



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans upplevelse av personcentrerad omvårdnad i livets slutskede i hemmet

Sofie Olsson

Emelie Kristiansen

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2017

Sjuksköterskans upplevelse av personcentrerad omvårdnad i livets slutskede i hemmet

Sofie Olsson
Emelie Kristiansen

Sammanfattning

Bakgrund: Det minskade antalet vårdplatser på sjukhusen leder till att allt fler personer vårdas i hemmet sin sista tid i livet. Samtidigt önskar allt fler att vårdas i sina hem. Personer i livets slutskede som vårdas i hemmet har behov av att sjuksköterskor inom hemsjukvården är tillgängliga, en tillgänglighet som inte alltid finns. Detta kan leda till att personer som vill vårdas hemma löper risk att få sämre vård. Personcentrerad omvårdnad är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, vilket innebär att sjuksköterskan ska se personen bakom sjukdomen och tillgodose dennes behov.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att arbeta personcentrerat i livets slutskede i hemmet.

Metod: En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Det gjordes ett strategiskt urval med nio sjuksköterskor som arbetade inom hemsjukvården. Intervjuerna transkriberades och analyserades med en innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman.

Resultat: Resultatet visade att sjuksköterskorna hade olika upplevelser av att arbeta personcentrerat i personers hem i livets slutskede. Hemmamiljön ansågs öka möjligheten till att vården blev personcentrerad. Resultatet ledde fram till tre kategorier: vård i hemmamiljö, en del av familjelivet och samverkan i teamet.

Slutsats: Sjuksköterskorna upplevde en tillfredsställelse av att kunna arbeta personcentrerat med personer i livets slutskede. De hade mestadels en positiv inställning till hemmet som miljö för omvårdnaden. Sjuksköterskorna ansåg att personerna i livets slutskede kunde vara delaktiga och intresserade sig av sin egen omvårdnad i hemmet.

Nyckelord: Hemsjukvård, intervju, kvalitativ innehållsanalys, livets slutskede, palliativ omvårdnad, personcentrerad omvårdnad, upplevelse

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Palliativ vård	5
Livets slutskede	6
Sjuksköterskan i den palliativa vården	7
Personcentrerad omvårdnad	7
Hemsjukvård	8
Upplevelse	10
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	11
Analys	12
Etiska överväganden	13
Resultat	14
Vård i hemmamiljö	14
Personens delaktighet	15
Kommunikationens betydelse	15
Skapa trygghet	16
Begränsad av tid	16
En del av familjelivet	17
Anpassning till personen	17
Emotionellt påverkad	18
Samverkan i teamet	19
Samverkan i personalgruppen	20
Samarbete med läkare	20
Anhöriga som en del av teamet	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Slutsats	27
Självständighet	29

Referenser	30
Bilaga 1. Rådgivande ytande från Etikkommittén	35
Bilaga 2. Informationsbrev till områdeschef	35
Bilaga 3. Informationsbrev till sjuksköterskorna	36
Bilaga 4. Intervjuguide	37
Bilaga 5. Samtyckesblankett	38
Bilaga 6. Exempel på innehållsanalys	39

Inledning

Allt fler människor vårdas under livets slutskede i sina hem. Denna utveckling ser ut att fortgå då antalet vårdplatser på sjukhusen minskar (SOU 2001:6). Samtidigt visar studier att majoriteten av svårt sjuka personer vill spendera sin sista tid i hemmet (Nilsson, Blomberg, Holgersson, Carlsson, Bergqvist & Bergström, 2017). Personer som vårdas i hemmet har behov av att sjuksköterskor inom hemsjukvården är tillgängliga (Socialstyrelsen 2016). En tillgänglighet som inte alltid finns då en sjuksköterska kan ansvara för upp till 400 patienter. Bristen på sjukvårdspersonal i hemsjukvården och de minskade vårdplatserna kan leda till att personer som vill bo hemma löper risk att få sämre vård och patientsäkerheten äventyras (ibid).

Ferguson, Ward, Card, Sheppard och McMurty (2013) anser att personcentrerad omvårdnad är grundläggande inom vården och behöver uppmärksammas mer inom hälso- och sjukvården för att personen ska känna sig delaktig och involverad i sitt sjukdomstillstånd. Att vårda i personens egna hem kan upplevas som en möjlighet att komma nära personen. Men det kan också upplevas svårt och stressande, vilket kan leda till en känsla av maktlöshet (Bergdahl, Benzin, Ternestedt, Elmberger & Andershed, 2013). För en god personcentrerad omvårdnad anser Chapple, Ziebland och McPherson (2006) att det är av stor vikt att sjuksköterskan tar hänsyn till vad som är bäst för personen och ser dennes behov för att kunna ge stöd utifrån den enskilda personens önskemål och behov. Detta kan vara svårt om tiden inte räcker till (ibid). Det är även betydande för den personcentrerade omvårdnaden att sjuksköterskan är införstådd med vad döden innebär och vågar stanna kvar och stötta personen i svåra situationer (Karlsson & Berggren, 2011). Fitch, DasGupta och Ford (2016) skriver att det är en förutsättning att sjuksköterskan känner trygghet i sitt yrke för att öka kvaliteten i omvårdnaden.

Då allt fler personer i livets slutskede vårdas i hemmet skapas ett högre krav på sjuksköterskan. Få studier har gjorts om sjuksköterskans upplevelse av att arbeta personcentrerat med personer i livets slutskede i hemmet. Då personcentrerad omvårdnad blir allt mer aktuellt kan det vara av betydelse att studera detta i syfte att skapa en mer personcentrerad omvårdnad.

Bakgrund

Palliativ vård

Sandman och Wood (2003) menar att det finns flera olika definitioner av palliativ vård, men det som är gemensamt i alla definitioner är att den palliativa vården ses som en helhetsvård där hänsyn tas till hela personen samt att anhöriga inkluderas i vården.

Enligt World Health Organisation [WHO] (2015) är palliativ vård ett förhållningssätt med syfte att förbättra livskvaliteten för både den palliativa personen och anhöriga. Socialstyrelsen (2013) menar att palliativ vård även kan definieras som syftet att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med obotlig sjukdom. Wallerstedt och Andershed (2007) definierar palliativ vård som en aktiv vård i ett helhetsperspektiv där fysisk, psykisk, socialt och existentiellt perspektiv inkluderas. Palliativ vård fastställs när en person inte längre kan överleva sjukdomen (ibid).

Socialstyrelsen (2013) skriver att utifrån WHO:s definition av palliativ vård och människovärdesprincipen har fyra hörnstenar skapats. Dessa är symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation samt stöd till de närstående (ibid). Freeman, Frise-Smith, Neufeld, Fisher and Ebihara (2016) skriver att symtomlindring innebär att smärta och andra symtom lindras och personens integritet och autonomi beaktas. Symtomlindringen begränsas inte enbart till fysisk smärta utan även de psykiska, sociala och existentiella behoven innefattas. Socialstyrelsen (2013) skriver att samarbete i ett mångprofessionellt team är en förutsättning. Kommunikation inom teamet samt med personen och anhöriga ska främja livskvalité. De närstående ska få erbjudande om att delta i vården och få stöd både under sjukdomsförloppet och efter dödsfallet (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2013) finns det två faser i den palliativa vården, en tidig och en sen fas. Den tidiga fasen kan vara lång och det kan förekomma livsförlängande behandling. Den tidiga fasen startar när patienten får en diagnos om obotlig sjukdom. När den livsförlängande behandlingen inte längre anses vara meningsfull eller ger allvarliga symtom tas ett beslut om att övergå till vård i livets slutskede. Denna övergång kallas brytpunkt (ibid). När personen övergår från livsförlängande behandling till lindrande behandling informeras detta vid ett eller flera brytpunktssamtal (Axelsson, 2016). Initiativet att inte fortsätta behandlingen kan komma från den ansvariga läkaren eller från personen själv (Socialstyrelsen, 2013).

Livets slutskede

Vid den sena fasen kan insatser vara verkningslösa och istället vara skadliga för personen (Axelsson, 2016). Insatserna gynnar inte den sjuka utan kan istället förkorta personens liv. Den etiska principen ”i första hand inte skada” blir central för handlande (ibid.). När personer är i livets slutskede är döden oundviklig inom en snar framtid (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt Wallerstedt och Andershed (2007) finns det goda förutsättningar för att personen i livets slutskede ska få en sådan god livskvalitet som möjligt i slutskedet genom god symtomlindring och stöd samt stöd till anhöriga. Det finns ingen exakt definition av vad god död innebär men studier har visat att det ska finnas möjlighet för personen att få dö på det sätt som hen önskar (ibid.). Steinhauser, Clipp, McNeilly, Christakis, McIntyre och Tulskey (2000) skriver att det finns sex huvudkomponenter som kan känneteckna en god död. Dessa är symtombehandling, tydligt beslutsfattande, förberedelser inför döden, avslutning, att personen kan bidra med något, till exempel fortfarande vara en del av familjen, samt få bekräftelse (ibid.). Vårdas i hemmet betyder inte alltid god eller värdig vård, lika lite som att dö på ett sjukhus betyder en god död (Beck-Friis & Jakobsson, 2012).

Vårdandet i livets slutskede sker i varierande grad utifrån personens förutsättningar och behov (Wallerstedt och Andershed, 2007). De senaste åren har det blivit vanligare att vårda personer i livets slutskede i sina hem och på vårdinrättningar. För sjuksköterskan kan vård i livets slutskede innebära ett möte med en person som bland annat upplever smärta, andnöd, ödem, trötthet, ångest, förvirring eller illamående. Ett möte där en annan person lider kan väcka känslor som meningsfullhet, hopp, osäkerhet och känslor av otillräcklighet (ibid.).

I livets slutskede finns det tre alternativ till vård: i hemmet, på kommunalt boende (särskilt boende eller korttidsboende) eller sjukhus (Axelsson, 2016). På vissa platser i Sverige finns det även hospice, som är en plats där heltidsvård kan fås när en person är i livets slutskede. Det är viktigt att frågan tas upp så personen kan uttrycka önskemål om var personen vill tillbringa sin sista tid. Ofta uttrycker personen önskemål om att vara hemma men när döden närmar sig kan detta ändras och det föredras istället någon form av institution. Om trygg och säker vård kan ges i hemmet finns det ingen anledning för sjukhusvård, då det inte på ett meningsfullt sätt förbättrar personens situation. Symtomlindring kan göras lika bra i hemmet under förutsättning att läkemedel och kunnig personal finns tillgänglig dygnet runt (ibid.).

Sjuksköterskan i den palliativa vården

Sjuksköterskans roll i den palliativa vården är att tillgodose personens fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter samt stödja anhöriga under vårdtiden och efter dödsfallet (Nationella Rådet för Palliativ Vård, u.å.). Varje aspekt hos personens tillstånd ska studeras och det är viktigt att sjuksköterskan är kompetent för att klara av detta så det blir en så effektiv vård som möjligt (Hanratty och Higginson, 1997). Oro och smärta måste upptäckas i tid, förutses och lindras. Tröskeln för när dessa symtom ger besvär är olika för individer, framförallt när det gäller smärta. Betydelsefulla faktorer för personens tröskel kan vara personens etniska, religiösa, sociala och kulturella bakgrund. Tröskeln kan även variera från dag till dag och från timme till timme (ibid). Därmed kan symtomlindring vara en stor utmaning för sjuksköterskan (De Witt Jansen et al, 2016).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Ingen fast definition av begreppet finns eftersom det ständigt utvecklas (Vårdförbundet, 2015). Det representerar dock ett fokus på humaniserad vård och säkerställer att personen är i fokus (McCormack et al, 2015). Samtidigt blir vårdandet ett partnerskap mellan den sjuke och vårdpersonalen, där personen får ett ökat ansvar och mer makt (Ekman & Nordberg, 2013). Personcentrerad omvårdnad ses också som ett förhållningssätt för att kunna uppfylla målen säkerhet, kvalitet, samordning och livskvalitet (Brummel-Smith et al, 2015). McCormack et al (2010) skriver att personcentrerad omvårdnad bygger på rätten till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse (ibid).

Personcentrerad omvårdnad kräver en allians mellan vårdpersonal, vårdtagare och anhöriga (McCormack & McCance, 2006). Dessa relationer bygger på förtroende, förståelse och delad kunskap där begreppet person blir centralt i vården. Vårdprocessen omfattas av personens fysiska och psykiska behov och det är viktigt för sjuksköterskan att vara uppmärksam, ge personen tid och visa respekt. Resultatet blir en känsla av välbefinnande och patienttillfredsställelse (ibid).

I en studie gjord av Ross, Todd och Clarke (2014) ansåg sjuksköterskor att det är lätt att se personerna som patienter istället för människor. Ibland ses en uppsättning problem istället för en person. Sjuksköterskorna förklarade att detta kan vara nödvändigt utifrån

patientsäkerheten då det är viktigt att i första hand se till att personen är säker för att sedan kunna bygga en relation. Personcentrerad omvårdnad tar tid och är en extra ansträngning. När personen inte längre kan uttrycka sina önskemål är det viktigt att kunna fråga anhöriga. För att bygga en personcentrerad omvårdnad krävs det att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna och prata med den sjuka personen och dess anhöriga (ibid).

För att personcentrerad omvårdnad ska fungera är det även viktigt att sjuksköterskan sätter personen i centrum istället för sjukdomen, att personen ses som värdefull och en resurs (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). En förutsättning är att sjuksköterskan är öppen och har vilja och intresse att lyssna samt att personen får en betydande plats i planering och genomförande av omvårdnaden. Sjuksköterskan bör även utifrån de förutsättningar som finns hjälpa personen att leva det liv hen vill, trots sjukdom och ohälsa. För att genomföra detta krävs det kunskap om personens värderingar, behov, intressen och prioriteringar (ibid).

För att personcentrerad omvårdnad ska kunna uppnås är relationer mellan individer viktiga samt att det tas hänsyn till egna önskemål (Brummel-Smith et al, 2016). Omvårdnaden ska genomföras som ett lag där personen är en lagmedlem. Detta innebär att laget måste vara flexibelt och anpassningsbart när det sker förändringar i personens hälsotillstånd och liv. Det allra viktigaste är kommunikation och informationsutbyte mellan personal, personen och anhöriga (ibid).

I livets slutskede är den personcentrerade omvårdnaden viktig eftersom omvårdnaden bör baseras på ömsesidig respekt, delaktighet, relation och förståelse för personens självkänsla och vilja (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). De 6 S:n självbild, symtomlindring, självbestämmande, sociala relationer, sammanhang och strategier är en modell med syfte att främja ett så bra slutskede som möjligt genom delaktighet (Ternstedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012). Modellen främjar en personcentrerad omvårdnad eftersom utgångspunkten är att personen får beskriva sig själv i den situationen hen befinner sig i. På så sätt kan omvårdnaden utgå från personens livsvärld (ibid).

Hemsjukvård

Enligt Socialstyrelsen (2008) är hemsjukvård de medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av personal med delegering i personens hem. Hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser medan tillfälliga insatser räknas som öppen hälso- och sjukvård (ibid.).

Hemsjukvården tillhörde tidigare landstingen, men 1989 presenterades ett förslag att kommunerna skulle bli ansvariga för de medicinska insatserna i enskilt hem och på särskilda boenden (SOU 2011:55). Detta möttes av kritik från många landsting då det skulle splittra primärvården och samarbetet mellan primärvårdsläkare och distriktssjuksköterskor. Därmed skulle tillgången till läkare bli sämre eftersom kommunerna enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) inte får anställa läkare (ibid).

Det finns två kriterier för kommunal hemsjukvård, dels ska behovet beräknas finnas mer än 14 dagar samt att personen ska ha svårt att ta sig från hemmet till en vårdcentral (Socialstyrelsen, 2016). I Socialstyrelsens termbank (2012) definieras hemsjukvård som hälso- och sjukvård när den ges i personens bostad och är sammanhängande över tiden. Det nämns även att före insatserna ska en vård- och omsorgsplanering genomförts (ibid.). I denna planering ska det anges vad respektive yrkesgrupp har för uppgifter och ansvar (SOU 2011:55).

Sjuksköterskan har som ansvar att tillvarata det friska hos personen och tillgodose dennes basala och specifika omvårdnadsbehov samt att organisera och delta i teamarbetet runt personen (Socialstyrelsen, 2008). Sjuksköterskans ansvar är även att informera och undervisa patienter och närstående vid behov samt att leda, fördela, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet. I kommunens hälso- och sjukvård kan sjuksköterskan delegera vissa uppgifter och i samband med det ska hen utbilda och instruera personalen (ibid.).

Det är nödvändigt att olika professioner medverkar då den sjuka personen och anhöriga har olika problem och behov som ska tillgodoses (Kaasa, 2001). En förutsättning för ett gott samarbete är kommunikation i kombination med respekt och insikt i vad andra professioner kan vara behjälpliga med. Inom den palliativa vården är det vanligt att ett behandlingsteam ansvarar för diagnostik och behandling medan hemsjukvårdsteamet ansvarar för omvårdnaden av personen (ibid.). Teamet har inte bara en betydande roll i arbetet med den sjuka personen utan teamet kan även underlätta för vårdpersonalen när det gäller förmågan att hitta strategier för att skydda sig själv mot existentiell ångest (Källström Karlsson, 2009).

Upplevelse

Eriksson (1987) förklarar att en upplevelse möjliggörs genom möten med andra människor. Upplevelsen är människans egen och andra människor kan därför inte tolka denna upplevelse fullt ut. Det är människans medvetenhet och självmedvetenhet som utgör den så kallade upplevelsevärlden. Djupet av en upplevelse kan beskrivas när själva upplevelsen når och involverar hela människan, då blir det en ontologisk upplevelse. Den ontologiska upplevelsen innefattar ett möte med människan själv, sin själ, sin önskan, sitt hopp och längtan (ibid). Enligt Reid (2013) upplever sjuksköterskor att vårdandet av personer i livets slutskede är underskattat. Samtidigt blir detta ämne inte tillräckligt belyst och det blir svårt för sjuksköterskan att hantera (ibid).

Fler personer vårdas hemma i livets slutskede och sjuksköterskan har en betydelsefull uppgift att göra vården så personcentrerad som möjligt. Hur sjuksköterskor kan uppleva denna uppgift är bristfälligt undersökt och denna studie hoppas kunna bidra med information rörande detta.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att arbeta personcentrerat med personer i livets slutskede i hemmet.

Metod

För att besvara syftet användes en kvalitativ intervjustudie. Kvale och Brinkmann (2014) skriver att den kvalitativa forskningsintervjun söker kunskap om intervjupersonens livsvärld, främst med ord. Den kvalitativa metoden är lämplig när det söks efter förståelse för att få mer kunskap (Henricsson & Billhult, 2012). Data samlas in med hjälp av intervjuer där det sagda ordet blir föremål för analys och tolkning (ibid).

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var legitimerad sjuksköterska som arbetat minst ett år inom hemsjukvården och vårdat personer i livets slutskede. Rekryteringen skedde ändamålsenligt, vilket innebar att det söktes efter personer som kunde svara på studiens syfte (Henricsson & Billhult, 2012). Ett informationsbrev skickades ut till områdeschefer i

hemsjukvården i sydöstra Sverige om förfrågan om intresse för studien (bilaga 2). Efter godkännande från ett antal områdeschefer bestämdes det att författarna skulle delta vid ett morgonmöte hos tre hemsjukvårdsgrupper för att informera sjuksköterskorna om studien och dela ut informationsbrev om studien (bilaga 3). Efter mötet kontaktade de sjuksköterskor som var intresserade författarna personligen direkt eller senare via telefon. Då bestämdes även tid och plats för intervjuerna. När antalet deltagare uppgått till åtta avbröts rekryteringen då det ansågs vara tillräckligt för studien. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun under arbetstid på deras arbetsplats. Provintervjun användes i studien då resultatet ansågs vara innehållsrikt. Detta innebär att nio intervjuer ingår i resultatet.

Deltagarna bestod av 7 kvinnor och 2 män i åldern 30 till 65 år, medelåldern var 49 år. Arbetslivserfarenheten inom hemsjukvården varierade mellan 4 till 37 år, medellängden var 15 år. Några av sjuksköterskorna hade tidigare arbetat inom somatisk slutenvård medan andra tidigare arbetat inom hemsjukvården via landstinget.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom intervjuer och alla deltagarna arbetade på samma arbetsplats och var verksamma i stadsmiljö, på landsbygden och i skärgården. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats i södra Sverige under vecka 10 och 11, år 2017. Semistrukturerade frågor användes i intervjuerna. Semistrukturerade frågor innebär att frågorna är öppna och de måste inte ställas i samma ordning utan kan anpassas efter vad som kommer upp under intervjun (Danielson, 2012). Frågorna grundade sig i en intervjuguide och det var möjligt att ställa följdfrågor (bilaga 4).

Innan datainsamlingen startade genomfördes en provintervju med en student som studerade till distriktsjuksköterska på en högskola i södra Sverige. Syftet med provintervjun var att testa inspelningsutrustningen och för att kontrollera kvaliteten på frågorna och om de var lätta att förstå. Provintervjun resulterade i att frågorna uppfattades korrekt av intervjupersonen. För att förtydliga intervjuguiden valdes det att arrangera om frågorna och en fråga lades till.

Intervjuerna genomfördes i olika rum på kontoret där sjuksköterskorna utgick från. Första dagen gjordes två intervjuer och dagen efter gjordes en. Veckan efter genomfördes fyra intervjuer första dagen och andra dagen en. Intervjuerna startade med information om studiens syfte, att intervjun spelas in samt att deltagarna hade rätt att avbryta intervjun när som helst utan att ge en förklaring. Deltagarna fick även skriva på en samtyckesblankett.

Båda författarna var närvarande under samtliga intervjuer där den ena höll i intervjun medan den andra skötte inspelningen och hjälpte till att ställa följdfrågor. Intervjuerna avslutades med frågan om sjuksköterskan ville lägga till något som eventuellt missats. Detta förfaringssätt är bra att göra för att se om deltagaren har något ytterligare att säga som inte kommit fram under intervjun (Danielsson, 2012). Intervjuernas längd varierade mellan 19 till 65 minuter, i snitt var de 22 minuter. Intervjuerna delades upp mellan författarna som transkriberade 4 respektive 5 var. Transkriptionen resulterade i 62 sidor text.

Analys

De transkriberade intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). En induktiv ansats användes då den är förutsättningslös och kan vara baserad på människors upplevelser (Lundman & Graneheim 2012). Manifest ansats tillämpades när meningsenheter, kondenseringar och koder togs fram. Latent ansats tillämpades när kategorier och underkategorier togs fram. Vid manifest ansats arbetas det med det synliga och uppenbara i textmaterialet, medan vid latent ansats görs det en tolkning av vad som ligger bakom orden (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär den kvalitativa innehållsanalysen av intervjuer att meningsenheter som relateras till syftet väljs ut. Meningsenheterna kondenseras och märks med en kod, därefter sorteras koderna efter likheter och olikheter som bildar kategorier och underkategorier (ibid).

De transkriberade texterna lästes igenom flera gånger. Danielsson (2012) skriver att det är viktigt att texterna läses igenom flera gånger så meningsenheterna kan avgränsas utan att innehållet förloras. När texterna lästs igenom påbörjades identifiering av meningsenheter, vilket gjordes gemensamt. De meningsenheter som ansågs kunna kopplas till syftet skrevs in i ett Word dokument. Meningsenhet är en bärande del av texten och utgörs av ord, meningar eller stycken av text som hör ihop. Därefter gjordes kondenseringar som sedan fick en kod (Lundman & Graneheim, 2012). Kondensering är den process som gör texten kortare och lätthanterlig samtidigt som innehållet finns kvar. En kod beskriver kort vad meningsenheter handlar om. Koder är ett redskap som hjälper till med reflektion över datan (ibid).

Koderna skrevs in i ett annat Word dokument som lästes och diskuterades. De koder som ansågs höra ihop skrevs in under en rubrik som blev en kategori eller underkategori. De underkategorierna med liknande innebörd bildade en kategori. En kategori är flera koder som

har liknande innehåll (Lundman & Graneheim, 2012). Ingen data ska passa in i två eller fler kategorier, vilket kan vara svårt när texten handlar om upplevelser (ibid).

Etiska överväganden

Innan studien påbörjades gjordes en etisk egengranskning där det framkom att studien inte behövde prövas hos den regionala etikprövningsnämnden. Egengranskningen skickades med ansökan om etisk granskning, informationsbrev och intervjuguide till Etikkommittén Sydost. Etikkommittén såg inga hinder för att studien skulle genomföras (dnr. EPK 412-2017).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan etiska problem uppstå i en intervjustudie på grund av svårigheten att forska om människors upplevelser och att presentera dessa offentligt. Ett etiskt problem kan vara att frågorna väcker starka känslor. På grund av detta fick sjuksköterskorna information om möjlighet att i efterhand kontakta författarna och deras handledare. Det är bra om konfidentialitet kan utlovas så att vissa uppgifter hålls privata (Kjellström, 2012). Konfidentialitet handlar om att datan bevaras så den inte sprids till obehöriga och att den redovisas så att det inte kan återkopplas till en enskild person eller situation (ibid). Datan förvarades på ett USB inlåst i ett skåp som endast författarna och handledaren hade tillgång till. Intervjuerna analyserades som en helhet för att ingen av personerna i intervjun skulle kunna identifieras.

Autonomiprincipen har tillämpats i studien eftersom det var frivilligt att delta i studien och områdescheferna deltog inte i rekryteringen. Autonomiprincipen innebär att forskning ska ske med hänsyn till deltagarens självbestämmande (Kristensson, 2014). Medverkan ska vara frivillig och personer ska kunna avbryta studien utan att lämna en förklaring (ibid).

Anonymitet för deltagarna kunde till stor del utlovas eftersom deltagarna själv kontaktade författarna och gav besked om intresse att delta i studien. Dock var arbetsplatsen liten och områdeschefen deltog vid morgonmötet där många anmälde intresse.

Kjellström (2012) skriver att deltagarna ska få information om studiens syfte och vad som förväntas av deltagaren. Namnet på ansvariga för arbetet, handledare, vilken skola de är verksamma vid ska finnas med samt vilka som har tillgång till materialet. Dessutom är det bra att lämna ut kontaktinformation om deltagarna vill ha ytterligare information samt att det är tydligt att deltagandet är frivilligt och deltagaren har rätt att avbryta när som helst utan att frågor ställs (ibid). Detta gjordes genom informationsbrevet samt att författarna informerade

deltagarna innan intervjun. Innan intervjuerna startade fick deltagarna skriva på ett informerat samtycke.

Resultat

Resultatet visade på att den personcentrerade omvårdnaden i hemmet till personer i livets slutskede upplevdes vara lätt att genomföra när omvårdnaden skedde i personens egna hem. I hemmet upplevdes dialogen bli bättre, personen var mer delaktig och hade mer makt över sin omvårdnad. Det upplevdes även finnas hinder för personcentrerad omvårdnad, som anhöriga med starka åsikter eller svårigheter i kommunikationen.

Genom innehållsanalysen framkom tre övergripande kategorier; vård i hemmamiljö, vara en del av familjelivet och samverkan i teamet. Dessa beskrev sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad omvårdnad till personer i livets slutskede i hemmet. Kategorierna skapades utifrån nio underkategorier som med olika perspektiv beskrev kategorierna. Citat användes för att stärka trovärdigheten.

Tabell 1 - Resultatöversikt

Kategori	Underkategori
Vård i hemmamiljö	Personens delaktighet
	Kommunikationens betydelse
	Skapa trygghet
	Begränsad av tid
En del av familjelivet	Anpassning efter personen
	Emotionellt påverkad
Samverkan i teamet	Samverkan i personalgruppen
	Samarbete med läkarna
	Anhöriga som en del av teamet

Vård i hemmamiljö

Resultatet visade att sjuksköterskorna var positiva till att arbeta personcentrerat i hemmet då de ansåg att hemmet var en bra plats för vårdande samt främjade läkande och bemötande.

Detta berodde bland annat på att personen själv valt att vara hemma. De ansåg att det fanns mycket att göra för personerna i livets slutskede och att de fick mycket tillbaka. Detta upplevdes positivt eftersom det blev en känsla av närhet, både psykiskt och fysiskt, vilket gav en starkare relation.

Personens delaktighet

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att personerna i livets slutskede hade ett stort inflytande och var delaktiga i sin omvårdnad. Många av sjuksköterskorna upplevde att det var ett betydelsefullt arbete och det fanns en ödmjukhet i omvårdnaden om personen var delaktig och det blev ett bra samarbete i slutskedet. På grund av delaktigheten öppnade personerna upp sig, vågade uttrycka hur de ville ha det, samarbetade och hade kontroll över vad sjuksköterskan gjorde i hemmet. Sjuksköterskorna ansåg att personerna engagerade sig och var delaktiga i sin omvårdnad eftersom hemmet var deras territorium. Delaktigheten från personerna i livets slutskede ledde till god omvårdnad samt att sjuksköterskan kände sig lite som personens livlina. De fick arbeta med personernas självkänsla och självständighet så att personerna inte skulle identifiera sig med sjukdomen. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att omvårdnaden inte blev bra om sjuksköterskan tog över för mycket av ansvaret för vården. Det fanns då en risk att personerna tappade självkänslan på grund av att de inte var delaktiga i sin omvårdnad.

Kommunikationens betydelse

Kommunikation är en av de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Sjuksköterskorna ansåg att kommunikationen hade stor betydelse i omvårdnadsarbetet. Ett bra första möte med en god kommunikation ansågs vara betydelsefullt samt att denna första kontakt påverkade resten av vårdtiden. Sjuksköterskorna upplevde att den personcentrerade omvårdnaden blev bättre om det ställdes mycket frågor. Genom frågor fick sjuksköterskan reda på hur hjälpen kunde ges på bästa sätt samt hur mycket personen ville släppa in sjuksköterskan i sitt liv. Det upplevdes lättare att kommunicera när en relation byggts upp under en längre tid eftersom personen då lättare kunde beskriva hur denne ville ha omvårdnaden i slutet av livet. Ytterst viktigt upplevdes det vara att sjuksköterskorna alltid ville det bästa för personen i livets slutskede och försökte göra sitt bästa även om kommunikationen inte fungerade.

”Man jobbar väldigt ensam och just bara kunna se på patienten vad den behöver om kommunikationen inte fungerar. Det är inte alltid så lätt när

man kommer ut som nyfärdig sjuksköterska, det är inte lätt även om man jobbat i många år.” – Sjuksköterska F.

Sjuksköterskorna kunde uppleva en känsla av ensamhet om det fanns svårigheter med kommunikationen. Denna känsla av ensamhet kunde sjuksköterskorna ofta känna om kontakten med personen skapats försent då personen blivit för dålig för att kommunicera om hur hen önskade sin sista tid i livet. Sjuksköterskan fick då skapa sig en egen uppfattning om hur personen levt tidigare och hur personen troligen skulle vilja ha omvårdnaden. Många sjuksköterskor upplevde också att det hade varit bra med ytterligare ett brytpunktssamtal när personen kommit hem från sjukhuset. Detta ansågs viktigt eftersom det var svårt att ge personcentrerad omvårdnad om personen inte helt uppfattat sin diagnos och situation.

Skapa trygghet

Kontinuitet ansågs vara en viktig faktor för att skapa trygghet i den personcentrerade omvårdnaden hos personer i livets slutskede. Sjuksköterskorna upplevde att de personer som ville vara hemma kände sig trygga och lugna i sitt hem om det fanns en kontinuitet. Genom att personen och sjuksköterskan kände varandra skapades en trygghet och omvårdnaden blev lättare. Sjuksköterskornas attityd ansågs också ha betydelse och var avgörande för personens trygghet. Förmågan att skapa lugn när allt runt omkring var kaos ansågs vara en bidragande faktor till trygghet. Det upplevdes skapas en trygghet för personerna i hemmet genom att de fick mer kunskap, starkare självkänsla och mer makt över sin situation. Sjuksköterskorna kände en inre trygghet om de visste vad som väntade personen i livets slutskede.

Begränsad av tid

Resultatet visade att flera sjuksköterskor upplevde att det fanns begränsat med tid att ge den omvårdnad som de önskade hemma hos personerna. Alla sjuksköterskorna ansåg dock att personerna i livets slutskede alltid skulle prioriteras och de skulle få den tid som behövdes. Det ansågs viktigt att ta sig tid till omvårdnaden för att en god relation skulle skapas mellan sjuksköterskan och personen.

”Man ska hinna känna av att den behandlingen vi ger, den verkar. Och det hinner jag inte se om jag springer in, trycker in en spruta och går därifrån.” – Sjuksköterska Q.

Ofta fanns en inre stress att fler vårdtagare skulle besökas, men de upplevde inte att de visade stressen utan behöll den inombords. Det var av stor vikt att personerna i livets slutskede fick känna att det fanns tid för dem. Det fanns en stor önskan om att kunna kopplas bort från andra vårdtagare under tiden sjuksköterskan var hos en person i livets slutskede. Detta just för att kunna fokusera och lägga energi på omvårdnaden. Flera sjuksköterskor upplevde att det var ett heltidsarbete att ge personcentrerad omvårdnad till fler än två personer i livets slutskede, eftersom mycket tid gick åt att ta sig mellan olika vårdtagare.

En del av familjelivet

Sjuksköterskorna upplevde att de inte bara kunde lägga fokus på personen i livets slutskede om det fanns en familj. Det var viktigt att se till hela familjens behov samt att mötet med personen och dennes familj blev bra. Detta visade sig vara lika viktigt som omvårdnaden. Sjuksköterskorna upplevde att personen och anhöriga var väldigt tacksamma för omvårdnaden. Närheten som skapades i hemmet kunde ge en upplevelse av att vara en del av familjen.

Anpassning efter personen

Det upplevdes vara en tillfredsställelse och en viktig del att anpassa sig efter hur den sjuka personen ville ha det samt efter de förutsättningar som fanns i hemmet. Sjuksköterskorna upplevde att det var en självklarhet att anpassa sig efter personen och såg inga svårigheter med det. På så sätt blev det en personcentrerad omvårdnad. Det upplevdes lättare för personen i livets slutskede att bestämma i sitt eget hem. Personen kunde lättare ha inflytande över omvårdnaden och behandling samt bestämde hur tät kontakten med sjuksköterskan skulle vara. Problem som kunde uppstå löstes tillsammans och en känsla av gemenskap skapades. Känslan av gemenskap kunde göra att sjuksköterskan såg personen bakom sjukdomen på ett annat sätt. Det ansågs vara speciellt att anpassa sig efter personen i deras hem. Sjuksköterskan måste läsa av vad det är för typ av person och bete sig på rätt sätt för att kunna möta denne på ett respektfullt sätt. Samtidigt ansåg sjuksköterskorna att hen inte skulle ta på sig någon roll och bete sig annorlunda för att hen är sjuksköterska i någons hem. Trots att sjuksköterskan anpassade sig mycket var det viktigt att vara sig själv, det bidrog till att personen också kunde vara sig själv. Det framkom även i resultatet att det inte fanns

möjlighet att göra allt runt omkring personen i hemmet då resurser ibland kunde saknas. Dock ansågs sjuksköterskan att hen alltid såg personen i livets slut som första person och därmed blev arbetet personcentrerat. För att sjuksköterskan lättare skulle kunna anpassa sig till personens prioriteringar och rutiner i hemmet upplevdes det också vara viktigt att göra en vårdplanering på sjukhuset.

”Är jag hemma hos en patient så är jag ju där enbart för dennes skull, medan på sjukhus kunde jag uppleva att går du in på en fyra sal och ska göra någonting med en patient så ropar de tre andra också.” –
Sjuksköterska Q.

Sjuksköterskan anpassade tiden till personen och ville vara tillgänglig och nära in i det sista när en person befann sig i livets slutskede för att kunna stötta personen och anhöriga. För sjuksköterskan var det viktigt att slutskedet blev bra och att personen fick lämna livet på ett värdigt sätt. För ett värdigt slut ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att anpassa men inte sluta med den personcentrerade omvårdnaden samt inte se några begränsningar. Mycket berodde på vilket skede personen befann sig i men det fanns alltid en strävan efter livskvalitet.

Emotionellt påverkad

Många sjuksköterskor upplevde att de kunde bli emotionellt påverkade av att arbeta personcentrerat i hemmet just för att de kom nära personen och anhöriga. Detta kunde leda till att sjuksköterskorna upplevde det svårt att åka från en person, åka till nästa vårdtagare och bära på känslor som inte fick visas. Sjuksköterskorna kunde också känna sig emotionellt påverkade när smärtlindringen inte hjälpte eller ångesten inte kunde dämpas. Känslor som då också kunde upplevas var frustration, utlämnande och maktlöshet. På grund av att sjuksköterskan kom nära personen kunde det göra ont i själen när personen gick bort. Det blev därför en känsla av tillfredsställelse att veta att den sista tiden gjordes så värdefull som möjligt vilket också var en viktig del för att den personcentrerade palliativa vården i hemmet skulle fungera bra.

”Om det inte hjälper känner man sig fruktansvärt, inte värdelös, men otillräcklig. [...] Sen vet jag att det räcker att man finns till hands även om man inte kan göra mer.” - Sjuksköterska D.

Det framkom även att vissa sjuksköterskor kunde känna sig emotionellt påverkade när de ville göra omvårdnaden mer personcentrerad, men resurserna inte alltid fanns.

Sjuksköterskorna kunde också bli emotionellt påverkade om de visste vad som väntade personen men personen inte accepterade att de var i slutskedet. De som arbetat med personer i livets slutskede en längre tid upplevde sig också kunna bli emotionellt påverkade om personen som kommit nära inte mådde bra. Motsatsen kunde också upplevas då sjuksköterskan kunde bli avtrubbad och inte känslomässigt berörd på grund av att ha arbetat mycket med personer i livets slutskede, detta kunde gå i perioder. De flesta sjuksköterskorna upplevde att det blev emotionellt påverkade av att vårda yngre personer som var mitt i livet än äldre som levt ett långt liv. Främst yngre sjuksköterskor kände att det var svårare att vårda yngre som de lättare kunde identifiera sig med.

Något som också upplevdes påverka sjuksköterskorna emotionellt var när en person först hade önskan om att få vara hemma sin sista tid då hen trodde sig klara av detta. Sedan blev personerna rädda, ledsna och kände oro över ensamheten när sjuksköterskan var tvungen att åka. Sjuksköterskorna hade inte möjlighet att vara där dygnet runt. Det framkom även att nattpersonal kände sig emotionellt påverkade när de inte kunde följa upp eller lova något eftersom de endast gjorde punktinsatser. Därmed fick de lämna över personens funderingar till den ansvariga dagpersonalen vilket kunna upplevas som otillräcklig personcentrerad omvårdnad.

Det framkom även att sjuksköterskan måste ha en professionell hållning. Trots att omvårdnaden sker i personens hem är det viktigt att inte sitta och gråta tillsammans. Även om upplevelsen av personcentrerad omvårdnad i livets slutskede kunde vara känslomässigt tung ibland var ändå den nytta, tacksamhet och uppskattning som sjuksköterskorna fick övervägande.

Samverkan i teamet

Resultatet visade olika angående sjuksköterskornas upplevelse av samarbetet med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, präst, biståndshandläggare med flera. Alla sjuksköterskorna var dock eniga om att en god samverkan i teamet var en förutsättning för god vårdkvalitet.

Samverkan i personalgruppen

Majoriteten av sjuksköterskorna som deltog i studien upplevde att det fanns ett gott samarbete i personalgruppen. Det fanns alltid möjlighet att ringa en kollega som kunde skapa en bättre relation med personen om det av någon anledning inte fungerade mellan vårdpersonal och vårdtagare. Sjuksköterskorna kunde alltid prata med varandra och stötta varandra om det var något svårt som hänt under dagen. De hjälpte också varandra med andra vårdtagare om sjuksköterskan behövde åka till personen i livets slutskede. Detta samarbete ansågs vara mycket viktigt för att omvårdnaden i hemmet skulle fungera på ett bra sätt.

”Man måste ta del av andras kunskaper och vädra lite med andra sjuksköterskor.” – Sjuksköterska I.

Samarbete med läkare

Sjuksköterskorna ansåg att den personcentrerade omvårdnaden kunde bli lättare eller svårare beroende på hur samarbetet med läkaren fungerade. Vissa sjuksköterskor upplevde att de hade ett bra samarbete med läkarna, de fick klara ordinationer och det var lätt att få tag på ansvarig läkare. Andra ansåg att det fanns brister i samarbetet. De upplevde att läkarna inte var engagerade i personcentrering och hembesök utan var mer inriktade på läkemedel. Några av sjuksköterskorna ansåg att det var bra för den personcentrerade omvårdnaden om personen var ansluten till det palliativa teamet. Detta eftersom sjuksköterskan då hade direktkontakt med specialister inom palliativ vård och snabbt kunde få svar på frågor om exempelvis smärtproblematik.

”Det handlar om stabila läkare som tar sitt ansvar och följer upp sina patienter.” – Sjuksköterska G.

Anhöriga som en del av teamet

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att anhöriga som en del i teamet var både ett hinder och en tillgång i den personcentrerade omvårdnaden. En del anhöriga upplevdes väldigt engagerade och hjälpte till mycket vilket stärkte omvårdnaden. Sjuksköterskorna ansåg att en viktig del att tänka på var att låta de anhöriga som inte ville vara delaktiga i personens omvårdnad bara få vara anhöriga. Dock önskades mer tid till anhöriga eftersom dessa var medpatienter och inte fick glömmas bort. Stöd till anhöriga och deras involvering är en viktig komponent för att palliativ hemvård ska fungera bra.

I den personcentrerade omvårdnaden ansågs det ibland svårt att anhöriga var en del av teamet. Det upplevdes att vissa anhöriga hade starka åsikter och ville styra omvårdnaden vilket visade sig inte alltid vara det bästa för personen.

”Ibland är det jättesvårt att se patienten först och främst, för anhöriga ingår i det här paketet så att säga” – Sjuksköterska V.

Det kunde även vara svårt för sjuksköterskan att se anhöriga som en del av teamet när barn, make eller maka tyckte olika jämfört med personen i livets slutskede. Var sjuksköterskan inte observant på detta kunde omvårdnaden ske på de anhörigas villkor. Samtidigt ansågs det viktigt att tänka på anhöriga som en del av teamet eftersom dessa skulle leva kvar med minnet av personen.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie genomfördes för att lyfta fram sjuksköterskors upplevelse. En intervjustudie är lämpligt att genomföra för att kunna beskriva deltagarnas upplevelse, tankar och livsvärld (Kvale & Brinkmann, 2014; Kristensson, 2014).

Inklusionskriterierna var legitimerad sjuksköterska som arbetat minst ett år inom hemsjukvården och arbetat med personer i livets slutskede. Ett ändamålsenligt urval gjordes för att studiens syfte skulle kunna besvaras (Danielson, 2012). Urval och inklusionskriterier ansågs relevanta eftersom Danielsson (2012) skriver att det var en förutsättning att deltagarna hade upplevt ett fenomen för att kunna berätta om det. Deltagarna var både män och kvinnor där åldern varierade från 30 år till 65 år. Arbetslivserfarenheten inom hemsjukvården varierade från 4 år till 37 år. Detta anses vara en styrka då variation i ålder och kön bidrar till en varierad upplevelse (Henricsson & Billhult, 2012).

Trovärdigheten i en kvalitativ studie består av fyra dimensioner, överförbarhet, tillförlitlighet, giltighet och verifierbarhet (Kristensson, 2014). För att bedöma en studies överförbarhet är det viktigt med en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och

omständigheterna runt studien (Lundman & Graneheim, 2012). Deltagarna som rekryterades gjorde hembesök på landsbygden, i stadsmiljö och i skärgården. Detta kan förbättra överförbarheten. Samtidigt kan trovärdigheten begränsas av att alla deltagare utgick från samma arbetsplats. Deltagarna bestod av distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor. Det anses dock inte ha påverkat resultatet eftersom endast några nämnde i sina svar att de var distriktssjuksköterskor.

Områdescheferna var inte inblandade i rekryteringen av deltagare, vilket kan öka trovärdigheten då deltagarna inte känt sig tvingade att delta. Dock var områdescheferna med på morgonmötet där många anmälde intresse att delta. Detta kunde bidra till att fler visade intresse för studien. Deltagarna rekryterades från samma arbetsplats vilket kunde bidra med svårigheter för anonymitet då arbetsplatsen var liten och andra sjuksköterskor hjälpte författarna att hitta deltagaren innan intervjun. Det bestämdes att åtta deltagare var tillräckligt för att samla den data som kunde besvara syftet. I kvalitativa studier är det ofta ett färre antal deltagare (Henricson & Billhult, 2012). Färre personer som ger rika berättelser kan vara bättre än ett stort antal med liknande erfarenheter (ibid). Att välja få personer kan dock ge begränsad information vid innehållsanalysen (Danielson, 2012). Några deltagare frågade om de kunde få intervjufrågorna skickade innan intervjun för att kunna förbereda sig. Författarna valde att inte skicka ut frågorna i förväg i syfte att deltagarna inte skulle tänka ut svar i förväg. Deltagarna kunde då inte heller diskutera frågorna med varandra. Beslutet att inte skicka ut frågorna togs för att deltagarna skulle ge spontana svar om sina upplevelser.

En provintervju genomfördes för att testa inspelningsutrustningen. För att kontrollera kvaliteten på intervjuguiden gjordes ett ändamålsenligt val av intervjuperson då författarna valde att intervjua en person som hade erfarenhet och kunde besvara syftet. Därmed kunde hen även säga om frågorna var lätta att förstå. Provintervjun valdes att ingå i studien då det ansågs att syftet besvarades och resultatet kunde få mer bredd genom att både dagpersonal och nattpersonal inkluderades. Personen kontaktades för godkännande att intervjun ingick i resultatet.

Intervjuernas längd varierade mellan 19 och 65 minuter. Deltagarna hade möjlighet att ta den tid de behövde för att svara på frågorna. Det var bra om intervjun genomförs på avskild plats med liten risk för störningar (Kristensson, 2014). Datainsamlingen skedde i olika rum på sjuksköterskornas kontor, främst i konferensrum. Ingen intervju stördes av utomstående utom

en där intervjun skedde på sjuksköterskans rum som delades med en annan sjuksköterska. Det ansågs dock inte påverkat resultatet då sjuksköterskan inte upplevdes bli störd av detta. Deltagarna tappade ibland fokus och pratade om upplevelser som inte berörde personer i livets slutskede utan bara personcentrerad omvårdnad i allmänhet. Författarna försökte då flytta tillbaka fokus genom en följdfråga om slutskedet. Detta hade kunnat undvikas genom att frågorna skickats ut i förväg då deltagaren kunnat förbereda sig mer på sin upplevelse av att arbeta med personer i livets slutskede. De flesta upplevdes avslappnade under intervjun och pratade öppet om sina upplevelser. Några upplevdes nervösa för inspelningen och sneglade under intervjun på utrustningen, dessa slappnade sedan av och pratade mer öppet efter intervjun då inspelningen avslutats. Om detta påverkade resultatet är svårt att säga eftersom nervositet ses som en mänsklig reaktion vid inspelning.

I föreliggande studie användes en semistrukturerad intervjumetod. Vid semistrukturerade intervjuer kan intervjuaren välja i vilken ordning frågorna i intervjuguiden ska ställas (Danielsson 2012). Detta innebär att intervjuaren enklare kan anpassa frågorna efter deltagarens svar. Genom att kunna anpassa frågorna kan en god interaktion upprätthållas. Intervjun kan upplevas som stel om frågorna är för detaljerade (ibid). En intervjuguide skapades utifrån denna form av intervjumetod. Intervjuguiden bör ha så öppna frågor som möjligt, ja och nej frågor bör enligt Wibeck (2012) undvikas i största möjliga mån för att få utförliga svar som kan besvara syftet. Intervjuguiden bestod av huvudfrågor som kunde besvara deltagarnas upplevelser av studiens syfte. Följdfrågor kunde komplettera eller förtydliga svaren på huvudfrågan. Följdfrågor som inte formulerats på förhand i intervjuguiden ställdes utifrån deltagarens svar. Enligt Wibeck (2012) är det en frihet och ett verktyg i den semistrukturerade intervjumetoden att kunna använda sig av följdfrågor som kan utveckla svaren.

Båda författarna närvarade och var aktiva under samtliga intervjuer. Detta kan ses positivt då det ställdes fler följdfrågor. Det kan också ses som något negativt då deltagaren kan uppleva sig vara i underläge vilket kan leda till att deltagarna inte utvecklar sina svar. Detta ansågs dock inte skett eftersom deltagarna pratade utförligt om sina upplevelser. Författarna valde att transkribera inom ett par dagar för att ha intervjuerna färskt i minnet och så fort som möjligt kunna påbörja analysen. Författarna transkriberade fyra respektive fem intervjuer var. Detta delades upp utifrån vem som transkriberade den längsta intervjun då det ansågs rättvist. Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys användes för studiens analys. Analysens

alla steg gjordes gemensamt vilket kan öka tillförlitligheten i studien. När två eller fler personer analyserar och tillsammans tolkar materialet kan resultatet stärkas eftersom det inte påverkas av en persons förförståelse (Kristensson, 2014). Förförståelse är den kunskap och tidigare erfarenhet som en person har inom det område som ska studeras (Olsson och Sörensen 2011). Denna förförståelse får inte påverka objektiviteten i intervjuer och resultat (ibid). Författarna hade begränsat med erfarenhet av att ha arbetat inom hemsjukvården dock ansågs det inte vara tillräckligt för att det skulle kunna påverka resultatet utan istället bidragit till ökat intresse för studien.

Resultatdiskussion

En stor del av resultatet handlar om hur sjuksköterskorna ansåg att det var lättare att arbeta personcentrerat i hemmet. De fyra hörnstenarna symtomlindring, samarbete, kommunikation och stöd till anhöriga nämns både som positiva och negativa delar i sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad i livets slutskede i hemmet. Personen var involverad, hade inflytande och lättare kunde bestämma över sin egen omvårdnad. Det skapades en närhet mellan vårdpersonal och personen i livets slutskede som inte upplevdes finnas på sjukhuset där personcentrerad omvårdnad kunde bli svårt när flera personer försökte bli sedda samtidigt. I hemmet blev allt fokus på bara just den personen. Genom att vara hemma upplevdes det att personerna blev mer delaktiga, fick mer kunskap, självkänsla och makt över sin situation. Även Ekman och Nordberg (2013) belyser att personcentrerad omvårdnad gör att personen får ett ökat ansvar och mer makt. McCormack et al (2010) skriver också att personcentrerad omvårdnad bygger på rätten till självbestämmande.

Sjuksköterskorna upplevde att det var positivt att vårda en person i deras egna hem om personen själv och de anhöriga ville att personen skulle vårdas i hemmet. Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva och Berggren (2010) skriver att sjuksköterskan kan känna maktlöshet om personen och anhöriga inte var överens om personen skulle vårdas i hemmet. Det kunde upplevas ännu svårare om personen eller anhöriga ändrade åsikt när byte av miljö kunde snabba på slutskedet (ibid). Det var viktigt att personen visste att det gick att få liknande omvårdnad i hemmet som på sjukhus. Lika viktigt var det att personen och anhöriga var införstådda med vad det innebar att vårdas i hemmet. Det kunde upplevas som en begränsning i den personcentrerade omvårdnaden om en person valt att vara hemma men sedan upptäckte att hen inte klarade av det. Istället för att uppleva ett lugn i hemmet blev

personerna rädda då sjuksköterskan inte kunde vara där dygnet runt. I de fall där personen inte klarade av att vara hemma skulle en annan boendeform vara bra. Det är även av denna anledning hospice borde finnas på fler platser i landet, där det dygnet runt finns tillgång till sjukvårdspersonal.

Den personcentrerade omvårdnaden i hemmet, där de kom nära personen, kunde bidra till att sjuksköterskorna blev emotionellt påverkade. Just arbetet med personer i livets slutskede kunde vara känslösamt. Därför var det viktigt att sjuksköterskan var trygg i att veta att personen skulle bli sämre och avlida. För att sjuksköterskan skulle kunna känna sig trygg kan tydlig och en uppdaterad dokumentation samt riktlinjer kring personen vara av betydelse. Denna dokumentation bör läsas inför varje besök för att säkerställa personens senaste tillstånd. Även kontinuiteten kan vara en trygghet för sjuksköterskan som lärt känna personen och kan se förändringar i personens beteende.

Både Karlsson och Berggren (2011) och Fitch et al (2016) belyser vikten av att sjuksköterskan är lugn och trygg i sin yrkesroll. För att öka kvaliteten i den personcentrerade omvårdnaden är det viktigt att sjuksköterskan vet vad som väntar personen (ibid). En trygghet i sin yrkesroll och trygghet i att veta vad som väntar personen skulle kunna skapas genom ett gott samarbete i personalgruppen. Sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att de alltid hade möjlighet att ringa en kollega för att be om hjälp. De kunde även tala med och stötta varandra om något hade hänt under dagen som skapade svåra känslor. Peters, Cant, Sellick, O'Connor, Lee och Burney (2012) betonar att sjuksköterskor mådde bra på sitt arbete om de fick stöd från kollegor. Vilket även var viktigt för att minska känslan av stressiga situationer (ibid). Cleary, Molyneux och Gilson (2013) bekräftar vikten av stöttning på arbetsplatsen. Professionellt stöd kan bli aktuellt för sjuksköterskan i de lägen där kollegor inte har den kompetens som krävs för att kunna stötta fullt ut så att sköterskan kan hantera de svåra situationer som de utsätts för i sitt arbete. Samarbetet med andra yrkesgrupper upplevdes ofta positivt. Dock upplevde sjuksköterskorna inte alltid att de hade stöd från läkarkåren. Karlsson et al (2010) skriver att det kunde leda till en känsla av maktlöshet när sjuksköterskan ansåg att läkaren inte prioriterade personen i livets slutskede. Det hade varit bra för den personcentrerade omvårdnaden om kommunen fått anställa egna läkare. Dock framgår det i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) att kommunens ansvar och befogenhet inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Oavsett upplevde

sjuusköterskorna en tillfredsställelse i att veta att den sista tiden gjorts värdefull och personcentrerad.

Ofta ansåg sjuusköterskorna att kommunikationen fungerade bra. I hemmet vågade personerna uttrycka hur de önskade sin sista tid i livet. Brummel-Smith et al (2016) påpekar att kommunikation och informationsutbyte är mycket viktig för den personcentrerade omvårdnaden. Kommunikationen kunde bli svår om sjuusköterskan mötte personen i ett sent skede då personen inte längre kunde uttrycka sig. Ross, Todd & Clarke (2014) skriver att det är viktigt att kunna fråga anhöriga om personen själv inte kunde göra önskemål kända. I resultatet i föreliggande studie framkom det att det kunde vara ett problem att fråga anhöriga om de såg sina egna behov framför personens. I de fall då det inte finns anhöriga kan dokumentationen kring personen vara av stor vikt för att sjuusköterskan ska kunna skapa sig en egen uppfattning för en bra personcentrerad omvårdnad.

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) framgår det att personen ska få information om sitt tillstånd. Informationens värde ligger i att skapa förutsättningar för delaktighet och valfrihet (Svenska palliativregistret, 2011). Brytpunktssamtalet är av stor vikt då det förmedlas att personen inte längre gynnas av livsförlängande behandling (ibid). Även om kommunikationen fungerade bra kunde sjuusköterskorna uppleva att det kunde varit bra för den personcentrerade omvårdnaden om läkaren hade mer än ett brytpunktssamtal. Det upplevdes att alla inte förstod att deras behandling skulle övergå från livsförlängande till lindring i livets slutskede. Även Axelsson (2016) skriver att förändringen måste diskuteras mer än en gång. Rutiner kring hur denna behandlingsövergång presenteras kan vara viktig att se över för att säkerställa att informationen är mottagen och förstådd. Anhöriga bör medverka vid brytpunktssamtalet för att minska risken att delgiven information missförstås för att kvaliteten på den personcentrerade omvårdnaden ska förbättras.

Sjuusköterskorna i föreliggande studie upplevde att det var viktigt att prioritera personer i livets slutskede. Speciellt när vetskapen fanns att det endast var dagar eller timmar kvar ansågs det viktigt att kunna stötta personen och anhöriga. Det var betydelsefullt att slutet blev bra och att personen fick lämna livet på ett värdigt sätt. Struwe, Baernholdt, Noerholm och Lind (2013) framhäver att personens välmående alltid borde prioriteras. Beckstrand, Clark Callister och Kirchhoff (2006) skriver att döden är en kritisk punkt och måste bemötas med värdighet och respekt. Även om personer i slutskedet alltid skulle prioriteras kunde

sjuusköterskorna känna att tiden inte alltid fanns. Ofta fanns det en känsla av att även andra vårdtagare behövde dem. Enligt Beckstrand et al (2006) var brist på tid den vanligaste orsaken till att sjuusköterskan inte upplevde att de hade haft möjlighet att ge personen en lugn och värdig avslutning på livet. I resultatet i föreliggande studie nämns tid som ett problem och beror till stor del på personalresurser. Att säkerställa ett värdigt slut behöver inte enbart vara sjuusköterskans uppgift utan kan även delegeras till undersköterskor och vårdbiträde som också byggt upp en relation till personen. På så sätt kan sjuusköterskorna nyttjas där de bäst behövs.

Anhöriga kunde ses både som en tillgång och ett hinder för den personcentrerade omvårdnaden. Vissa anhöriga upplevdes väldigt engagerade och hjälpsamma. Detta gjorde att sjuusköterskan ibland nästan bara behövde tänka på de medicinska insatserna. Andra såg inte alltid till personens bästa utan tänkte mer på sin egen uppfattning om vad som var det bästa för personen. Detta kunde skapa ett dilemma för sjuusköterskan eftersom anhöriga skulle vara en del i teamet runt personen. För sjuusköterskan kan det vara svårt att veta var gränsen ska dras för hur involverade anhöriga borde vara om de inte främst såg till personens bästa. Det kan vara bra om det förs en dialog med anhöriga när sjuusköterskan känner att personen inte gynnas av omvårdnaden. Dels för att skapa insikt att deras åsikt inte gynnar personen, men också för att skapa delaktighet så att anhöriga blir en del av teamet. Karlsson et al (2010) skriver att sjuusköterskor kunde uppleva maktlöshet vid omhändertagande av personer i livets slutskede i deras hem på grund av krav från anhöriga.

Slutsats

Det visade sig finnas olika upplevelser av att arbeta personcentrerat i livets slutskede i hemmet. Utifrån diskussionen kunde ett antal svårigheter och problem tas fram. Sjuusköterskorna ansåg att själva personcentreringen var lättare i hemmet eftersom personen var i fokus. Personen var involverad, hade inflytande och var delaktig. En förutsättning för att arbeta personcentrerat var att personen och anhöriga var införstådda med vad det innebar att vårdas i hemmet. Resultatet visade att anhörigas medverkan inte alltid gynnade personens omvårdnad men det kunde vara svårt för sjuusköterskan att göra anhöriga införstådda med vad som var det bästa för personen.

Kommunikationen upplevdes ofta fungera bra men det var ett hinder om personen hade svårt att uttrycka önskemål. Brytpunktsamtalet ansågs vara av stor vikt för den personcentrerade omvårdnaden då det var svårt att vårda om personen inte var införstådd med sin situation. Resultatet visar en brist och att det kan behövas fler än ett samtal för att säkerställa att personen förstått sin situation. Det fanns även brister i kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor då vissa sjuksköterskor upplevde att läkaren inte såg personen bakom sjukdomen eller intresserade sig för hembesök. Även bristen på tid ansågs vara ett hinder för att kunna arbeta personcentrerat eftersom det bland annat tog tid att bygga upp en relation.

Sjuksköterskorna kunde bli emotionellt påverkade av att arbeta så nära som de gjorde med personen i hemmet och att personen sedan gick bort. Detta kunde också leda till att sjuksköterskorna efter ett tag blev känslomässigt oberörda. Trots att sjuksköterskorna upplevde det vara emotionellt svårt var det en tillfredsställelse att ge en värdefull och värdig sista tid i livet. I resultatet framkom det också att sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att de kände en trygghet i sin yrkesroll och visste vad som väntade när de arbetade med personer i livets slutskede. Trygghet kunde sjuksköterskorna få genom stöd inom den egna personalgruppen men resultatet tyder på att det även kan behövas externt stöd som till exempel psykolog.

Resultatet kan troligen tillämpas på andra ställen i Sverige där hemsjukvård bedrivs. Vidare kan resultatet angående sjuksköterskors upplevelse av att arbeta personcentrerat i hemmet med personer i livets slutskede användas för att skapa en bättre och mer kvalitativ personcentrerad omvårdnad.

Förslag och förbättringsåtgärder att studera för en bättre personcentrerad omvårdnad i livets slutskede i hemmet:

- Kommunikation och kommunikationsmetoder mellan sjuksköterskor, läkare och personen i livets slutskede
- Rutiner som används vid palliativ vård
- Den psykiska påverkan och hälsan på sjuksköterskan och hur det arbetas med i organisationen
- Delegering och resursplanering inom organisationen
- Mötet mellan vården och anhöriga

Självständighet

Informationsbrevet och ansökan till Etikkommittén Sydost gjordes tillsammans. Båda närvarade vid intervjuerna. Det skiftade vem som ställde frågorna och vem som var bisittare. Transkriberingen delades i fyra respektive fem intervjuer. Uppdelningen gjordes utifrån vem som transkriberade den längsta intervjun. Båda var delaktiga i analysen och resultatet. Metoden skrevs av Sofie med delaktighet av Emelie. Resultatdiskussionen hade Emelie huvudansvaret för medan Sofie ansvarade för metoddiskussionen. Bakgrunden delades upp och skrevs på olika håll men gick igenom tillsammans. Sammanfattningen, inledningen och slutsatsen har skrivits gemensamt. Samarbetet fungerade bra därför har mycket gjorts gemensamt.

Referenser

- Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- Beck-Friis, B., & Jakobson, M. (2012). Hemsjukvård – också I livets slutskede. I: P. Strang & B. Beck-Friis (Red.) *Palliativ medicin och vård* (169-178) Stockholm: Liber
- Beckstrand, R., Clark Callister, L. & Kirchhoff, K. (2006). Providing a “good death”: Critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care* 15(1) 38-45
- Bergdahl, E., Benzin, E., Ternestedt, BM., Elmberger, E. & Andershed, B. (2013). Co-creating possibilities for patients in palliative care to reach vital goals – a multiple case study of home-care nursing encounters. *Nursing Inquiry* Dec; 20(4): 341-351
- Brummel-Smith K, Butler D, Frieder M, Gibbs N, Henry M, Koons E, Loggers E, Porock D, ... Vladeck BC. (2016). Person-Centered Care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society* 64(1) 15-18
- Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2006). The specialist palliative care nurse: A qualitative study of the patients’ perspective. *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006) 1011-1022
- Cleary, S., Molyneux, S. & Gilson, L. (2013). Resources, attitudes and culture: and understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Services Research* 13(320) 1-11
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I: M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (164-174). Lund: Studentlitteratur
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (330-343). Lund: Studentlitteratur
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S., Morgan, ... Parsons, C. (2016). Nurses’ experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 26(9-10) 1234-1244
- Eriksson, K. (1987). *Pausen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ekman, I., & Nordberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I Edberg, A. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (29-53). Lund: Studentlitteratur.
- Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education In Practice*, 13(4), 283-287
- Fitch, M., DasGupta, T & Ford., B. (2016). *Achieving Excellence in Palliative Care:*

Perspectives of Health Care Professionals. Asia Pac J Oncol Nursing, 3(1).

Freeman, S., Frise-Smith, T., Neufeld, E., Fisher, K och Ebihara, S. (2016). *The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: A cross-sectional study. BMC Palliative Care*. 15:24.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112

Hanratty, J. & Higginson, I. (1997). *Palliativ vård vid terminala sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I: M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (130-137). Lund: Studentlitteratur

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Kaasa, S. (2001). Palliativ medicin - en introduktion. I: S. Kaasa (Red.) *Palliativ behandling och vård* (11-17) Lund: Studentlitteratur

Karlsson, C. & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics* May; 18(3): 374-385

Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(5) 224-231

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I: M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (70-92). Lund: Studentlitteratur

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Källström Karlsson, I. (2009). *Att leva nära döden: patienters och vårdpersonals erfarenheter inom hospicevård*. Diss. (sammanfattning) Örebro: Örebro universitet, 2009. Örebro.

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B.H. Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (187-201) Lund: Studentlitteratur

McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for a person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5) 472-479

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Tobin, C., Manning, M., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K. and PeeloKilroe, L. (2010) *The Implementation of a Model of Person-Centred Practice in Older Person Settings. Final Report*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Services Executive

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N. ... Wilson, V. (2015). *Person-centredness – the ‘state’ of the art*. *International Practice Development Journal* 5(1) 1-15

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (u.å.). *Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad*. Stockholm

Nilsson, J., Blomberg, C., Holgersson, G., Carlsson, T., Bergqvist, M. & Bergström, S. (2017). End-of-life care: Where do cancer patients want to die? A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 13(00) 1-9

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede – Nationellt vårdprogram*. Regionalt cancercentrum: Stockholm Gotland.

Reid, F. (2013). Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nursing children and young people* 25(9) 31-36

Ross, H., Todd, M.A., & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 24(9-10) 1223-1233

Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., Burney, S., & Karimi, L. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 18(11) 561-567

Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring*.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*.

Socialstyrelsen. (2016). *Hemsjukvård*. Hämtad: 2017-01-08 Från: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/hemsjukvard>

Socialstyrelsens termbank. (2012). *Hemsjukvård*. Hämtad: 2016-12-14 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=743>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer

SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer

Steinhauser, K.E., Clipp, E.C., McNeilly, M., Christakis, N.A., McIntyre, L.M., & Tulskey, J.A. (2000). In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132(10), 825-832.

Struwe, J. H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 141-151.

Svenska palliativregistret. (2011). *Vad bör ett brytpunktssamtal innehålla och när ska det genomföras?* Kalmar

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om... Personcentrerad vård.* Stockholm

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n: en modell för personcentrerad palliativ vård.* Lund: Studentlitteratur

Vårdförbundet (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård.* Stockholm

Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I: M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad.* (193-214) Lund: Studentlitteratur

WHO. (2015). *Palliative Care.* Hämtad: 2016-12-07 Från:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

Bilaga 1. Rådgivande yttrande från Etikkommittén



Projektansvariga

Emelie Kristiansen

Sofie Olsson

Sjuksköterskeprogrammet

Blekinge Tekniska Högskola

Handledare

Agneta Lindvall

Institutionen för hälsa

Blekinge Tekniska Högskola

Rådgivande yttrande över projektet "Sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård i hemmet för palliativa patienter" (dnr. EPK 412-2017)

Etikkommittén Sydost har tagit del av den planerade studien vid Blekinge Tekniska Högskola och ser inga etiska hinder till att den genomförs som planerat.

Observera att Etikkommittén Sydost endast ger ett rådgivande yttrande och inte ett tillstånd att utföra studien.

Lycka till med studien.

Karlskrona 2017-02-28,

Etikkommittén Sydost



Bilaga 2. Informationsbrev till områdeschef

Informationsbrev till områdeschef för hemsjukvården

Vi heter Emelie Kristiansen och Sofie Olsson och är två studenter som läser sjuksköterskeutbildningen på Blekinges Tekniska Högskola i Karlskrona. Vi skriver nu vårt examensarbete med syfte att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad omvårdnad vid palliativ vård i livets slutskede i hemsjukvården.

Då fler patienter med palliativ diagnos i livets slutskede idag vårdas i hemmet skapar detta ett högre krav på sjuksköterskan. En sjuksköterska inom hemsjukvården kan ansvara för många patienter samtidigt och det kan innebära en svårighet för sjuksköterskan att se patienters alla behov samt resurser. Vi vill genomföra en intervjustudie med förhoppning att resultatet kan leda till en ökad förståelse för sjuksköterskors upplevelser av att se till patientens behov och resurser i livets slutskede.

Vi vill rekrytera 8 sjuksköterskor som har minst ett års arbetslivserfarenhet inom hemsjukvården samt har vårdat palliativa patienter i slutskedet. Att medverka i denna studie är frivilligt och intervjupersonerna kan när som helst avstå från deltagandet eller avbryta sin delaktighet i studien utan att ange någon anledning. Intervjun kommer ungefär att ta ca 30 minuter och sker i ett enskilt rum på arbetsplatsen eller valfri plats, den tiden väljs som passar bäst för sjuksköterskan för att inte hindra arbetet. Studien kan komma att publiceras i DIVA som är en hemsida där godkända kandidatuppsatser publiceras. Vid publiceringen kommer inte enskilda individer att kunna identifieras. Intervjuerna kommer att spelas in på en bandspelare som bara vi som skriver studien samt handledaren har tillgång till.

Vi kommer gärna på något morgonmöte eller liknande och informerar om vår intervjustudie om det finns möjlighet. Vid frågor kan du kontakta oss.

Student
Emelie Kristiansen
Emkr15@student.bth.se

Student
Sofie Olsson
Sool15@student.bth.se

Handledare
Agneta Lindvall
agneta.lindvall@bth.se



Bilaga 3. Informationsbrev till sjuksköterskorna

Informationsbrev och förfrågan om deltagande i intervjustudie till dig som är sjuksköterska i hemsjukvården

Vi heter Emelie Kristiansen och Sofie Olsson och är två studenter som läser sjuksköterskeutbildningen på Blekinges Tekniska Högskola i Karlskrona. Vi skriver nu vårt examensarbete med syfte att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad omvårdnad vid palliativ vård i livets slutskede i hemsjukvården.

Fler patienter med palliativ diagnos vårdas idag i hemmet vilket kan skapa ett högre krav på sjuksköterskan. Vi vill därför beskriva sjuksköterskans upplevelse av att kunna tillgodose patientens behov och se till dennes egna resurser, att ge personcentrerad omvårdnad. Vi hoppas intervjustudien kan leda till en ökad förståelse för sjuksköterskors upplevelser av att ge personcentrerad omvårdnad.

Just du tillfrågas eftersom du är utbildad sjuksköterska, har minst ett års arbetslivserfarenhet inom hemsjukvården samt har vårdat palliativa patienter i livets slutskede. Att medverka i denna studie är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien. Detta kan du göra utan att ange någon anledning. Intervjun kommer att ta ungefär 30 minuter och sker i ett enskilt rum på arbetsplatsen eller valfri plats den tid som passar dig bäst för att inte hindra ditt arbete.

Studien kan komma att publiceras i DIVA som är en hemsida där godkända kandidatuppsatser publiceras. Vid publiceringen kommer inte enskilda individer att kunna identifieras. Intervjuerna kommer att spelas in på en bandspelare som bara vi som skriver studien samt handledaren har tillgång till. Efter att betyg Godkänt erhållits på arbetet kommer materialet raderas.

Om du är intresserad av att delta i studien kan du kontakta oss via mail så planerar vi in en intervju. Vi är tacksamma om du hör av dig senast en vecka efter detta informationsbrev då vi har begränsat med tid. Vid frågor kan du kontakta oss.

Student
Emelie Kristiansen
Emkr15@student.bth.se

Student
Sofie Olsson
Sool15@student.bth.se

Handledare
Agneta Lindvall
agneta.lindvall@bth.se



Bilaga 4. Intervjuguide

1. Kan du berätta om dina upplevelser av att som sjuksköterska arbeta med patientens individuella behov/personcentrerad omvårdnad vid palliativ omvårdnad i livets slutskede?
2. Kan du berätta hur du upplever det att vårda patienter i livets slutskede i hemmet? (vi menar inte på boende)
3. Vad innebär det för dig att se till patientens individuella behov/personcentrerad omvårdnad?
4. Tycker du att du arbetar utifrån patientens individuella behov/personcentrerad omvårdnad?
På vilket sätt arbetar du utifrån patientens individuella behov/personcentrerad omvårdnad?
5. Anser du att patienten är delaktig i sin egen omvårdnad i hemmet? I så fall på vilket sätt, alt varför inte?
Upplever du att patienten känner sig tryggare under sjukdomsförloppet genom att vara delaktig i sin omvårdnad?
6. Upplever du att anhöriga är delaktiga i patientens omvårdnad? På vilket sätt?
7. Upplever du några hinder eller svårigheter att se till patientens individuella behov/personcentrerad omvårdnad i livets slutskede? I så fall vilka?
8. Hur tror du att man som sjuksköterska kan förbättra den individualiserade omvårdnaden/personcentrerad omvårdnaden?
9. Känner du att det är något specifikt som behöver förbättras inom den palliativa omvårdnaden i hemmet, i så fall vad?
10. Är det något du vill lägga till?

Exempel på följdfrågor

Kan du ge exempel?

Hur upplever du det?

Hur menar du?

Kan du beskriva mer?



Bilaga 5. Samtyckesblankett

Jag vill delta i studien med rättighet till att när som helst kunna avbryta deltagandet eller avstå ifrån valfri fråga under intervjun utan att bli ifrågasatt. Jag har fått information om studien både skriftligt och muntligt samt har information getts angående att intervjuerna kommer att spelas in och sparas på ett USB minne tills arbetet har slutförts.

Jag samtycker till att delta i denna studie

Deltagares underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Bilaga 6. Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Trygghet är en väldigt viktig faktor, framförallt för personerna som är i livets slut	Trygghet är viktigt, framförallt i livets slut	Trygghet viktigt i livets slut	Skapa trygghet	Vård i hemmamiljö
Hemmet förbättrar alla förutsättningar, både för läkande och för mötande bit, ja allt	Hemmet förbättrar förutsättningarna för läkande och bemötande	Bättre förutsättningar i hemmet		
I hemmet blir det annorlunda, det blir mer avslappnat, dem kan vara mer sig själva	Annorlunda i hemmet, mer avslappnat, kan vara sig själva	Kan vara sig själva	Anpassning efter personen	Del av familjen
Man kommer ju nära dem, kommer nära familjen och anhöriga	Kommer nära dem, familj och anhöriga	Kommer nära	Emotionellt påverkad	
Behöver bli fränkopplad från övriga patienter vid vårdande av person i livets slutskede, lite knepigt, men vi försöker hjälpa varandra så mycket som vi kan	Fränkoppling från övriga patienter, knepigt, men försöker hjälpa varandra	Hjälpa varandra	Samverkan i personalgruppen	Samverkan i team
Det handlar väldigt mycket om att få med doktorerna på banan, att dom jobbar personcentrerat och att dom finns delaktiga	Få med doktorerna, att dom jobbar personcentrerat, finns delaktiga	Få doktorerna att jobba personcentrerat	Samarbete med läkarna	