjuer genomfördes. Gällande urvalet på den undersökta avdelningen ansåg författarna att båda könen var representerade och att det fanns en spridd åldersfördelning samt varierande antal år i yrket. Sex av sju informanter arbetade treskift, den sjunde ej nattpass.

### ***Datainsamling***

Vid båda intervjuerna var det samma författare som var moderator och den andre assisterande moderator, vilket var ett medvetet val eftersom en av författarna är yrkesverksam på den aktuella avdelningen. Genom att medvetet låta författaren utan anknytning till avdelningen vara moderator ansåg vi oss minska risken för eventuell påverkan av gruppen. Författarnas uppfattning var att gruppen inte påverkades av att deras kollega satt med som assisterande moderator. Till stöd användes en intervjuguide med semistrukturerade frågor, (bilaga 1). En begränsning skulle kunna vara att alla informanter inte fick komma till tals, men moderatorn fördelade ordet så att allas åsikter lyftes fram. Det fanns en risk att inte alla skulle våga framföra sina åsikter men författarna upplevde att informanterna kunde tala fritt. Ingen uttryckte heller obehag över att bli inspelad. Flera av informanterna påtalade efter intervjuerna att de tyckte det varit värdefullt att få tänka igenom hur de upplevde den palliativa vården och att de gärna vill jobba vidare med att vidareutveckla vården på avdelningen för patienter i palliativt skede.

Båda lokalerna där intervjuerna genomfördes var väl lämpade och inga störningsmoment förekom. Att erbjuda kaffe och kaka bidrog till en avslappnad atmosfär.

## ***Dataanalys***

Vid en kvalitativ studie färgas alltid resultatet av forskaren då denna är medskapare till texten genom samspelet med informanten under intervjun. Då en av författarna arbetar på den valda avdelningen fanns en risk att tolkningen av intervjuerna skulle färgas av författarens egna erfarenheter. För att undvika denna risk gjordes dataanalysen av författarna tillsammans.

De transkriberade texterna fyllde sammanlagt 17 antal A4-ark. Flera intressanta aspekter av den palliativa vården framkom och har presenterats i resultatdelen. Intervjuerna svävade stundtals ut lite och det blev istället diskussion om dödsögonblicket och vad som borde göras efter att någon avlidit. Detta redovisades inte då det inte motsvarar studiens syfte.

Analysen utfördes enligt Graneheim och Lundman's (2004) beskrivning av innehållsanalysmetod. Slutligen utkristalliserade sig tio subkategorier och fyra kategorier och detta blev grunden för resultatet.

## **Implementering**

Som sjuksköterska vill vi vara förstående, känna empati, visa respekt och vara lyhörda. I vårt arbete är värme, närhet och omsorg grundläggande drag som vi visar dagligen för att patienten ska känna sig värdefull. Författarna har ett stort intresse och engagemang för palliativ vård. Därför valde vi att undersöka sjuksköterskornas upplevelse av att vårda patienter i palliativ vård.

Denna studie kan förhoppningsvis vara en början till diskussioner för fortsatt kvalitetsutvecklingsarbete av den palliativa vården på avdelningen där studien genomfördes. I resultatet finns flera förslag på förbättringar som kan leda till en utveckling av den palliativa vården. Förslag som framkom var att ta hjälp av en extern person med erfarenhet av palliativ vård för att vidareutveckla rutinerna på avdelningen och ge en tydligare struktur. Önskemål fanns också om utbildningsdagar med inriktning mot palliativ vård med föreläsare från t.ex. hospice, sjukvårdsteamet, onkologen och sjukhuskyrkan.

Det skulle vara intressant att även intervjua patienter och anhöriga om deras upplevelser av vården på avdelningen. Författarna har uppfattningen att det skulle kunna vara givande att titta vidare på hur deras upplevelse skiljer sig från sjuksköterskornas. Kommande studier

skulle även kunna jämföra vårt resultat med hur sjuksköterskor på andra typer av avdelningar upplever mötet med patienter i palliativt skede.

## **Slutsats**

Studien visade att sjuksköterskor på en specialmedicinavdelning, som arbetade med patienter i palliativt skede, upplevde mötet med patienterna och dess anhöriga som en viktig del i vården. Sjuksköterskorna upplevde det viktigt att relationen präglades av respekt för patientens integritet och autonomi. Den palliativa vården underlättades om det fanns en etablerad relation till patienten sedan tidigare. Det upplevdes även viktigt att både patienter och anhöriga var ordentligt informerade om vad palliativ vård innebar och att anhöriga var välkomna att vara delaktiga i vården kring patienten. Det upplevdes inte som en svårighet att växla mellan palliativ och kurativ vård utan prioriteringar var något de ständigt gjorde oavsett diagnos och sjukdomsskede. Däremot upplevdes det att de trånga lokalerna var ett hinder i den palliativa vården. Det upplevdes som stressande att inte kunna förändra miljön så att det blev så bra som möjligt för patienterna. Samtliga sjuksköterskor efterfrågade någon form av handledning och ansåg att det skulle kunna vara utvecklande och stödjande för dem. Den palliativa vård som bedrevs på avdelningen upplevdes som generellt bra men att kvaliteten på vården påverkades negativt när arbetsbelastningen var hög och när bemanningen inte var tillräcklig. Sjuksköterskornas upplevelse var att alla yrkeskategorier på avdelningen gemensamt strävade efter att den palliativa vården skulle bli så bra som möjligt.

*Aldrig skada, om möjligt bota,*

*ofta lindra, alltid trösta.*

(Hippokrates, ca 470-360 f. Kr).

## REFERENSER

- Ahlner-Elmqvist, M.(2001). Omvårdnad av patient vid livets slut. *Palliativ behandling och vård*. Kaasa, S. (red.) ISBN 978-91-44-01166-0. Danmark: Studentlitteratur.
- Beck-Friis, B & Strang, P. (2005) Inledning. *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B. & Strang, P. (red). ISBN: 978-91-47-05251-6. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Birgegård, G. (2005). Professionell hållning. *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B. & Strang, P. (red). ISBN: 978-91-47-05251-6. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 594-601.
- Fridegren, I. & Lyckander, S. (2009). *Palliativ vård* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Friedrichsen, M. (2005). Sjuksköterskan i den palliativa vården – en roll av anpassning och balans. *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B. & Strang, P. (red). ISBN: 978-91-47-05251-6. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Georges, J., Grypdonck, M. & Dierckx De Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: A qualitative study about nurses perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 11(6),785-793.
- Glimelius, B. (2005). Kuration eller palliation? *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B. & Strang, P. (red). ISBN: 978-91-47-05251-6. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Gunnars, B (1995). Sjuksköterskans roll. *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B & Strang, P. (red). ISBN: 91-634-13329. (1. uppl). Falköping: Liber AB.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse Education Today* (2004) 24, 105– 112.
- Hanratty, J.F & Higginson, I. (1997). *Palliativ vård vid terminala sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Hopkinson, J., Hallett, C. & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*. 42(2).125-133.
- Iranmanesh, S., Höggström, T., Axelsson, K. & Sävenstedt, S. (2009). Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holistic Nursing Practice*. 23(4):243-252.
- Kaasa, S. (2001). *Palliativ medicin- En introduktion*. *Palliativ behandling och vård*. Kaasa, S. (red.) ISBN 978-91-44-01166-0. Danmark: Studentlitteratur.
- Kruse, BG., Melhado, LW., Convertine, L. & Stecher, J. (2008) Evaluating Strategies for Changing Acute Nurses' Perceptions of End-of-life Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* Vol25(5).389-397.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Mills, M., Davies, H. T. O. & Macrae, W. A. (1994). Care of dying patients in hospital. *British Medical Journal*, 309 (6954): 583-6 PMID: 8 086 948.
- Miyashita, M., Sasahara, T. & Tsukamoto, N. (2007). Nursing Autonomy Plays an Important Role in Nurse's Attitudes Toward Caring for Dying Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(3).
- Palliativt vårdprogram. (2000). *Palliativ vård för Kalmar län*. Hämtad den 12 april 2011, från [www2.ltkalmar.se/pallvard/defpallstart.htm](http://www2.ltkalmar.se/pallvard/defpallstart.htm)
- Polit, D.F & Beck, C.H. (2006). Nursing research: *Principles and methods* (7<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Román, E.M., Sorribes, E. & Ezquerro, O. (2001). Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 338–345.
- Rooda, L.A., Clements, R. & Jordan, M.L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1683–1687.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), s.79-96. doi: 10.1177/1049732305283930.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. ISBN 91-85482-84-6.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialstyrelsen. Hämtad den 14 feb 2011, från [www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))
- SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Socialdepartementet, Stockholm.
- Strang, P. (2005). Palliativ vård vid hjärtsjukdom, lungsjukdom och neurologisk sjukdom. *Palliativ medicin*. Beck-Friis, B. & Strang, P. (red). ISBN: 978-91-47-05251-6. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Thompson, G., McClement, S. & Daeninck, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 169–177.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

## Intervjuguide

Gruppdeltagarnas namn och erfarenheter av palliativ vård.

1. Hur upplever du mötet med patienter i palliativt skede på avdelningen?
2. Hur upplever du att växla mellan palliativ och kurativ vård?
  - Upplever ni att ni kan bemöta patienter med palliativt vårdbehov på samma sätt som patienter med ett kurativt vårdbehov?
3. Vad för kunskaper anser du dig behöva för att kunna ge en god palliativ vård?
  - Vilket stöd upplever ni att ni får på er arbetsplats? (Handledning/- kompetensutveckling)?
4. Är det något med den palliativa vården du skulle vilja förändra?
5. Tycker ni att någon fråga vi pratat om varit viktigare än något annat?



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Vårdvetenskap

### **Informationsbrev**

Härmed tillfrågas Du att delta i en grupp om minst fyra sjuksköterskor för att diskutera upplevelser av att vårda palliativa patienter på en ”vanlig” vårdavdelning. Du som sjuksköterska bör ha erfarenhet av palliativ vård och arbetat på avdelningen i minst ett år.

Vi är två sjuksköterskor som under våren kommer att skriva en C-uppsats med inriktning på palliativ vård. Vi har båda intresse av palliativ vård och har själva erfarenhet av att vårda dessa patienter på våra arbetsplatser.

Studiens mål är att få ökad kunskap om sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter i palliativt skede samtidigt som de vårdar patienter med kurativt vårdbehov.

Vi planerar att genomföra tre fokusgruppintervjuer på Er avdelning. Varje fokusgrupp kommer att bestå av 4-5 sjuksköterskor som under ledning diskuterar sina erfarenheter. Vår förhoppning är att diskussionerna ska belysa Din upplevelse av den palliativa vården på avdelningen. Intervjun beräknas ta 30 - 40 minuter och kommer att spelas in på Mp3-spelare. Allt insamlat material kommer att behandlas strikt konfidentiellt, vilket innebär att alla insamlade uppgifter kommer att förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Publicering av resultat kommer att ske så att inga personer som deltar i undersökningen kan identifieras. Efter godkänd examination kommer intervjumaterial samt utskrifter att förstöras. Ditt deltagande i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta deltagandet.

Du som väljer att delta får information om tid och plats för intervjun.  
Har Du några frågor om studien är Du välkommen att höra av Dig till:

Anna Adolfsson: [anna\\_kalmar@hotmail.com](mailto:anna_kalmar@hotmail.com)

Anna Efverström: [anna@m-media.se](mailto:anna@m-media.se)

Handledare: Margareta Staun: [margareta.staun@medsci.uu.se](mailto:margareta.staun@medsci.uu.se)