



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Magisterexamen i Omvårdnad
VT/HT 2019
Högskolan Kristianstad

Att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut inom kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Sjuksköterskors upplevelser

Amira Cukur och Therese Friberg

Författare

Amira Cukur och Therese Friberg

Titel

Att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut inom kommunal hemsjukvård i ordinärt boende - Sjuksköterskors upplevelser

Engelsk titel

Providing palliative care to elderly people at the end of life within municipal home care in ordinary living - Nurses' experiences

Handledare

Maria Nilsson

Examinator

Ann-Christin Janlöv

Sammanfattning

Bakgrund: Behovet av sjuksköterskor som kan utföra lindrande (palliativ) omvårdnad av hög kvalitet vid livets slut inom kommunal hemsjukvård (HSV) i ordinärt boende förväntas öka, eftersom allt fler personer lever längre och önskar få dö i sitt hem i ordinärt boende. Vid palliativ omvårdnad i livets slut är eftersträvan att lindra lidande, förbättra livskvalitet och bidra till en god död åt personer med obotliga sjukdomar. Ett palliativt omvårdnadsarbete ställer krav på att sjuksköterskor kan bedriva omvårdnad utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. En studie om sjuksköterskors upplevelser av palliativt omvårdnadsarbete inom kommunal HSV är betydelsefull för att undersöka vilka förutsättningar sjuksköterskor har för att kunna utföra personcentrerad omvårdnad till äldre personer vid livets slut.

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal HSV upplever arbetet med att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut i ordinärt boende.

Metod: En intervjustudie med kvalitativ ansats genomfördes med 19 sjuksköterskor i två sydsvenska kommuner. Data samlades in via individuella intervjuer, som analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Intervjustudiens resultat består av ett övergripande tema: Palliativt omvårdnadsarbete i livets slutskede upplevs med blandade känslor vilka både skapar värde och utmanar i arbetet. Det övergripande temat sammanfattar innehållet i kategorierna: Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut, Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut och Frustration i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut. Sjuksköterskorna som arbetade med palliativ omvårdnad vid livets slut i kommunal HSV upplevde att arbetet var både utmanande och värdefullt. Samtidigt som sjuksköterskorna upplevde meningsfullhet och trygghet i arbetet, saknade de ibland tillfredsställande förutsättningar för att kunna utföra palliativ omvårdnad av god kvalitet, vilket upplevdes som frustrerande.

Slutsats: Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med palliativ omvårdnad vid livets slut i ordinärt boende inom kommunal HSV behöver synliggöras för att skapa ökad förståelse för sjuksköterskornas situation. Resultatet från intervjustudien kan användas för att skapa bättre förutsättningar för sjuksköterskors arbete med palliativ omvårdnad. Organisation och ledning har en viktig roll i att tillhandahålla nödvändiga förutsättningar som skapar en trygg och bekväm arbetsmiljö för sjuksköterskor, vilket även bidrar till att öka kvaliteten på palliativ omvårdnad som utförs i kommunal HSV.

Ämnesord

Kommunal hemsjukvård, Livets slut, Palliativ omvårdnad, Sjuksköterskor, Upplevelser

Author

Amira Cukur & Therese Friberg

Title

Providing palliative care to elderly people at the end of life within municipal home care in ordinary living - Nurses' experiences

Supervisor

Marie Nilsson

Examiner

Ann-Christin Janlöv

Abstract

Background: The need of nurses who can perform high quality palliative care for people at the end of life in municipal home care in ordinary living is expected to increase, as people live longer and wish to die in ordinary living. In palliative care at the end of life, the endeavor is to alleviate suffering, improve the quality of life and contribute to a good death for people with incurable diseases. Palliative care also requires that nurses can practice a person-centered approach. A study of nurses' experiences of providing palliative care in municipal home care is important for examining the conditions that nurses have for being able to perform person-centered nursing to elderly people at the end of their lives.

Purpose: To investigate how nurses in municipal home care experience the work of providing palliative care to elderly people at the end of life in municipal home care in ordinary living.

Method: Nineteen nurses in two Swedish municipalities were individually interviewed and data was analyzed through qualitative content analysis.

Results: The result from the interview study consists of an overall theme: Palliative care at the end of life is experienced with mixed emotions that both create value and challenge for nurses. The overall theme summarizes the content of the categories: Meaningfulness in palliative care at the end of life, Security in palliative care at the end of life and Frustration in palliative care at the end of life. The nurses experienced their work as both challenging and valuable. The nurses mostly experienced meaningfulness and sense of safety at work, but sometimes they lacked the prerequisites to perform good quality palliative care, which was frustrating.

Conclusion: Nurses' experiences of working with palliative care at the end of live in municipal home care need to be made visible in order to create a greater understanding of the nurses' situation. The results of the interview study can be used to create better conditions for nurses working with palliative care. The organization and management have an important role in providing the necessary conditions that create a safe and comfortable working environment for nurses that contributes to increase the quality of palliative care performed in municipal home care.

Keywords

End of life, Experiences, Municipal home care, Nurses, Palliative care

Innehåll

| | |
|--|----|
| Inledning | 6 |
| Bakgrund | 7 |
| Syfte | 12 |
| Metod | 12 |
| Design | 12 |
| Kontext | 12 |
| Genomförande | 13 |
| Urval | 13 |
| Datainsamlingsmetod | 14 |
| Analysmetod | 15 |
| Förförståelse | 15 |
| Etiska överväganden | 16 |
| Resultat | 18 |
| Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | 19 |
| Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | 20 |
| Frustration i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | 21 |
| Diskussion | 23 |
| Metoddiskussion | 23 |
| Resultatdiskussion | 25 |
| Slutsats | 29 |
| Förslag till vidare forskning | 30 |
| Referenser | 31 |
| Bilaga 1: Intervjuguide | |
| Bilaga 2: Exempel från innehållsanalysen | |
| Bilaga 3: Information om studie till sjuksköterskor | |

Bilaga 4: Informerat samtycke för intervjustudie i kommunal HSV

Bilaga 5: Information om studie till verksamhetschef och enhetschef

Bilaga 6: Godkännande för intervjustudie i kommunal HSV

Inledning

Sjuksköterskor som utför omvårdnad vid livets slut inom kommunal hemsjukvård (HSV) kan känna sig utelämnade till sig själva, eftersom de ofta arbetar ensamma och kan behöva fatta viktiga beslut kring döende personers omvårdnad (Öresland, Määttä, Norberg, Jörgensen-Winther, & Lützén, 2008). En studie genomförd av Törnquist, Andersson och Edberg (2013) visar att sjuksköterskor inom kommunal HSV kan sakna ordentligt stöd och rätt förutsättningar för att kunna utföra lindrande (palliativa) omvårdnadsinsatser vid livets slut. Även World Health Organization [WHO] (2014) beskriver att sjuksköterskor i många länder saknar förutsättningar för att kunna tillgodose behovet av palliativ omvårdnad och att forskningen inom palliativ omvårdnad ofta är begränsad. Det ställs ofta höga krav på sjuksköterskors förmåga att kunna identifiera försämringstillstånd, eftersom äldre personer med komplexa hälsoproblem och sjukdomar är en utsatt grupp med skör hälsa (Ernst Bravell, 2017). Sjuksköterskor som har goda kunskaper inom palliativ omvårdnad kan tidigt identifiera palliativa omvårdnadsbehov, minska vårdbördan för anhöriga, öka livskvalitet och bidra till en god död åt personer med obotliga sjukdomar (WHO, 2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskriver dessutom att den legitimerade sjuksköterskan ska ha kunskap om att lindra lidande i sitt yrkesutövande (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). När sjuksköterskor saknar kunskap inom palliativ omvårdnad, etik och bemötande (Socialstyrelsen, 2013), upplever brist på utrustning och känner misstro till den egna förmågan, kan omvårdnaden som ges till den sjuka bli ojämlig och bristfällig (Larsen, Broberger, & Petersson, 2016). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och jämlik omvårdnad för alla som vårdas. Alla personer som lever med långvariga, livshotande sjukdomar bör enligt WHO (2014) dessutom erbjudas omvårdnad utifrån ett palliativt förhållningssätt. Behovet av sjuksköterskor som kan utföra palliativ omvårdnad och omvårdnad i livets slutskede förväntas öka, beroende på att allt fler personer lever längre än tidigare och har kroniska, obotliga sjukdomar (Fitch, Fliedner, & O'Connor, 2015). Många äldre personer föredrar dessutom att vårdas i sitt hem i ordinärt boende vid livets slut, framför att skickas till sjukhuset och vill inte utsättas för livsuppehållande åtgärder, om de blir allvarligt sjuka (Fleming et al., 2016). Således behöver sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård kompetens inom palliativt omvårdnadsarbete och det behövs kunskap om hur de upplever förutsättningarna för att ge palliativ omvårdnad inom kommunal HSV.

Bakgrund

Enligt WHO (2002) syftar palliativ omvårdnad till att lindra besvär och öka livskvalitet i samband med livshotande sjukdomar, utan att förkorta eller förlänga livet för den som vårdas. Socialstyrelsen (2016) anger att god palliativ omvårdnad, inklusive symtomskattning, ska ges till den som närmar sig livets slut. Övergången till palliativ omvårdnad sker ofta gradvis vid återkommande eller ihållande sjukdomstillstånd, som kan påverka den dagliga funktionsförmågan negativt eller förkorta livslängden för den som drabbats (Socialstyrelsen, 2016). Den döende personen som vårdas ska utifrån en helhetssyn (holistisk syn) erbjudas stöd för att leva med värdighet och gott välbefinnande, ända till livets slut (Beck, 2017). Kunskap och medvetenhet hos sjuksköterskan inom medicin, psykologi (Willman, 2013) och palliativ omvårdnad kan ge substans i den palliativa omvårdnadens utformande och bidra till ett professionellt bemötande som skapar trygghet (Nortvedt & Grønseth, 2011). Enligt Socialstyrelsens definition ska livets slutskede betraktas som ett tillstånd där döden är oundviklig inom överskådlig framtid. En god och värdig död innebär att den som ska dö får slippa långvarig lidande som medför att självbilden förändras, att personen förlorar sitt självbestämmande, eller känner sig som en belastning för samhället (Socialstyrelsen 2013). Genom korrekt kartläggning av palliativa omvårdnadsbehov och god symtomlindring kan sjuksköterskan lindra lidande, förebygga komplikationer, främja livskvalitet och minska behovet av omfattande vård (Socialstyrelsen, 2013; Öhlen, 2013). *Allmän palliativ omvårdnad*, eller så kallad *basal palliativ omvårdnad*, bör kunna tillgodoses av sjuksköterskor med grundläggande kunskap och kompetens inom palliativ omvårdnad. *Specialiserad palliativ omvårdnad* kan behövas till personer med komplexa sjukdomssymtom som har särskilda omvårdnadsbehov och utförs av ett tvärprofessionellt team med specialistkunskaper inom palliativ omvårdnad. Vid *palliativ omvårdnad vid livets slut* är sjukdomen långt framskriden och återstående livslängd är oftast mycket begränsad (Socialstyrelsen 2016). Brytpunktsamtal med den döende personen, är en viktig del i det palliativa omvårdnadsarbetet. Vid samtalet identifieras övergången till slutskedet av livet (Socialstyrelsen, 2013). Flera brytpunktssamtal kan behövas efterhand som den vårdade personens förutsättningar och hälsotillstånd förändras (Socialstyrelsen, 2016). När döden ses som förutsägbar och väntad finns det ofta tid för den döende personen att förbereda sig på vad som ska hända och olika palliativa omvårdnadsinsatser kan sättas in i god tid (Regionala cancercentrum i samverkan [RCC], 2016). Förmågan att kunna hantera och anpassa sig till situationen kan dessutom bli bättre för personen som erhåller omvårdnad, genom medvetenhet om att omvårdnaden ändrar inriktning

(Fredrichsen, 2013). Information om sjukdomstillstånd och annalkande död kan även ge anhöriga möjlighet att delta i omvårdnaden av den sjuke, den sista tiden i livet (Ernst Bravell, 2017). Behovet av information, utbildning och stöd från sjuksköterskorna till personen som ska dö, eller till dennes anhöriga, kan variera både individuellt och över tid, men ofta upplevs det som viktigt att sjuksköterskans kompetens finns att tillgå när det behövs (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2012). Lindskog, Tavelin och Lundström (2015) fann i en studie, att palliativ omvårdnad vid svåra sjukdomstillstånd kan bli ojämlig, beroende på hur gammal den som vårdas är. Äldre personer som vårdades fick enligt studien sämre information, symtomlindring och färre brytpunktsamtal än yngre personer, som erhöll samma form av omvårdnad. Åldersbetingade ojämligheter i omvårdnaden som utförs benämns enligt Krekula (2017) ålderism (ageism). De senaste åren har drygt 90 000 personer avlidit varje år i Sverige och siffran tycks vara stabil. Data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar att 39% av alla som dog 2017, dog på sjukhus, 36% dog på sjukhem/särskilt boende, 19% dog i ordinärt boende och 6% dog på okänd plats. Mellan 70 000 och 75 000 av personerna som dog bedömdes ha ett behov av basal palliativ omvårdnad (Svenska palliativregistret, 2019). Det ställs således höga krav på att sjuksköterskor kan erbjuda tillfredsställande palliativ omvårdnad under skiftande förhållanden inom kommunal HSV.

Vårdmiljön kan påverka välbefinnandet hos den som vårdas och omvårdnaden ska därför så långt det är möjligt genomföras där personen som får omvårdnad önskar befinna sig (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2014). Både internationella och svenska studier har visat att många personer vill vårdas vid livets slut i sitt hem i ordinärt boende och personerna vill ofta även få avsluta sitt liv där (Socialstyrelsen, 2006). Under 2017 hade över 400 000 personer fått insatser från kommunal HSV i Sverige och den största andelen av dessa personer var 65 år eller äldre. Nästan hälften av alla personer som var över 80 år erhöll insatser från kommunal HSV år 2017 och för personer i åldern 65–79 år var motsvarande siffra 8,7 %. (Socialstyrelsen, 2019). Inom gerontologisk forskning (läran om åldrandet) används ofta kronologisk åldersindelning för äldre personer och åldern delas då in i kategorierna yngre-äldre (65 år upp till 75–80 år), äldre-äldre (75–85 år) och de allra äldsta (> 85 år) (Ernst Bravell, Christiansen, Blomqvist, & Edberg, 2017). Personer med kronologisk ålder från 65 år och uppåt definieras som äldre personer i den här intervjustudien.

Kommunens åtagande och ansvar för kommunal HSV gäller både i särskilt- och i ordinärt boende, men innefattar inte läkarinsatser. Bestämmelsen om den så kallade tröskelprincipen innebär att den som har rätt till omvårdnadsinsatser från sjuksköterskor inom kommunal HSV i ordinärt boende, antingen får lägga stor möda på att ta sig till landstingets primärvård för behandling, eller att personen inte kan ta sig dit (Socialstyrelsen, 2019). Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor inom kommunal HSV har enligt Bökberg och Drevenhorn (2017) högst medicinskt ansvar för personen som behöver omvårdnad, i frånvaro av läkare. Omvårdnaden som ges av sjuksköterskorna i ordinärt boende ska dessutom kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt. Den vårdade personens samlade fysiska, psykiska och sociala behov ska uppmärksammas, bedömas och tillgodoses. Resultatet ska följas upp, utvärderas och vid behov revideras. Sjuksköterskor som arbetar inom kommunal HSV förväntas kunna utföra basal palliativ omvårdnad, hantera komplexa omvårdnadsbehov och göra självständiga bedömningar om när läkare behöver tillkallas (Bökberg & Drevenhorn, 2017). För sjuksköterskor som arbetar nära döden kan stödet inom ett hemsjukvårdsteam därför vara viktigt (Ternestedt, Henoch, Österlind, & Andershed, 2017). Nära tillgång till ett multiprofessionellt team med bred kompetens inom palliativt omvårdnadsområde, kan hjälpa till att skapa trygghet i omvårdnaden (Klarare et al., 2017). Olika professioner i hemsjukvårdsteamet kan bidra till omvårdnad och behandling utifrån olika kunskapsområden och perspektiv (Willman, 2013). Ett hemsjukvårdsteam inom kommunal HSV brukar bestå av enhetschefer, omvårdnadspersonal (undersköterskor och vårdbiträden), samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal där sjuksköterskor, sjukgymnaster, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ingår (Bökberg & Drevenhorn, 2017). Ett välfungerande teamsamarbete inom kommunal HSV är en viktig del av palliativt omvårdnadsarbete och det behövs kunskap om sjuksköterskornas perspektiv av teamsamarbetet, för att få insikt i hur samverkan inom hemsjukvårdsteamet fungerar.

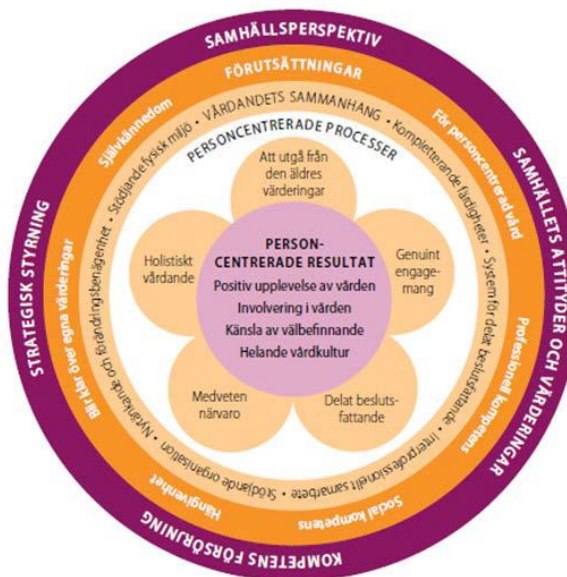
När sjuksköterskor lyssnar på önskemål och kroppsupplevelser, eller bedömer funktioner hos den som ska vårdas skapas möjligheter för att bättre kunna förstå och bemöta varje enskild person (Franklin Larsson, 2013). Även förståelse för normalt åldrande, hälsa, lidande, sjukdom och behandlingsmöjligheter skapar insikt för sjuksköterskor om hur den vårdades vardag och liv kan påverkas. Sjuksköterskor måste därför vara öppna och följsamma för olika perspektiv av den enskildes upplevelser utan begränsande förförståelse (Dahlberg, 2013). Den äldre personens situation, värderingar, historiska händelser och sociala förändringar kan sammanfattas och beskrivas i en livsberättelse. För sjuksköterskor är den vårdade personens

livsberättelse en viktig utgångspunkt för hur personcentrerat omvårdnadsarbete byggs upp, eftersom det annars är lätt att bara fokusera på aktuella symtom och därigenom missa den kontext som den äldre befinner sig i. Palliativ omvårdnad ska alltid bedrivas utifrån ett personcentrerat, holistiskt perspektiv med förståelse för den äldres livsberättelse, livssituation och behov (Blomqvist & Beck, 2017a). I ett personcentrerat förhållningssätt måste personen som vårdas och dennes anhöriga ges möjlighet till delaktighet och inflytande, för att kunna påverka uppbyggnaden av den palliativa omvårdnaden (Socialdepartementet, 2015 a; Socialdepartementet, 2015 b). När den äldre personen får möjlighet att bestämma över sitt döende och får vara delaktig i omvårdnadsprocessen, respekteras även autonomiprincipen (självbestämmandet) (Sandman & Kjellström, 2015). Äldre personer och personer med kognitiv svikt är en särskilt utsatt grupp när det gäller att ge likvärdig palliativ omvårdnad eftersom dessa personer kan ha svårt att föra sin egen talan (Socialdepartementet, 2015 a; Socialdepartementet, 2015 b). När omvårdnaden planeras, byggs upp och utförs tillsammans med den äldre personen och dennes anhöriga, kan resultatet bli en effektiv, personcentrerad omvårdnad som bidrar till positiva upplevelser för den som ska vårdas. En positiv omvårdnadsupplevelse kan främja känslan av välbefinnande och bidra till en hälsofrämjande vårdmiljö (McCance, 2017).

I McCormacks och McCances (2010) omvårdnadsmodell för processhantering beskrivs sjuksköterskors förutsättningar för att bedriva personcentrerad omvårdnad. Förutsättningarna är: *professionell kompetens, social kompetens, hängivenhet, att vara klar över egna värderingar och att ha självkänedom.*

Professionell kompetens är en viktig del av personcentrerad vård och innefattar sjuksköterskors kunskap, inom både medicin, psykologi, sociologi och omvårdnadsvetenskap. Även förmågan att kunna bedöma hälsotillstånd, prioritera omvårdnadsåtgärder och att fatta rätt beslut i olika omvårdnadssituationer ingår i begreppet, enligt McCormack och McCance (2010). *Social kompetens* hos sjuksköterskor underlättar mellanmänskliga möten och kan bidra till att omvårdnaden som utförs blir personcentrerad. Social kompetens tillsammans med förmåga att kommunicera på ett tillfredsställande sätt med både den sjuke, anhöriga och kollegorna i hemsjukvårdsteamet, kan bidra till att omvårdnaden fungerar tillfredsställande oberoende av omvårdnadssituationen. Sjuksköterskors *hängivenhet* gentemot äldre personer de möter i sitt arbete och tillfredsställande arbetsuppgifter, skapar engagemang i omvårdnadsarbetet och ger förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskor behöver enligt McCormack och McCance (2010) även *vara klara över sina egna värderingar och besitta självkänedom*

för att kunna utföra en lyckad personcentrerad omvårdnad. Det är viktigt att den vårdande personens vilja följs, oavsett vad sjuksköterskor eller anhöriga anser och sjuksköterskor måste kunna särskilja sina egna värderingar från den vårdande personens. Genom att sjuksköterskor visar vilja för att både ge och ta emot information och signaler i mötet med personen som vårdas kan en lyckad, ömsesidig vårdrelation skapas. I modellen för personcentrerad omvårdnad poängterar författarna även att omvårdnadsarbetet ska utgå från den äldre personens värderingar och livsvärld (Figur 1).



Figur 1. McCormack & McCance, 2010.

Ett palliativt omvårdnadsarbete ställer krav på att sjuksköterskor kan bedriva omvårdnad utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Undersökningar om sjuksköterskors upplevelser av palliativt omvårdnadsarbete inom kommunal HSV, skapar insikt i vilka förutsättningar sjuksköterskor har för att kunna utföra personcentrerad omvårdnad.

Ångest och rädsla över att behöva dö ensam, vanvårdad och isolerad och oro för hur det känns att dö kan vara påtagliga för en person som snart ska dö (Broström, 2017). Uppfattningen om den värld vi befinner oss i präglas av olika behov, synsätt, prioriteringar, vanor och roller och medvetenhet om att det kan finnas skillnader mellan den vårdade personens livsvärldsuppfattning och sjuksköterskornas, kan därför vara en viktig insikt för sjuksköterskor som ska utföra palliativ omvårdnad (Blomqvist & Beck, 2017b). Det kan också vara viktigt för den döende personen att det finns någon att vända sig till för existentiella samtal och praktisk hjälp när tankarna samlas (Milberg, 2013). Sjuksköterskor kan spela en viktig roll i existentiella

samtal, genom att lyssna och ta del av de vårdade personernas livsberättelser. Samtal om livet och döden kan bidra till att optimera den döendes chanser till förberedelse inför döden. Sjuksköterskors egen rädsla kan dock förhindra frågor om död och vad den döende vill ha ut av den sista tiden i livet (Ternestedt et al., 2017). Hindrande känslor hos sjuksköterskor kan försvåra samtal om livet och döden, vilka kan vara välbehövliga för den som ska vårdas. Studier gjorda ur sjuksköterskors perspektiv behövs, för att undersöka vad sjuksköterskor upplever när de samtalar med äldre personer vid livets slut.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplever arbetet med att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut i ordinärt boende.

Metod

Design

Studien har genomförts utifrån kvalitativ ansats, med individuella intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvalitativ ansats betonar enligt Polit och Beck (2017), vikten av människors subjektiva uppfattning om sin egen och andras livsvärldar och inbegriper förståelse för individernas kontext. Ansatsen är lämplig att användas inom omvårdnadsforskning.

Insamlat intervjumaterial har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, enligt beskrivning av Graneheim och Lundman (2004).

Kontext

Intervjustudien genomfördes i två kommuner i södra Sverige. I kommunerna bodde mellan 19 000 - 52 000 invånare. I den mindre kommunen fanns åtta hemsjukvårdsområden och i den största kommunen fanns nio. Hemsjukvårdsteamerna i områdena där intervjuerna genomfördes bestod av enhetschefer och omvårdnadspersonal, samt sjuksköterskor, sjukgymnaster, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, vilka är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I den ena kommunen arbetade cirka 25 sjuksköterskor inom HSV och i den andra kommunen cirka 100 sjuksköterskor. Sjuksköterskorna som intervjuades arbetade både på särskilda boenden och i ordinärt boende.

Genomförande

Första steget i intervjustudien var att kontakta sjuksköterskornas enhetschefer och verksamhetschefer med förfrågan om att få tillstånd för att genomföra studien. Ett informationsbrev med förfrågan om tillstånd skickades ut via e-post till verksamhetschefer och enhetschefer i tre kommuner. Cheferna informerades även muntligen och personligen av författarna om studiens syfte, några dagar efter att informationsbrev skickats ut (Bilaga 5, Bilaga 6). Verksamhetschefer och enhetschefer i två av kommunerna gav tillstånd för att genomföra intervjustudien, medan en av kommunerna informerade via en kontaktperson att de avstod från att delta på grund av hög personalomsättning. Efter att tillstånd beviljats, skickades informationsbrev om studien och samtyckesblanketter ut via e-post till sjuksköterskor inom alla hemsjukvårdsområden i respektive kommun, via en kontaktperson som cheferna hade utsett (Bilaga 3, Bilaga 4). Undertecknat tillstånd från cheferna hämtades hos respektive chef av författarna. De sjuksköterskor som ville delta, anmälde sitt intresse till kontaktpersonerna som därefter kontaktade författarna per telefon eller via e-post. Bokning av tid och plats för intervjuerna gjordes tillsammans med intervjupersonerna. Informerat samtycke, som undertecknats av intervjupersonerna, samlades personligen in av författarna vid intervjuerna.

Urval

Intervjupersonerna till studien valdes ändamålsenligt ut. Ändamålsenligt urval innebär enligt Polit och Beck (2017) att intervjupersoner väljs ut till en studie eftersom de har olika erfarenheter, upplevelser och kunskap om ämnet som ska studeras.

Både sjuksköterskor som var grundutbildade och sjuksköterskor med specialistutbildning tillfrågades om att delta. En förutsättning för att få delta i studien var att sjuksköterskorna hade arbetat inom kommunal HSV i minst ett år och hade erfarenhet av palliativt omvårdnadsarbete riktat mot äldre personer vid livets slut i ordinärt boende. 19 sjuksköterskor från två olika kommuner intervjuades, tio från den ena kommunen och nio från den andra kommunen. Könsfördelningen bland personerna som intervjuades var två män och 17 kvinnor. Sjuksköterskornas ålder varierade mellan 28–65 år (medelålder=47,5 år) och deras arbetslivserfarenhet inom kommunal HSV varierade mellan 1–40 år (medelvärde=16,5 år). Elva av sjuksköterskorna som intervjuades var grundutbildade, sex var utbildade distriktsjuksköterskor, en hade specialistutbildning inom psykiatri och en var utbildad specialistsjuksköterska inom området vård av äldre. Då flest kvinnor arbetade som sjuksköterskor inom hemsjukvårdsområdena där intervjuerna genomfördes, övervägde antalet

kvinnliga deltagare. Inklusionskriterierna som användes, valdes ut för att författarna skulle kunna få så varierande svar som möjligt från intervjupersonerna och på det sättet öka studiens trovärdighet.

Genom att personer i olika åldersgrupper, med olika bakgrund och olika könstillhörigheter deltar i en kvalitativ studie kan ett brett spektrum av erfarenheter skapas, vilket kan öka en studies trovärdighet (Lundman & Graneheim, 2017; Polit & Beck, 2017).

Datainsamlingsmetod

Data till intervjustudien samlades in via individuella intervjuer under maj, juni och juli 2019. Individuella intervjuer kan enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017) vara en lämplig datainsamlingsmetod vid undersökning av upplevelser, erfarenheter, åsikter, känslor, behov eller önskemål. Öppna frågor kan användas för att fånga upp tankar och känslor eftersom personen som berättar får möjlighet att återge djupare information om sina upplevelser och kan berätta fritt (Barmark & Djurfeldt, 2015; Polit & Beck, 2017). En semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor användes därför under intervjuerna som hjälp för att utveckla upplevelserna hos personerna som intervjuades (Bilaga 1). Två pilotintervjuer genomfördes utifrån intervjuguiden, med intervjupersoner som valt att delta i intervjustudien. Pilotintervjuer kan enligt Polit och Beck (2017) med fördel genomföras för att kontrollera om intervjufrågorna är relevanta och ifall de ger svar på studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Författarna kontrollerade relevansen i intervjufrågorna och tränade på intervjuteknik under pilotintervjuerna. Inga frågor behövde korrigeras efter utvärdering, eftersom de gav svar på studiens syfte. Således inkluderades pilotintervjuerna i studien. Efter pilotintervjuerna bestämdes tid och plats för resterande intervjuer. Femton intervjuer genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser, en intervju genomfördes hemma hos en av intervjupersonerna och tre intervjuer genomfördes hemma hos den ena författaren, i enlighet med önskemål från intervjupersonerna. Intervjuerna varade mellan 30–90 minuter och genomsnittlig längd på intervjuerna var 64 minuter. Sjuksköterskorna som intervjuades delade gärna med sig av sina erfarenheter och alla sjuksköterskorna, utom en, var väl förtrogna med palliativt omvårdnadsarbete och hade gedigen erfarenhet inom området. Efter varje intervju fanns möjlighet till reflektion tillsammans med den studieförfattare som utfört intervjun. Författarna intervjuade vardera nio respektive tio sjuksköterskor i två olika kommuner. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant av den författare som genomfört intervjuerna. Intervjuerna numrerades vid transkriberingen och i resultatet anges intervjunumret efter citaten.

Analysmetod

Insamlat intervjumaterial analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som en lämplig metod vid analys av intervjutexter när författarna vill öka kunskap och förståelse för ett fenomen som studeras (Graneheim & Lundman 2004). Analysmetoden ansågs passande då författarna skulle analysera intervjutexter om sjuksköterskors upplevelser. Induktiv metodologisk ansats användes under analysprocessen. Ansatsen innebär enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) och Lundman och Graneheim (2017) att forskaren har ett förutsättningslöst tillvägagångssätt, i motsats till deduktiv metodologisk ansats där forskaren utgår ifrån en hypotes eller teoretisk ram för att testa den mot verkligheten. Vid analysens början läste författarna de transkriberade intervjutexterna var för sig flera gånger och därefter tillsammans. En gemensam diskussion fördes mellan författarna för att få en uppfattning om texternas innehåll. Meningsenheter som motsvarade syftet med intervjustudien identifierades, kondenserades, och grupperades utifrån likheter. De kondenserade meningsenheterna kodades, vilket innebär att de abstraherades och lyftes till en högre logisk nivå. Enligt Lundman och Graneheim (2017) får kodning av meningsenheter innehålla en viss tolkning, men ska vara textnära och abstraktionsnivån i koderna kan variera från att vara låg, till mycket hög.

Koderna som analyserats fram sorterades i underkategorier utifrån likheter och skillnader. Efter en närmare granskning bytte några av koderna plats för att passa under respektive underkategori. Underkategorierna sorterades vidare till kategorier som beskriver huvudbudskapet i intervjuerna. De olika stegen i analysen diskuterades mellan författarna under hela analysprocessen och efter diskussioner vid gemensamma seminarier begrundade författarna analysmaterialet igen. De delar av texten som inte ansågs kunna svara mot syftet, eller inte bedömdes vara sjuksköterskornas upplevelser exkluderades därefter från resultatet. Efter granskningen sammanställde författarna det slutliga resultatet.

Förförståelse

Författarna hade vid studiens början sju, respektive två års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor inom kommunal HSV. Båda författarna studerade under tiden för intervjustudien en specialistutbildning inom området vård av äldre personer. Utbildningen bedrevs via distans och innefattade även studier inom palliativt omvårdnadsområde. Författarna diskuterade sin förförståelse tillsammans och försökte sammanfatta förförståelsen innan intervjuerna påbörjades. Det är enligt Gunnarsson (2010) viktigt att redovisa forskarens

förförståelse och förförståelsens eventuella inflytande på forskningen tidigt i forskningsprocessen. Förförståelse kan innefatta teoretiska kunskaper, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar (Graneheim & Lundman, 2004). En forskningsstudies resultat kan påverkas otillbörligt av förförståelsen, men om forskaren kan distansera sig från materialet som ska analyseras, kan ett mer neutralt resultat uppnås (Graneheim et al., 2017; Lundman & Graneheim, 2017). Genom sin yrkeserfarenhet kunde författarna uppleva att kändes fint att följa äldre personer till livets slut och att få hjälpa till att göra processen kring döden så värdig som möjligt. Författarna hade uppfattningen om att sjuksköterskor som vårdat äldre personer vid livets slut i ordinärt boende kunde känna stort värde i arbetet som utfördes, när den döende personen och dennes anhöriga fick en fridfull och ”lyckad” upplevelse av palliativ omvårdnad. Författarna kunde dessvärre även uppleva att äldre inte alltid fick adekvat omvårdnad vid livets slut, eftersom det kunde saknas tydliga brytpunktssamtal och beslutsstöd för identifiering av palliativt omvårdnadsbehov. Bristerna inom palliativt omvårdnadsarbete upplevdes försvåra arbetet för sjuksköterskorna och skapade en känsla av frustration och osäkerhet. Tidsbrist, långa avstånd till döende personers hem, okunskap och felaktigt agerande av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal vid utförandet av palliativ omvårdnad i ordinärt boende, kunde också göra att författarna upplevde att sjuksköterskekollegorna inte kunde bedriva palliativ omvårdnad på ett tillfredsställande sätt. Det kunde på arbetsplatserna finnas brister i kommunikation och samarbete mellan olika yrkesgrupper inom kommunal HSV, eller mellan olika vårdgivare vid planeringen av den palliativa omvårdnaden. Bristerna kunde göra att sjuksköterskorna som fanns i författarnas omgivning kände sig otrygga i sin yrkesroll. Det förekom även att sjuksköterskor hade svårt att hantera sina känslor under döendeprocessen, vid mötet med döden, eller efter existentiella samtal med äldre, döende personer och deras anhöriga.

Etiska överväganden

Innan denna intervjustudie påbörjades genomfördes en etisk prövning 190510 och därefter godkändes studien av Etikrådet vid Högskolan i Kristianstad (SPÄ 2019:10). Författarna utgick inför den etiska prövningen från fyra forskningsetiska principer. Principerna innefattar enligt Vetenskapsrådet (2017) *informationskrav*, *samtyckeskrav*, *konfidentialitetskrav* och *nyttjandekrav*. *Informationskrav* innebär att informationen om en studie lämnas både muntligt och skriftligt och att utrymme finns för intervjupersonerna att tänka efter om de verkligen vill medverka i studien. Det ska även finnas tid för frågor och förklaringar om forskningsstudien. *Samtyckeskrav* uppfylls genom att personer som har fått skriftlig och muntlig information om studien som ska genomföras, godkänner sitt deltagande i studien och skriver på informerat

samtycke (World Medical Association [WMA], 2013). *Konfidentialitetskrav* innebär att allt material som samlats in under studiens gång behandlas konfidentiellt vilket betyder att all personliga data avidentifieras och att allt material förvaras otillgängligt (Polit & Beck, 2017). Enligt *nyttjandekravet* ska insamlat material endast användas till aktuella forskningsstudie (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna tog även hänsyn till kravet om att nyttan av kunskapsinhämtning inom all vetenskaplig forskning ska vägas mot att skydda deltagarna i undersökningen. Forskning får enligt Forsberg och Wengström (2016) inte orsaka skada eller men och ska visa omsorg om personer som deltar i forskningen. Forskningskriterierna har beaktats i den genomförda intervjustudien och kan anses vara tillgodosedda. Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska den enskilda människan skyddas och respekt för människovärdet ska visas vid all forskning (SFS 2003:460), vilket författarna således har följt. Vissa av deltagarna i studien ansåg att palliativ omvårdnad vid livets slut i ordinärt boende var en mycket viktig, ansvarsfull och krävande uppgift för sjuksköterskor som arbetade i kommunal HSV och att en studie inom ämnet vore betydelsefull. Bland annat skulle studien kunna syfta till att uppmärksamma sjuksköterskors känslor av otillräcklighet och känslan av att sjuksköterskor inom kommunal HSV ibland saknar rätt förutsättningar för ett tillfredsställande palliativt omvårdnadsarbete. En del intervjupersoner fick ökad medvetenhet om palliativ omvårdnad och om hur omvårdnaden bedrevs på arbetsplatsen, då studiedeltagandet ledde till reflektioner kring ämnet. En risk med intervjustudien kan ha varit att sorgliga och obehagliga minnen från palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut och minnen av döda personer som sjuksköterskorna vårdat väcktes till liv. Med anledning av riskerna avsattes tid för reflektion efter intervjuerna. De sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och ville delta i intervjustudien, undertecknade informerat samtycke. Samtycket var frivilligt och baserades på saklig information om studien. Intervjupersonerna informerades om att studiedeltagandet när som helst kunde avbrytas utan någon förklaring eller negativa påföljder. Intervjumaterialet har avidentifierats och förvarats oåtkomligt för obehöriga under studiens gång. Inga kommuner, hemsjukvårdsområden eller enskilda personer kan identifieras i material som använts till intervjustudien. Efter studiens färdigställande har allt intervjumaterial arkiverats vid Högskolan i Kristianstad, med hjälp av författarnas handledare.

Resultat

Resultatet av intervjustudien visar på en variation i sjuksköterskors känslomässiga upplevelser av arbetet med palliativ omvårdnad som ges till äldre personer i ordinärt boende vid livets slut. Sjuksköterskornas upplevelser har sammanställts i tre kategorier: *Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut*, *Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut* och *Frustration i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut*. Kategorierna presenteras tillsammans med tillhörande underkategorier under ett övergripande tema: *Palliativt omvårdnadsarbete i livets slutskede upplevs med blandade känslor vilka både skapar värde och utmanar i arbetet* (Figur 2).

Figur 2. Översikt över resultatets tema, kategorier och underkategorier

| Tema | |
|---|---|
| <i>Palliativt omvårdnadsarbete i livets slutskede upplevs med blandade känslor vilka både skapar värde och utmanar i arbetet</i> | |
| Kategorier | Underkategorier |
| Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | <ul style="list-style-type: none"> • Att känna glädje och stolthet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut • Att kunna uppfylla önskemål och förväntningar vid livets slut • Att känna medkänsla och ha en strävan efter att lindra symtom vid livets slut • Att ha goda existentiella samtal vid livets slut |
| Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | <ul style="list-style-type: none"> • Att ha ett fungerande samarbete i hemsjukvårdsteamet • Att få stöd från läkare, olika vårdgivare och kollegor i hemsjukvårdsteamet • Att få möjlighet till reflektion vid känslomässiga upplevelser av döende och död • Att det finns kunskap och erfarenhet av palliativ omvårdnad i hemsjukvårdsteamet |
| Frustration i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut | <ul style="list-style-type: none"> • Att uppleva kommunikationssvårigheter och missförstånd i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut • Att sakna tillfredsställande förutsättningar för palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut • Att känna besvikelse över att palliativ omvårdnad initierats för sent |

Palliativt omvårdnadsarbete i livets slutskede upplevs med blandade känslor vilka både skapar värde och utmanar i arbetet

Genomgående i analysen har det framkommit underliggande budskap: Sjuksköterskorna som arbetar med palliativ omvårdnad vid livets slut inom kommunal HSV upplever blandade känslor i arbetet vilka både skapar värde i arbetet och utmanar. Samtidigt som sjuksköterskorna upplever meningsfullhet och trygghet i sitt yrkesutövande saknar de ibland förutsättningar för att utföra palliativt omvårdnadsarbete av god kvalitet, vilket upplevs som frustrerande.

Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut

Palliativ omvårdnad vid livets slut var ett värdefullt och betydelsefullt arbete för sjuksköterskorna, som kände glädje och stolthet när de fick vara med och skapa ett värdigt avslut för döende personer. Att den döende personen själv fick vara med och bestämma hur omvårdnaden skulle utformas vid livets slut, ökade sjuksköterskors upplevelse av mening och värde när de arbetade.

Det är alltid en fantastisk känsla, när man vet att ett liv kan avslutas precis hur en själv vill och är delaktig i det...det är det bästa med det här jobbet... Många kan tycka att det bästa kan vara att rädda liv, men jag kan tycka att det bästa är när man kan avsluta sitt liv på det allra bästa sätt... (Intervju 4)

Sjuksköterskorna upplevde även meningsfullhet och tillfredsställelse i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut, när de kunde uppfylla såväl den döendes önskan om att få dö i ordinärt boende, som anhörigas förväntningar på omvårdnaden som gavs. Anhöriga som deltog i planeringen av den palliativa omvårdnaden, stöttade den döende personen och visade förståelse för omvårdnadssituationen, underlättade genom sin delaktighet det palliativa arbetet för sjuksköterskorna. När sjuksköterskorna kände att anhöriga var delaktiga i omvårdnaden och nöjda med de palliativa omvårdnadsinsatserna som utfördes, upplevde sjuksköterskorna att arbetet kändes fint och meningsfullt.

Det var endast jag och anhöriga och det var ett väldigt fint möte vi hade. Det betydde väldigt mycket för anhöriga. Det var ett medmänskligt, naturligt samtal och vi satt i köket, det var sommar. Kvinnan fanns i rummet intill. Det betyder ofta väldigt mycket för anhöriga att man finns där. (Intervju 19)

Sjuksköterskorna beskrev hur de påverkades emotionellt i samband med omvårdnadsarbete vid livets slut, både som medmänniskor och som professionella vårdgivare. Att visa medkänsla med den äldre personens och anhörigas upplevelser av lidande, upplevdes meningsfullt för

sjuksköterskorna som deltog i den palliativa omvårdnaden. Sjuksköterskorna strävade mot att lindra ensamhet, existentiell smärta och oro hos den som närmade sig döden. De försökte möta den döende personens behov av mänsklig kontakt, närhet och kärlek genom att åka på extra besök och samtala med personerna de vårdade, eller genom att helt enkelt bistå med mat eller dryck. Fysisk närhet och medkänsla upplevdes många gånger som bättre symtomlindring för de döende personerna än läkemedel. Arbetet kändes meningsfullt för sjuksköterskorna när de kunde göra ”det lilla extra” för de döende personerna.

Jag tyckte det kändes gott...det kändes bra att jag gav henne lite tid [till den döende personen]. Helst skulle man stannat en längre stund... (Intervju 8)

Flertalet av sjuksköterskorna upplevde att det kändes bra att kunna prata öppet om döden och att kunna ställa svåra frågor till den som närmade sig livets slut. Genom samtalen fick sjuksköterskorna svar på hur den äldre personen ville vårdas och dö, vilket bidrog till att sjuksköterskorna upplevde det palliativa omvårdnadsarbetet som meningsfullt.

Jag försöker faktiskt ha existentiella samtal med mina patienter. Alltså, för att jag märker att de vill gärna det om man... om man vågar ställa frågan, så vill de gärna prata om döden och existentiella tankar och sånt här... (Intervju 6)

Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut

De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att ett gott stöd från arbetskamraterna och ett välfungerande samarbete med kollegorna i hemsjukvårdsteamet ökade upplevelsen av trygghet och säkerhet i arbetet med palliativ omvårdnad vid livets slut.

Jag har en bra upplevelse av teamsamarbetet...Kollegorna är trevliga och samarbetet kring den palliativa omvårdnaden fungerar väldigt smidigt och det känns väldigt bra och tryggt... (Intervju 16)

Det var också ett gott stöd för sjuksköterskorna att ha tillgång till läkare under jourtid och till ett specialiserad palliativt omvårdnadsteam. Ett gott samarbete med andra vårdgivare och patientansvarig läkare som genomförde brytpunktssamtal med de döende personerna, bidrog till att sjuksköterskorna upplevde trygghet i sitt arbete och att de blev stärkta i sin yrkesroll. Sjuksköterskorna upplevde att det kändes tryggt när läkarna eller kollegorna i hemsjukvårdsteamet hade förtroende för dem och litade på deras bedömningar av palliativa omvårdnadsbehov vid livets slut.

Så, det såg jag ju med min kliniska blick, helt enkelt på grund av att jag har erfarenhet, så klart. Så, jag gick ner till doktorn och talade om för henne så som

det var, och hon satte in palliativa läkemedel och så... Hon litade på min bedömning och hon visste vem patienten var också... (Intervju 6)

När sjuksköterskorna utförde palliativ omvårdnad vid livets slut funderade de mycket på hur omvårdnaden skulle planeras och genomföras, men även på den döende personens och anhörigas välbefinnande. Trots att omvårdnadsarbetet vid livets slut kunde vara känslomässigt påfrestande, upplevde sjuksköterskorna trygghet när de hade möjlighet att reflektera över arbetssituationen med kollegorna och få emotionellt stöd från dem när upplevelserna kring döendet och döden varit påfrestande.

Det är viktigt att prata och hitta styrkan hos varandra också eftersom det tar mycket på krafterna... Oftast man får ge stöd till anhöriga också... Som sagt... det är mycket tankar och energi som går åt när man vårdar palliativa äldre i hemmet. (Intervju 2)

Sjuksköterskorna upplevde också trygghet och kände sig skickligare på sitt arbete, efterhand som de förvärvade kunskaper och erfarenhet inom palliativ omvårdnad vid livet slut, eller när de fick bekräftelse på sin kompetens. Yrkeserfarenhet och kunskapen som inhämtats under arbetslivet bidrog till att sjuksköterskorna inte kände rädsla inför döende och döden.

Jag har inga svårigheter att... att ge palliativ vård för jag har mycket kunskap om det. Jag är alltid helt trygg i det och tycker ofta att det blir bra. (Intervju 6)

Både specialistutbildade och grundutbildade sjuksköterskor kände att det behövdes goda kunskaper inom palliativ omvårdnad och omvårdnad vid livets slut för att skapa trygghet och säkerhet i yrkesutövandet. Flera sjuksköterskor uttryckte dessutom att det fanns ett stort behov av specialiserad kompetens inom området vård av äldre och palliativ omvårdnad. Specialistutbildade sjuksköterskor inom dessa områden upplevde att den vidareutbildning och kunskap som de förvärvat under sin specialistutbildning ökade känslan av trygghet i arbetet.

Frustration i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut

Språkförbistringar, att inte kunna göra sig förstådd och att inte kunna kommunicera med personen som skulle vårdas eller dennes anhöriga, upplevdes som ett frustrerande bekymmer av sjuksköterskorna. Missförstånd i kommunikation mellan sjuksköterskor, personer som vårdades, deras anhöriga och anhörigas svårigheter att förstå beslut som fattats vid en Samordnad individuell plan (SIP), upplevdes kunna leda till onödiga sjukhusbesök och att den döende personen inte fick korrekt palliativ omvårdnad, trots önskan om att få dö hemma. Ibland hade anhöriga svårt att förlika sig med att deras närmaste var i livets slutskede och de ville då till varje pris att olika behandlingar skulle prövas. Vid motsättningar mellan den omvårdnad

som gavs och anhörigas förväntningar, tyckte anhöriga ofta att den döende inte fick den omvårdnad som behövdes, vilket skapade frustration hos sjuksköterskorna som skulle utföra omvårdnaden.

Det var just det här att vi hade en patient som inte pratade svenska... Hustrun ringde ambulans två gånger, det var för att hon verkligen inte förstod. Det var hennes sätt att försäkra sig om att mannen fick hjälp. Han ville dö hemma, men avslutade sitt liv på en vårdavdelning till sist... (Intervju 12)

Sjuksköterskorna beskrev att de saknade tillräcklig tid för hembesök hos personerna som behövde palliativ omvårdnad vid livets slut och att tiden som behövdes till bedömningar av hälsotillstånd och för att förbereda och utföra omvårdnad måste delas med andra personer som hade olika omvårdnadsbehov, även om dessa inte var av palliativ karaktär. Den palliativa omvårdnaden som utfördes av sjuksköterskorna i intervjustudien bedrevs även över ett geografiskt stort område och sjuksköterskorna arbetade ofta ensamma på jourtid, såsom kväll, natt och helg. Långa avstånd mellan personerna som behövde palliativ omvårdnad kunde leda till att det tog lång tid innan hjälpen till den döende personen anlände. När det saknades förutsättningar för att erbjuda en god palliativ omvårdnad, upplevde sjuksköterskorna frustration i arbetet.

Jag skulle vilja ha mer tillgång till tid...När du jobbar kan du skala av väldigt mycket...prioritera jättemycket. Men du kan inte prioritera hur mycket som helst, när det gäller en människa...eller när det är i slutskedet...Då måste du kunna släppa allt...mot slutet. (Intervju 17).

Sjuksköterskorna upplevde även frustration och kände sig otillräckliga när den döende personen inte längre kunde uttrycka sina önskemål och det var svårt för sjuksköterskorna att stå emot anhörigas vilja, trots att anhöriga kunde gå emot den döendes önskemål. Det kunde handla om att den döende personen flyttades till ett särskilt boende eller skickades till sjukhus, enligt anhörigas önskemål, trots att personen tidigare uttryckt önskemål om att få dö i ordinärt boende. Känslan av frustration upplevdes också av sjuksköterskorna när palliativa omvårdnadsinsatser initierades för sent, vilket kunde bero på att försämringar i den äldres hälsotillstånd uppmärksammats för sent. Vid dessa tillfällen försökte sjuksköterskorna trots allt göra det bästa av situationen, men upplevelsen av frustration och besvikelse fanns kvar även efter avslutad arbetsdag.

Där kändes det inte bra...Jag hade en olustig känsla när jag gick hem den...den dagen...att det var väldigt ovärdigt, hela situationen [när de palliativa insatserna vid livets slut initierades för sent]. (Intervju 6)

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens metod har diskuterats utifrån *trovärdighet* och kvalitetskriterierna i kvalitativ forskning: *giltighet*, *överförbarhet*, *delaktighet* och *tillförlitlighet*. Kvalitetskriterierna i kvalitativ forskning har beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). *Trovärdighet* i en studie kan stärkas genom att hitta ”en röd tråd” i intervjustexterna som analyseras och att bärande begrepp för syftet presenteras i bakgrunden. *Trovärdighet* kan även stärkas genom att resultatet från studien motsvarar syftet med studien. Det är viktigt med en beskrivning som tydligt visar att det är intervjustudien egna upplevelser som kan läsas i resultatet och inte författarnas tolkningar (Graneheim & Lundman, 2004). ”En röd tråd” har i intervjustudien kunnat urskiljas genom alla intervjustexter och sjuksköterskornas upplevelser har delats in i tre kategorier som har resulterat i ett övergripande tema. Målet med analysen har varit att låta resultatet sträva efter att vara så sant som möjligt gentemot insamlade data.

För att kunna bedöma *giltighet* i tolkningar av en text ska urval och analys beskrivas detaljerat. Att använda citat från texterna kan ytterligare stärka studiens *giltighet*. Eftersom målet med kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer kring ett fenomen, kan det vara viktigt att personer med olika demografiska data deltar i studien. Variation i intervjustudien bakgrund kan således öka studiens *trovärdighet* (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Intervjustudiens analysprocess och urval har beskrivits så detaljerat som möjligt för att stärka studiens *giltighet*. Exempel från intervjustudiens analysprocess har även illustrerats med hjälp av en tabell (Bilaga 2). För att kontrollera *överförbarhet* av en studies resultat till andra liknande sammanhang, är det viktigt att författarna ger en tydlig beskrivning av urval, kontext, analysprocess och datainsamling (Polit & Beck, 2017). Ett ändamålsenligt urval av deltagare till intervjustudien gjordes, med variation av kön, yrkeserfarenhet, arbetsplats, utbildning och ålder. Antalet manliga deltagare var dock få, eftersom majoriteten av anställda sjuksköterskor inom kommunal HSV i båda kommunerna var kvinnor. Att endast två män blev intervjuade kan ses som en svaghet, eftersom överförbarheten av resultatet kan betraktas som begränsad när det gäller manliga sjuksköterskor. Den yngsta personen som intervjuades var 28 år gammal, medan den äldsta var 65 år. Längden på yrkeserfarenhet hos intervjustudien varierade, mellan ett och 40 år. Sjuksköterskorna som deltog i intervjustudien arbetade både på landsbygden och i tätorten, vilket har bidragit till en variation i beskrivningen av upplevelser och på så sätt kunnat stärka studiens *giltighet*. Även organisationen i de olika kommunerna skiljde sig åt, bland annat

genom att hemsjukvårdsområdena var olika stora och genom att sjuksköterskornas omvårdnadsansvar mellan särskilt, respektive ordinärt boende såg olika ut. Intervjustudien genomfördes i södra Sverige och *överförbarhet* av studiens resultat kan vara begränsad när det gäller andra länder, som inte har liknade kultur eller jämförbar uppbyggnad av kommunal HSV. Att sjuksköterskor från endast två kommuner i Sverige intervjuades kan också ses som en begränsning.

Delaktighet i en studie handlar om forskarens förförståelse om fenomen som studeras och om forskarens delaktighet i datainsamlingen. Det är viktigt att forskaren är medveten om sin förförståelse beträffande fenomenet som ska undersökas och försöker distansera sig från analysmaterialet, för att uppnå ett så neutralt resultat som möjligt (Graneheim & Lundman, 2004). För att försöka undvika otillbörlig påverkan på analysarbete och resultat, begrundade författarna sin förförståelse och skrev ner sina reflektioner innan intervjustudien påbörjades. Författarnas förförståelse och delaktighet vid intervjutillfällena har sannolikt ändå påverkat resultat och tolkning av texter från intervjuer som de själva utfört. Då författarna har utfört och transkriberat nio respektive tio intervjuer var har de troligen lättare kunnat distansera sig från intervjuer där de inte själva deltagit. Resultatet av intervjustudien skilde sig till viss del från författarnas förförståelse och författarna förvånades därigenom delvis av kategorin *Trygghet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut*.

En studies *tillförlitlighet* handlar om noggrann, pålitlig och begriplig beskrivning av datainsamling och bearbetning av studiematerial (Lundman & Graneheim, 2017). Information om intervjustudien skickades ut till alla tilltänkta intervjupersoner via e-post och en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor användes under de individuella intervjuerna. Genom att intervjupersonerna kunde berätta fritt om sina upplevelser och känslor fick författarna förhoppningsvis djupare svar på frågorna. Intervjupersonerna fick välja var de skulle intervjuas, vilket kunde bidra till större trygghet och bättre förutsättningar för intervjuerna. En av författarna saknade erfarenhet av intervjuteknik och den andra författaren hade begränsad erfarenhet. Därför genomfördes initialt två pilotintervjuer. Intervjufrågorna som användes bestod av nio frågor, med vardera två eller tre följdfrågor. Ett par av frågorna syftade till att väcka minnen och känslor, för att på så vis kunna utveckla svaren hos intervjupersonerna. Citat från intervjumaterialet har använts i resultatet, för att visa att sjuksköterskornas upplevelser överensstämmer med författarnas tolkning av intervjutexterna. Att tolkningen överensstämmer med citaten stärker studiens *tillförlitlighet*. Textanalys och olika överväganden under analysprocessen har gjorts både individuellt och gemensamt av författarna för att säkerställa att

relevant information inte feltolkades eller förbisågs. Diskussionerna under analysen har kunnat bidra till ökad *tillförlitlighet* av resultatet. Vid dataanalysen har författarna ansträngt sig för att inte förvränga eller feltolka intervjustexterna. Analysen har fortlöpande diskuterats vid olika seminarier som författarna deltagit i, vilket ytterligare har kunnat stärka intervjustudiens *tillförlitlighet*. En nackdel i analysprocessen kan vara att författarna till största delen inte har kunnat träffas personligen, utan det mesta av analysen har fått ske över telefon, eller via digitala medier. Författarna har även följt Vetenskapsrådets (2017) fyra forskningsetiska principer om informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav under hela forskningsprocessen, för att intervjustudien skulle bli så *tillförlitlig* och *pålitlig* som möjligt.

Resultatdiskussion

Resultatet från intervjustudien har visat att sjuksköterskor inom kommunal HSV påverkas känslomässigt när de vårdar äldre personer vid livets slut i ordinärt boende. Genomgående i studien framkom hur sjuksköterskorna upplevde blandade känslor som både skapade värde i omvårdnadsarbetet, men som även kändes utmanande. Upplevelsen av meningsfullhet gav värde åt sjuksköterskornas arbete med palliativ omvårdnad vid livets slut. Trygghet och meningsfullhet bidrog också till att stärka sjuksköterskornas välbefinnande positivt och gjorde att de kände sig stolta över sitt yrke. Sjuksköterskorna upplevde emellertid även utmaningar som orsakade frustration i omvårdnadsarbetet. Utmaningarna uppstod när sjuksköterskorna saknade förutsättningar för att kunna utföra en god och tillfredsställande palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut och frustrationen påverkade sjuksköterskornas välbefinnande negativt. Omvårdnadsarbete utförs alltid i ett sammanhang som utgör villkoren för arbetet. Sjuksköterskornas blandade känslor kan ses som en följd av de förutsättningar som rådde i palliativt omvårdnadsarbetet vid livets slut i kommunal HSV vid tiden för intervjustudien. McCormacks och McCances (2010) omvårdnadsmodell för personcentrering beskriver hur sjuksköterskornas förutsättningar betraktas som centrala villkor för personcentrering och består av professionell kompetens, social kompetens, hängivenhet, att vara klar över egna värderingar och att ha självkännedom. I följande text diskuteras förutsättningarna i relation till aspekter som skapar värde och utmanar sjuksköterskor i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut.

Aspekter som skapar värde i palliativt omvårdnadsarbetet vid livets slut

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde att palliativ omvårdnad vid livets slut gav deras profession ett värde. När sjuksköterskorna visade engagemang och hängivenhet i arbetet med äldre döende personer och deras anhöriga och när den palliativa omvårdnaden var av god kvalitet upplevdes arbetet som värdefullt. Tillfredsställande och meningsfull palliativ omvårdnad vid livets slut kunde utföras när sjuksköterskorna hade möjlighet att lyssna till den döendes livsberättelse, eller uppfylla den döendes sista önskemål och när den döende personen själv fick vara med och bestämma kring sin omvårdnad. En studie av Karlsson och Sandén (2007) visar, liksom resultatet i intervjustudien, att det kan finnas starka existentiella upplevelser för sjuksköterskor, när de känner medkänsla och samhörighet med den sjuka personen de vårdar. Upplevelsen består inte enbart av en professionell relation, utan landar i ett djupare engagemang. Sjuksköterskor upplever meningsfullhet, när de får engagera sig i den palliativa omvårdnaden och hjälper till att göra den sjukas sista tid i livet så bra som möjligt. Upplevelsen av meningsfullhet förstärks när sjuksköterskor känner trygghet, samhörighet, närvaro och får utrymme att vara lyhörda mot personen som vårdas och dennes anhöriga (Karlsson & Sandén, 2007). Likaså visar Strangs, Henochs, Danielsons, Browalls och Johanssons (2014) studie att sjuksköterskor känner meningsfullhet vid konversationer med personer vid livets slut, när de får möjlighet att känna närvaro, ge bekräftelse, eller har tid att bara lyssna på den döende personens berättelser och önskemål.

Ovanstående fynd från intervjustudien kan kopplas till McCormacks och McCances (2010) omvårdnadsmodell för personcentrering och förutsättningar för personcentrerad omvårdnad, vilken handlar om social kompetens och hängivenhet som ett sätt att förstå betydelsen av sjuksköterskans förmåga att skapa möjligheter till personcentrerade möten. Enligt omvårdnadsmodellens förutsättningar är det av stort betydelse att sjuksköterskor visar engagemang, inlevelse och förståelse för den vårdade personens situation. Förståelse och en god kommunikation skapar möjlighet för den vårdades önskemål att komma till uttryck och bli uppfyllda. Intervjustudiens fynd kan även kopplas till omvårdnadsmodellens förutsättningar för personcentrerad omvårdnad vilket handlar om att sjuksköterskorna har självkänedom och är klara över egna värderingar. Genom att sjuksköterskorna respekterar de vårdade personernas önskemål vid varje möte, oavsett vad sjuksköterskorna har för egna funderingar kring situationen, kan förutsättningar för en lyckad personcentrerad omvårdnad skapas.

Sjuksköterskorna beskrev vidare i intervjustudien att tillfredsställande kunskap och färdigheter inom palliativ omvårdnad stärkte positiva upplevelser, vilka skapade värde i arbetet. När sjuksköterskorna hade god kunskap och erfarenhet inom palliativt omvårdnadsarbete underlättades deras arbete och upplevelsen av trygghet ökade. Palliativt omvårdnadsarbete i ordinärt boende kräver enligt Wallerstedt och Andershed (2007) erfarenhet och kunskap, för att skapa trygghet och säkerhet hos sjuksköterskorna. Även andra studier betonar att sjuksköterskor behöver erfarenhet och kompetensutveckling i palliativ omvårdnad, för att uppleva trygghet vid palliativt omvårdnadsarbete (Danielsen, Sand, Rosland, & Førland, 2018; Josefsson, Bomberg, & Krans, 2018). Resultaten stöds av Moks och Chius (2004) studie, som påvisar att sjuksköterskor känner sig trygga när de innehar personliga egenskaper som främjar omvårdnadsarbetet och goda kunskaper inom palliativ omvårdnad. Enligt Socialstyrelsen (2017) finns det utifrån ett samhällsperspektiv behov av en organisation som stödjer ett teambaserat arbetssätt kring palliativ omvårdnad, med den vårdade personens behov i centrum. Målet med en stödjande organisation är att öka personalens kunskaper kring palliativ omvårdnad och främja samarbete mellan alla inblandade vårdgivare, som då kan erbjuda en god palliativ omvårdnad (Socialstyrelsen, 2017). Organisation och ledning spelar således en stor roll i att bistå med utbildningar och fortbildningar för att alla yrkeskategorier i hemsjukvårdsteamet ska ha nödvändig kunskap för god och säker omvårdnad vid livets slut. Fynden i intervjustudien som handlar om kompetens, vilket innefattar professionell kunskap och erfarenhet, beskrivs i McCormacks och McCances (2010) personcentrerade omvårdnadsmodell vara betydelsefulla förutsättningar för att kunna bedriva personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskors förmåga att använda sina kunskaper och färdigheter skapar enligt McCormack och McCance (2010) trygghet för dem i arbetet, men bidrar även till att ge trygghet och välbefinnande för personer som vårdas vid livets slut och deras anhöriga. I specialistsjuksköterskornas roll ingår bland annat, att delta i utveckling av riktlinjer för omvårdnad, ledning och forskning, samt att utbilda kollegor och sprida aktuell och relevant forskning i verksamheten (SSF, 2017). Specialistsjuksköterskor med spetskompetens inom området vård av äldre har därför en viktig roll i att bistå med kunskapsutveckling i hemsjukvårdsteamet samt i utveckling av riktlinjer för palliativt omvårdnadsarbete i verksamheten.

Sjuksköterskorna i intervjustudien upplevde även trygghet när samarbetet med kollegorna i hemsjukvårdsteamet fungerade väl och när de kände att de fick både praktiskt och emotionellt stöd från kollegorna i teamet, eller från primärvårdsläkaren. Sjuksköterskornas sociala

kompetens bidrog till upplevelsen av trygghet och framgick i deras förmåga att upprätthålla god kommunikation och ett gott samarbete med kollegorna i hemsjukvårdsteamet, genom att lyssna, visa hänsyn och förstå kollegornas känslor. En studie av Johansen och Ervik (2018) visar hur ett gott samarbete med kollegorna i hemsjukvårdsteamet och med informella vårdgivare kan öka sjuksköterskors upplevelse av trygghet. Känslan av trygghet som uppstår genom teamsamarbetet, kan enligt Johansen och Ervik (2018) påverka kvaliteten i den palliativa omvårdnaden på ett positivt sätt. Enligt Beck, Törnquist, Broström och Edberg (2012) kan döden ibland ses som en lättnad vid palliativt omvårdnadsarbete. När döden ses som en befrielse finns inget behov för vårdaren av att reflektera eller prata om situationen, medan andra personer i samma situation behöver få möjlighet att bearbeta sina upplevelser kring döende och döden genom att samtala med sina kollegor. Carlén och Nilsson (2008) beskriver hur emotionellt stöd från kollegorna i hemsjukvårdsteamet vid påfrestande upplevelser skapar trygghet vid palliativt omvårdnadsarbete. Fynden i intervjustudien som handlar om samarbete och stöd i hemsjukvårdsteamet, kan kopplas till McCormacks och McCances (2010) personcentrerade omvårdnadsmodell, som ett sätt att förstå betydelsen av sjuksköterskornas sociala kompetens. Social kompetens är enligt McCormack och McCance (2010) en viktig förutsättning för en välfungerande kommunikation i hemsjukvårdsteamet och bidrar till att personcentrerad omvårdnad, samarbete och stöd inom hemsjukvårdsteamet fungerar tillfredsställande oberoende av omvårdnadssituationen (McCormack & McCance, 2010). Sjuksköterskor som specialiserat sig inom området vård av äldre spelar en viktig roll i vårdverksamheten och kan genom sin kunskap bidra med att förbättra områden som kräver gott samarbete och välfungerande rutiner. Ett välfungerande samarbete och gott stöd inom hemsjukvårdsteamet bidrar till sjuksköterskors upplevelse av trygghet i arbetet, men främjar även palliativ omvårdnad av god kvalitet till personer som vårdas vid livets slut, vilket därigenom skapar värde i sjuksköterskornas arbete.

Aspekter som utmanar i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut

Sjuksköterskorna i intervjustudien upplevde utmaningar när det fanns brister av organisatoriska orsaker och den palliativa omvårdnaden inte kunde utföras på ett tillfredsställande sätt, vilket skapade frustration. När det saknades tid, resurser och det var långa avstånd till de äldre döendes personers hem, var det viktigt att sjuksköterskorna hade möjlighet att kunna prioritera i arbetet för att undvika tidspress och frustration över att inte räcka till. Fynden som handlar om frustration kan kopplas till McCormacks och McCances (2010) personcentrerade

omvårdnadsmodell och sjuksköterskornas professionella kompetens som en viktig förutsättning till personcentrerad omvårdnad. Professionell kompetens handlar bland annat om sjuksköterskans förmåga att kunna fatta rätt beslut och prioritera omvårdnadsåtgärder i olika omvårdnadssituationer vilket kan minska upplevelsen av frustration i arbetet. Sjuksköterskorna måste dessutom med hjälp av sin professionella kompetens kunna erbjuda god och tillfredsställande personcentrerad omvårdnad, trots organisatoriska problem (McCormack & McCance, 2010). En studie av Berterö (2002) bekräftar att sjuksköterskor känner sig frustrerade när de saknar tid och utrymme att kunna utföra de insatser som behövs för att säkerställa god omvårdnad till varje person som behöver palliativ omvårdnad. Sjuksköterskorna upplever också frustration när arbetsgivaren saknar förståelse för bristerna som uppstår i arbetet. Även Brueckner, Schumacher och Schneider (2009) visar att sjuksköterskor kan känna att det saknas tid och ekonomiska medel för att bedriva palliativt omvårdnadsarbete. Att verksamheten anställer fler sjuksköterskor skulle enligt studien skapa större utrymme för arbetsinsatserna och bidra till ökad tillfredställelse vid palliativt omvårdnadsarbete.

Organisation och ledning har en viktig roll i att tillhandahålla nödvändiga resurser för att minska sjuksköterskors upplevelse av frustration vid palliativt omvårdnadsarbete. Intervjustudien belyser att sjuksköterskor som arbetar med palliativ omvårdnad vid livets slut behöver tillfredsställande förutsättningar för att arbetet som utförs ska upplevas som gott. Specialistsjuksköterskor med spetskompetens inom området vård av äldre kan bidra till att minska upplevelsen av frustration i arbetet, genom att införa ett teambaserat beslutsstöd för strukturerad behovsbedömning av palliativa omvårdnadsinsatser och tydliga rutiner vid palliativt omvårdnadsarbete.

Slutsats

Intervjustudien visar att sjuksköterskor som vårdar äldre personer vid livets slut i ordinärt boende i kommunal hemsjukvård upplever blandade känslor som både skapar värde och utmaningar i det palliativa omvårdnadsarbetet. Samtidigt som sjuksköterskorna upplever meningsfullhet och trygghet i arbetet, blir de ibland frustrerade när de saknar förutsättningar för att utföra palliativ omvårdnad av god kvalitet. Trygghet och meningsfullhet är resurser som bidrar till att stärka positiva upplevelser av omvårdnadsarbetet och påverkar sjuksköterskornas välbefinnande positivt. Känslan av frustration påverkar istället sjuksköterskornas upplevelser av omvårdnadsarbetet negativt, vilket därigenom även påverkar deras välbefinnande negativt. Palliativ omvårdnad är ett högt prioriterat område inom sjuksköterskors yrkesutövning och en

viktig, ansvarsfull och krävande uppgift för sjuksköterskor i kommunal HSV. Prioriteringen ställer höga krav på att sjuksköterskor som arbetar inom kommunal HSV kan erbjuda palliativ omvårdnad av god kvalitet vid livets slut. Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med palliativ omvårdnad vid livets slut i ordinärt boende inom kommunal HSV behöver synliggöras för att skapa ökad förståelse för sjuksköterskornas situation. Resultatet från intervjustudien kan användas för att skapa bättre förutsättningar för sjuksköterskors arbete med palliativ omvårdnad av äldre personer i ordinärt boende. Organisation och ledning har en viktig uppgift med att tillhandahålla verkansamheten nödvändiga förutsättningar, som kan skapa en trygg och bekväm arbetsmiljö för sjuksköterskor och öka kvaliteten på den palliativa omvårdnad som utförs i kommunal HSV. För att förändringar och åtgärder ska leda till ett positivt resultat för både sjuksköterskor inom kommunal HSV, personer som erhåller palliativa omvårdnadsinsatser och deras anhöriga, behöver både arbetsledning, patientansvarig läkare och kollegorna i hemsjukvårdsteamet engageras i förbättringsarbete som skapar goda förutsättningar för den palliativa omvårdnaden. Lika viktigt är att synliggöra specialistsjuksköterskornas kunskap och att tillvarata den vid förbättringsarbeten i verksamheterna.

Förslag till vidare forskning

Med anledning av sjuksköterskornas reflektioner kring känslomässiga upplevelser i samband med omvårdnadsarbete vid livets slut och behov av praktiskt och emotionellt stöd, hade det varit intressant att göra vidare studier om sjuksköterskors olika erfarenheter av att få stöd vid palliativ omvårdnad vid livets slut inom kommunal HSV. Resultatet skulle kunna ge svar på vilka stödåtgärder sjuksköterskor behöver när de arbetar med palliativ omvårdnad vid livets slut i ordinärt boende.

Referenser

Barmark, M., & Djurfeldt, G. (2015). *Statistisk verktyglåda 0-att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur.

Beck, I. (2017). Palliativ vård. I K. Blomqvist, A.-K., Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 507–531). Lund: Studentlitteratur.

Beck, I., Törnquist, A., Broström, L., & Edberg, A.- K. (2012). Having to focus on doing rather than being-Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (4), 455–464. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016)

Berterö, C. (2002). District nurses' perceptions of palliative care in the home. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19 (6), 387-391. doi: [10.1177/104990910201900608](https://doi.org/10.1177/104990910201900608)

Blomqvist, K. & Beck, I. (2017a). Personcentrerade processer. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 73–88). Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, K., & Beck, I. (2017b). Teorier och modeller som stöd för personcentrerade möten. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 49–60). Lund: Studentlitteratur.

Broström, M. (2017). Äldre personers syn på döende och döden. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 483–495). Lund: Studentlitteratur.

Brueckner, T., Schumacher, M., & Schneider, N. (2009). Palliative care for older people – exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC Palliative Care*, 8 (7), 1–11. doi: [10.1186/1472-684X-8-7](https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-7)

Bökberg, C., & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s. 59–76). Lund: Studentlitteratur.

Carlén, K., & Nilsson, K. (2008). Andlighet i vården – en intervjustudie bland vårdpersonal. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28 (1), 13–17. doi: [10.1177/010740830802800104](https://doi.org/10.1177/010740830802800104)

Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1-13. doi: [10.1186/s12904-018-0350-0](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0)

Dahlberg, K. (2013). Vårdande med livsvärlden som grund. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt, & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s.117 – 127). Lund: Studentlitteratur.

Ernst Bravell, M. (2017). Äldre personers döende och död. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernst Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 497–506). Lund: Studentlitteratur.

Ernst Bravell, M., Christiansen, M., Blomqvist, K., & Edberg, E.-K. (2017). Åldrandets olika dimensioner. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernst Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 107–155). Lund: Studentlitteratur.

Fitch, I. M., Fliedner, C. M., & O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*, 4 (3), 150–155. doi: [10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04](https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04)

Fleming, J., Farquhar, M., Buck, J., Denning, T., Hunter, S., Mukaetova-Ladinska, E., & Barclay, S. (2016). Death and the Oldest Old: Attitudes and Preferences for End-of-Life Care - Qualitative Research within a Population-Based Cohort Study. *Public Library of Science One*, 11(4), 1-25. doi: [10.1371/journal.pone.0150686](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150686)

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Franklin Larsson, L.-L. (2013). Identitetsvärdighet. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt, & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 185–191). Lund: Studentlitteratur.

Fredrichsen, M. (2013). Språkets och samtalets betydelse. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt, & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 431–442). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., Lindgren, B.- M., & Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29 - 34. doi: [10.1016/j.nedt.2017.06.002](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002)

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. doi: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)

Gunnarsson, R. (2010). Forskningsmetodik-Kvantitativa (statistiska) och kvalitativa ansatser. Avdelning för samhällsmedicin och folkhälsa/allmänmedicin vid institution för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet. Hämtad 19-04-10 från <http://infovoice.se/fou/>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Johansen, M.- L., & Ervik, B. (2018). Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-8. doi: [10.1186/s12913-018-2955-7](https://doi.org/10.1186/s12913-018-2955-7)

Josefsson, K., Bomberg, M., & Krans, M. (2018). Creating a sense of security in palliative home care: Interviews with public health nurses. *Nursing and Palliative Care*, 3 (1), 1-6. doi: [10.15761/NPC.1000178](https://doi.org/10.15761/NPC.1000178)

Karlsson, M. & Sandén, I. (2007). A group of nurses' accounts of good palliative care situations. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 83 (27), 50–53. doi: [10.1177/010740830702700111](https://doi.org/10.1177/010740830702700111)

Klarare, A., Rasmussen, H. B., Fossum, B., Fürst, C.-J., Hansson, J., & Lundh Hagelin, C. (2017). Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams. *Palliative & Supportive Care*, 15 (2), 181–189. doi: [10.1017/S1478951516000547](https://doi.org/10.1017/S1478951516000547)

Krekula, C. (2017). Ålderism – Ett brott mot de mänskliga rättigheterna? I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 627–634). Lund: Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Larsen, A., Broberger, E., & Petersson, P. (2016). Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 342-350. doi: [10.1111/scs.12352](https://doi.org/10.1111/scs.12352)

Lindskog, M., Tavelin, B., & Lundström, S. (2015). Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality - a population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *Eur J Cancer*, 51(10), 1331–1339. doi: 10.1016/j.ejca.2015.04.001

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3.uppl., s. 219 - 233). Lund: Studentlitteratur.

McCance, T. (2017). Person-Centred Practice. Hämtad från http://nipec.hscni.net/download/presentations/past_presentations/2017_presentations/conf_march_2017/Prof-Tanya-McCance-Presentation-080317.pdf

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice* [Elektronisk resurs]. doi:10.1002/9781444390506

Milberg, A. (2013). Känsla av sammanhang I B. Andershed, B.-M. Ternstedt, & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 431–442). Lund: Studentlitteratur.

Mok, E., & Chiu, P. C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 475–483. doi: [10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x)

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2011). Klinisk omvårdnad – funktion och ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (2.uppl., s.17–32). Stockholm: Liber.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. Hämtad från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf?v=a1a122553fef4443998aeb08a0a7ca9

Sandman, L., & Kjellström, S. (2015). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Socialdepartementet. (2015 a). *Döden angår oss alla- Värdig vård vid livets slut* (SOU, 2001:6). Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2001/01/sou-20016/>

Socialdepartementet. (2015 b). *Vårdens svåra val* (SOU, 1995:5). Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-19955/>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016) *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede. Sammanfattning med förbättringsområden*. Hämtad från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf?v=a1a122553fef4443998aeb08a0a7ca9

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2017*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-1-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. (SBU-kapitel 8). Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Johansson, C.-M. (2014). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 23 (5), 562-568. doi: [10.1002/pon.3456](https://doi.org/10.1002/pon.3456)

Svenska palliativregistret. (2019). *Årsrapport för Svenska palliativregistret 2018*. Hämtad från <http://media.palliativregistret.se/2019/09/Årsrapport-2018-.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Ternestedt, B.-M., Henoch, I., Österlind, J., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n – En modell för personcentrerad palliativ vård* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651–658. doi: [10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x)

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf

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. doi: [10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x)

Willman, A. (2013). Kompetens och utbildning – grundförutsättning för vårdens kvalitet. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt, & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp och perspektiv i teori och praktik* (s. 501–506). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines*. Hämtad från <https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

World Health Organization. (2012). *Palliative care for older people: better practices*. Hämtad från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107290/e95052.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*. Hämtat från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/158962/A67_31-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053

Öhlen, J. (2013). Perspektiv på lidande. I C. Håkanson, B. Andershed, & B.-M. Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s 137–150). Lund: Studentlitteratur.

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jørgensen-Winther, M., & Lütznén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics*, 15(3), 371–383. doi:[10.1177/0969733007088361](https://doi.org/10.1177/0969733007088361)

Intervjuguide

- Ålder.
 - Kön.
 - Yrkeserfarenhet som sjuksköterska/specialistsjuksköterska/distriktsjuksköterska inom kommunal hemsjukvård.
1. a). Berätta om när du vårdat en äldre person (över 65 år) vid livets slutskede i ordinärt boende. b). Beskriv hur det kändes för dig att vårda någon vid livets slut. c). Finns det något du skulle vilja gjort annorlunda?
 2. a). Vilka utmaningar möter du när du ska ge palliativ omvårdnad till äldre personer i ordinärt boende? b). Vilka förutsättningar upplever du att du har för att ge en god palliativ omvårdnad åt äldre personer i ordinärt boende? c). Vad känner du skulle kunna underlätta ditt arbete med palliativ omvårdnad vid livets slut i ordinärt boende?
 3. Vad upplever du som god symtomlindring för äldre personer som vårdas vid livets slut i ordinärt boende?
 4. a). Berätta om ett samtal med en äldre person vid livets slut. b). Beskriv vad du upplevde under samtalet.
 5. a). Beskriv en situation när du upplevde att den döendes önskemål kunde uppfyllas. b). Hur kände du då?
 6. a). Beskriv en situation när du upplevde att den döendes önskemål inte kunde uppfyllas. b). Hur kändes det?
 7. a). Berätta om ett möte med anhöriga till äldre som vårdats i ordinärt boende vid livets slut. b). Vad upplevde du i det mötet?
 8. a). Vilka yrkesgrupper ingår i teamet vid palliativ omvårdnad i ordinärt boende i er kommun? b). Berätta om dina upplever av teamsamarbetet. c). Hur gör ni i teamet för att identifiera palliativa omvårdnadsbehov hos äldre personer i ordinärt boende?
 9. Något du vill tillägga eller berätta mer om?

Exempel från analysprocessen:

| Meningsenhet | Kod | Kategori |
|--|---|--|
| Det är fantastiskt att ge vård i livets slut, det känns jättebra att göra det så bra som möjligt för dem i livets slut | Det känns jättebra att ge god omvårdnad vid livets slut | Meningsfullhet i palliativt omvårdnadsarbete vid livets slut |

Information om intervjustudie till sjuksköterskor

Bakgrund och syfte

När befolkningen i Sverige blir allt äldre och många äldre personer bor kvar i ordinärt boende till livets slut, ställs det stora krav på sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård att kunna erbjuda god palliativ omvårdnad. Därför kan det vara viktigt att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplever hur det är att vårda äldre personer i ordinärt boende vid livets slut. Resultatet av studien kan förhoppningsvis leda till ökad förståelse för sjuksköterskors upplevelser och på så sätt bidra till att både äldre personer vid livets slut, deras anhöriga, sjuksköterskor och andra professioner i hemsjukvårdsteamet kan känna att vården som ges är av god kvalitet. Ökad insikt och kunskap kan därefter leda till större säkerhet i omvårdnaden av äldre personer vid livets slut.

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplever arbetet med att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut i ordinärt boende.

Förfrågan om att delta i studien

Du tillfrågas eftersom du har arbetat som sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård under minst ett år och har vårdat äldre personer vid livets slut i ordinärt boende. Vi önskar få intervjua dig om dina upplevelser av att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut. Intervjun kommer att genomföras under försommaren 2019 på en plats som väljs ut tillsammans med dig och intervjun kommer sammanlagt att ta ca 60 minuter att genomföra. Du kommer att få berätta om dina upplevelser och intervjun kommer att spelas in, för att sedan skrivas ner och bearbetas. I samband med intervjun kommer du att få muntlig information och få underteckna en samtyckesblankett. Deltagandet är frivilligt och du kan välja att avstå från att delta, eller när som helst avbryta din medverkan utan att ange orsak.

Hantering av persondata och sekretess

Insamlat material kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt. Dina svar och dina personuppgifter kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Inga kommuner, hemsjukvårdsområden eller enskilda personer kommer att kunna identifieras i det slutliga examensarbetet. Efter att studien slutligen sammanställts kommer insamlat datamaterial att arkiveras hos ansvarig handledare för studien. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du har frågor om dataskydd kan du i första hand kontakta ansvariga för studien, men du kan även kontakta HKR:s dataskyddsombud.

Vem ansvarar för studien?

Vi som genomför studien är två sjuksköterskor som heter Therese Friberg och Amira Cukur. Vi studerar till specialistsjuksköterskor inom området vård av äldre. I vår utbildning ingår att göra ett examensarbete på magisternivå och vi har valt att genomföra en intervjustudie. Ansvarig för forskningsprojektet och dina personuppgifter är en handledare som är anställd vid Högskolan i Kristianstad. Etisk prövning har genomförts 190512 och studien har därefter godkänts av Etikrådet vid Högskolan i Kristianstad.

Kristianstad 19-05-12

Studerande:

Amira Cukur, Leg. sjuksköterska

amira.cukur@hassleholm.se

0708 180 759

Studerande:

Therese Friberg, Leg. sjuksköterska

therese.friberg@sjobo.se

0739 830 894

Handledare:

Marie Nilsson,

Lektor i folkhälsovetenskap

Högskolan i Kristianstad

marie.nilsson@hkr.se

044-2503964

Informerat samtycke för intervjustudie i kommunal HSV

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien *Att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut inom kommunal hemsjukvård i ordinärt boende - Sjuksköterskors upplevelser*.

Jag har även fått möjlighet att ställa frågor och ger härmed mitt godkännande till att delta i studien. Jag får behålla den skriftliga informationen och jag har möjlighet att få ta del av det färdiga arbetet, om jag kontaktar ansvariga för studien.

- Jag godkänner att delta i studien.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet.

| Plats och datum | Underskrift |
|-----------------|-------------|
| | |

Information om intervjustudie till verksamhetschef och enhetschef

Bakgrund och syfte

När befolkningen i Sverige blir allt äldre och många äldre personer bor kvar i ordinärt boende till livets slut, ställs det stora krav på sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård att kunna erbjuda god palliativ omvårdnad. Därför kan det vara viktigt att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplever hur det är att vårda äldre personer i ordinärt boende vid livets slutskede. Resultatet av studien kan förhoppningsvis leda till ökad förståelse för sjuksköterskors upplevelser och på så sätt bidra till att både äldre personer vid livets slut, deras anhöriga, sjuksköterskor och andra professioner i hemsjukvårdsteamet kan känna att vården som ges är av god kvalitet. Ökad insikt och kunskap kan därefter leda till större säkerhet i omvårdnaden av äldre personer vid livets slut.

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplever arbetet med att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut i ordinärt boende.

Förfrågan om tillstånd för att genomföra studien

Ni tillfrågas i egenskap av att vara verksamhetschef/enhetschef, då det behövs tillstånd för att genomföra intervjuer med kommunanställda sjuksköterskor. Sjuksköterskorna som intervjuas ska ha arbetat inom kommunal hemsjukvård under minst ett år och ha vårdat äldre personer vid livets slut i ordinärt boende. Varje intervju kommer sammanlagt att ta ca 60 minuter att genomföra. Intervjuerna är tänkta att genomföras under försommaren 2019, på en plats som väljs ut tillsammans med intervjupersonerna.

Hantering av persondata och sekretess

Insamlat material kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt. Deltagarnas svar och deras personuppgifter kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Inga kommuner, hemsjukvårdsområden eller enskilda personer kommer att kunna identifieras i examensarbetet. Deltagarnas personuppgifter behandlas så länge som det behövs för att säkerställa studiens kvalitet. Efter att studien slutligen sammanställts kommer insamlat datamaterial att arkiveras hos ansvarig handledare för studien, på Högskolan i Kristianstad. Om ni väljer att bevilja oss tillstånd för att genomföra studien i er verksamhet ska även medföljande blankett om godkännande undertecknas och lämnas till författarna. Muntlig information lämnas till er av författarna, när informationsbrevet skickats ut.

Vi önskar hjälp av dig som enhetschef med att utse en kontaktperson som kan vidarebefordra e-postförfrågan till sjuksköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård i er kommun om att delta i intervjun. De sjuksköterskor som uppfyller kraven för deltagande i studien och vill delta kan anmäla sitt intresse till kontaktpersonen, som därefter kontaktar studieansvariga per telefon eller via e-post. Påskrivet tillstånd från cheferna kommer att hämtas av studieansvariga. Har ni några ytterligare frågor kring studien, eller kring det slutliga resultatet får ni gärna kontakta studieansvariga.

Vem ansvarar för studien?

Vi som genomför studien är två legitimerade sjuksköterskor som heter Therese Friberg och Amira Cukur. Vi studerar till specialistsjuksköterskor inom området vård av äldre. I vår utbildning ingår att göra ett examensarbete på magisternivå och vi har valt att genomföra en intervjustudie. Ansvarig för forskningsprojektet och personuppgifter är en handledare som är

anställd vid Högskolan i Kristianstad. Etisk prövning har genomförts 190512 och studien har därefter godkänts av Etikrådet vid Högskolan i Kristianstad.

Kristianstad 2019-05-12

Studerande:

Amira Cukur, Leg. sjuksköterska

amira.cukur@hassleholm.se

0708 180 759

Therese Friberg, Leg. sjuksköterska

therese.friberg@sjobo.se

0739 830 894

Handledare:

Marie Nilsson,

Lektor i folkhälsovetenskap

Högskolan i Kristianstad

marie.nilsson@hkr.se

044-2503964

Godkännande för intervjustudie i kommunal HSV

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien *Att ge palliativ omvårdnad till äldre personer vid livets slut inom kommunal hemsjukvård i ordinärt boende - Sjuksköterskors upplevelser*.

Jag har även fått möjlighet att ställa frågor och ger härmed mitt godkännande till att studien genomförs i vår verksamhet. Jag får behålla den skriftliga informationen och jag har möjlighet att få ta del av det färdiga arbetet, om jag kontaktar ansvariga för studien.

- Jag godkänner att studien genomförs i vår verksamhet.
- Jag samtycker till att uppgifter om vår verksamhet behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet.

| Plats och datum | Underskrift |
|-----------------|-------------|
| | |
| | |