



EXAMENSARBETE

Våren 2013

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot
distriktssköterska 75hp

Distriktssköterskors erfarenhet av teamarbete i palliativ hemsjukvård

Föfattare

Karin Jönsson

Handledare

Ann-Christin Janlöv

Examinator

Kerstin Petersson

Distriktssköterskors erfarenhet av teamarbete i palliativ hemsjukvård

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Karin Jönsson

Handledare: Ann-Christin Janlöv

Empirisk studie

Datum 2013-03-04

Sammanfattning

Palliativ vård i hemmet är en aktiv helhetsvård som ska tillfredsställa den svårt sjuka patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt omfatta stöd även till de närstående. Sådan behandling, vård och omsorg för svårt sjuka kräver samarbete mellan involverade professioner. Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av hur teamarbete fungerade i palliativ hemsjukvård. Data samlades in genom intervjuer med sju distriktssköterskor som arbetade i en mellanstor kommun i södra Sverige. Området där distriktssköterskorna var verksamma omfattade både tätort och landsbygd. Analys av intervjuerna genomfördes med en tematisk innehållsanalys. Analysen resulterade i ett tema; Teamarbete innebär samarbete med olika professioner, patienter och deras anhöriga. Samt två huvudkategorier och sex subkategorier. Resultatet visade att skapandet av förutsättningar till en värdig död i hemmet var en process av engagerat teamarbete med planering och samordning av den palliativa vården med olika yrkesprofessioner. Det framkom att samarbetet till de övriga i teamet och anhöriga hade en stor och avgörande betydelse för hur vården utvecklades. Teamarbete med ett bekräftande förhållningssätt i palliativ hemsjukvård skapade också stöd i svåra beslut och bidrog till samverkan i arbetet att ge en värdig död.

Nyckelord: Distriktssköterska, palliativ vård, hemsjukvård, teamarbete, kvalitativ metod.

District nurses' experience of team work in palliative home care

A qualitative interview study

Author: Karin Jönsson

Supervisor: Ann-Christin Janlöv

Empirical study

Date 2013-03-04

Abstract

Palliative care in the home is an active total care to satisfy the critically ill patient's physical, psychological, social and spiritual needs, and include support also to the relatives. Such treatment, care and care for the critically ill require cooperation between the involved professionals. The aim of the study was to describe district nurses' experience of how teamwork worked in palliative home care. Data were collected through interviews with seven district nurses who worked in a medium-sized municipality in southern Sweden. The area where the district nurses were active covering both urban and rural. Analyses of the interviews were conducted with a thematic content analysis. The analysis resulted in a theme; Teamwork involves cooperation with different professionals, patients and their relatives. And two main categories and six subcategories. The results showed that the creation of conditions for a dignified death at home was a process of dedicated team work planning and coordination of palliative care with different professional professions.

It appeared that the cooperation of the rest of the team and their families had a large and significant impact on how care was developed. Teamwork with a confirmatory approach in palliative care also created support in difficult decisions and contributed to collaboration in the work to provide a dignified death.

Keywords: District nurse, palliative care, home care, teamwork, qualitative method.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Palliativ vård och omvårdnad.....	6
Teamarbete.....	7
Distriktssköterskans roll.....	8
SYFTE	9
Definitioner.....	9
METOD	10
Design.....	10
Kontext.....	10
Urval.....	11
Genomförande.....	12
Datansamlingsmetod.....	12
Dataanalys.....	13
Etiskt övervägande.....	14
RESULTAT	15
Samarbete med olika professioner	15
Erfarenhet av samarbete i team.....	16
De olika professionernas betydelse.....	16
Ansvarstagande och tillgänglighet.....	19
Samarbete med patient och anhöriga	20
Anhörigas roll.....	20
Hemmiljöns betydelse.....	21
Betydelse att ge stöd till anhöriga.....	22
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion.....	26
REFERENSER	30
Bilaga 1 Information till berörd enhetschef	
Bilaga 2 Information och förfrågan om att medverka i en studie om distriktssköterskans erfarenheter av teamarbetet i palliativ hemsjukvård	
Bilaga 3 Svarsblankett för samtycke	
Bilaga 4 Intervjuguide	

BAKGRUND

Palliativ vård definieras enligt WHO som:

”Ett förhållningssätt som förbättrar livskvalitén hos patienter och deras närstående som drabbas av de svårigheter livshotande sjukdom innebär genom att förebygga och lindra lidande med hjälp av tidig identifiering, analys och behandling av smärta och andra problem, fysiska, psykosociala och existentiella”(Socialstyrelsen, 2004 s 10).

Distriktssköterskan och sjuksköterskan måste anpassa omvårdnadsåtgärderna efter den enskilda patienten, dennes hälsotillstånd, personlighet, närstående och hemmet (Reitan & Schjølberg, 2003). Beck–Friis och Strang (2005) menar att kommunerna har möjlighet att ge god palliativ omvårdnad i hemmen där distriktssköterskor är en form av samordnare för palliativ omvårdnad. Socialstyrelsen (SOU 2001:6) visade i en undersökning att de flesta människor väljer att vårdas i sina hem. Utredningen visade också att palliativ vård av hög kvalitet präglas av multiprofessionellt samarbete som såg till patientens och anhörigas behov. Att vårda en människa i dennes hem innebär ett stort ansvar. Det kräver en balansgång mellan det offentliga och det privata området för hemsjukvårdens personal. Att förstå vad en svårt sjuk eller döende patient vill med sitt liv är en utmaning för all personal som arbetar med palliativ vård. Privatlivet för patienten och dennes närstående minskar, och en del självständighet och kontroll över livet förloras. Sådan behandling, vård och omsorg för svårt sjuka kräver teamarbete mellan involverade professioner (Kaasa, 2001). Samtal och närvaro är viktigt vid palliativ vård, alla patienter vill eller orkar inte berätta om sitt liv vilket gör planeringen av palliativ vård svårare. Det krävs dock att distriktssköterskan ges tid för samtal inom en vård som baseras på humanistiska värden samt att personalen arbetar i team så att en i teamet kan ges möjlighet att sitta ned hos patienten. Det kan vara svårt att förstå den döendes situation. Ett sätt är att lyssna och försöka förstå utifrån den patientens perspektiv (Ternestedt, 1998). Vården i livets slut är för många äldre en naturlig del och den vård man fått tidigare fortsätter i och med detta skede. Dess omfattning kring livets slut kan se olika ut, ibland krävs mer palliativt kvalificerade insatser dygnet runt och ibland krävs inga insatser av specifik art alls (Kunskapsguiden, 2013). Den palliativa vården är betydelsefull och mycket viktig och omvårdnadsbehovet ökar i takt med att patienten försämras. Det är en utmaning att arbeta med svårt sjuka patienter och deras anhöriga, ett högaktuellt område där vi ständigt kan

förbättra omvårdnadskvalitén. Ett projekt genomfört i Östergötland visade att genom att arbeta i team hade team medlemmarna lärt sig mer om palliativt vårdande, att prioritera symtomlindring och att arbeta mer strukturerat (Vårdförbundet, 2012). Därför är det betydelsefullt att undersöka hur vården och samarbetet mellan olika yrkeskategorier ser ut för patienten den sista tiden i livet.

Palliativ vård och omvårdnad

Palliativ vård innebär och omfattar lindrande vård för personer med sjukdomar som inte går att bota och med flera svåra symtom som till slut leder till döden inom en viss tid, som några dagar, veckor eller någon månad (WHO, 2013). För att minska lidande och obehag för patienten är målet att personen skall kunna leva så normalt och aktivt som det går även i livets slut (Kaasa, 2001). När det gäller nationella riktlinjer för palliativ vård så hade Socialstyrelsen av regeringen fått i uppdrag att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Detta kunskapsstöd skall utveckla den palliativa vården och stödja vårdgivarna, underlätta kvalitetssäkringar och uppföljningar samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Kunskapsstödet som är en preliminär version fokuserar på palliativ vård i livets slutskede. Sista datum för att lämna synpunkter på den preliminära versionen var 31 december 2012 och Socialstyrelsen arbetar nu vidare med den slutliga versionen av kunskapsstödet som planeras att publiceras i juni 2013 (Socialstyrelsen, 2012).

Palliativ omvårdnad beskrivs och karaktäriseras av fyra hörnstenar som innebär symtomkontroll med hjälp av smärtlindring och lindring av andra svåra symtom, god kommunikation med patienter/närstående och samarbete med andra yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor med flera (SOU 2000:6). För att palliativ omvårdnad skall fungera behövs kunskap i att identifiera symtom samt lindra och följa upp dessa. Det behövs även välutbildad personal som ger information och stöd till vårdtagare, närstående och personal. Därför krävs tillgänglighet och en välfungerande samverkan i teamarbete (Vårdhandboken, 2010b). Nationella såväl som internationella studier har visat att den palliativa vården med förbättrad livskvalitet till patienter med palliativ diagnos och deras anhöriga har utgjorts av ett teambaserat förhållningssätt för god palliativ vård (Appelin, Brobäck & Berterö, 2005; Chapple, Ziebland & Mcpershon, 2006; Dunne, Sullivan & Kernholm, 2005; NRPV, 2012; Walshe, Todd, Caress & Chew-Graham, 2008; World Health Organisation, 2009).

Teamarbete

Den mest vedertagna definitionen av team kommer från boken ”Wisdom of teams” av Jon R Katzenbach och Douglas K Smith: ”Ett team består av ett litet antal människor som har kompletterande kompetenser. De arbetar med samma syfte, mål och metodik för vilka de tar ett gemensamt ansvar” (Katzenbach & Smith, 1993, s 45). Teamarbete har under de senaste 20 åren blivit allt vanligare i arbetslivet (Guzzo & Shea, 1992). En anledning kan vara att dagens arbetsuppgifter har ökat i komplexitetsgrad. Och att det därför krävs en samlad kompetens av flera personer som var och en bidrar med kunskap från sitt specifika kunskapsområde (McGrath, 2000). Patientens sammansatta problembild, och de närståendes många behov och stora osäkerhet gör det nödvändigt med expertmedverkan på flera plan samtidigt. I studier som fokuserat ett lyckat och framgångsrikt teamarbete framkom vikten av att det inom teamet fanns en god kommunikation, gott arbetsklimat, engagemang och informationsutbyte med patient och anhöriga. Likaså var alla i vårdteamet medvetna om sin specifika roll för att på så sätt kunna ge en god palliativ omvårdnad (Appelin, Brobäck & Berterö, 2005; Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm & Radbruch, 2007). I den palliativa vården kan vid behov flera yrkeskategorier ingå för att uppnå optimal vård. I ett team kan ofta sjuksköterskor, distriktssköterskor, läkare men även sjukgymnast och undersköterskor ingå. I kombination med insikt och respekt för andra professioner än den egna och att alla samarbetar i vården av den döende är det av högsta vikt att kunna ge den sjuke en god och kontinuerlig vård (Fridegren & Lyckander, 2001; Vårdalinstitutet, 2012). En studie av Strandberg, Ovhed, Borgqvist och Wilhelmsson (2007) visade att ett teambaserat förhållningssätt var enda möjligheten att förstå helheten av behov för vården av patienter med palliativ diagnos. Palliativt vårdande med helhetssyn skedde genom samverkan av erfarenheter och kunskap hos olika yrkesprofessioner inom teamet. Särskilt betydelsefullt för att förstå helheten var teammedlemmars lyhördhet och flexibilitet (a.a.).

Distriktssköterskornas erfarenheter av palliativt teamarbete var positivt i de fall de på ett tidigt stadium presenterades för patienterna. Det möjliggjorde en god kommunikation och omhändertagande av problem. Det räckte sällan med en individ eller profession vid hanterandet av den komplexitet av frågeställningar som uppstod vid palliativ vård (Grott Vernooij-Dassen, Verhagen, Crul & Crol, 2007; NRPV, 2012). Distriktssköterskan har en nyckelroll som samordnare i teamet med kontakten av läkare, övrig vårdpersonal och

anhöriga. Studien av Goodridge, Bond, Cameron & McKean (2005) menar att den samordningen måste fungera för att anhöriga och övrig personal ska känna tillfredsställelse med döendeprocessen.

Distriktssköterskans roll

Forskning har visat att distriktssköterskan har betydelse i palliativa team. En studie fann att när patienter med palliativ diagnos vårdades den sista tiden i livet i hemmet ställdes stora krav på distriktssköterskorna då de ansågs utgöra den betydande och centrala rollen i teamet (Dunne, Sullivan, & Kernohan, 2005). I en annan studie gjord av Hansson, Arvemo och Marklund (2010) beskrevs samarbete som en viktig del av distriktssköterskans yrkesprofession. Och ett fungerande samarbete mellan olika professioner beskrevs som betydelsefullt och positivt för tillfredställelsen i arbetet. De olika professionernas arbetsuppgifter har samma mål, att åstadkomma en optimal vård (a.a.). Distriktssköterskans yrkesroll och ansvar inom palliativ omvårdnad beskrivs vara; att ansvara för omvårdnad av patienters komplexa sjukdomsbild, att kunna identifiera, bedöma behov samt ha ett samarbete med andra yrkesgrupper och närstående för att tillfredsställa patienters omvårdnadsbehov i livets slut. Vid arbete i kommunal hemsjukvård ingår det i distriktssköterskans kompetens att kunna bedöma övergång från sjukdomsbehandlande vård till palliativ vård för en värdig död i vårdtagarens hem (Distriktssköterskeföreningen, 2005). Distriktssköterskornas känslomässiga stress och tidspress av det palliativa arbetets förutsägbara natur har belysts i olika studier men även bristen på formellt stöd från arbetsledningen med spänningarna att skifta mellan krävande intensiva palliativa situationer och allt annat rutinarbete som måste göras (Appelin, Brobäck & Berterö, 2005; Burt, Shipman, Addington-Hall & White, 2008).

Berterö (2002) undersökte distriktssköterskornas upplevelser av palliativ vård i hemmet. Där framkom frustration och känslor av professionell otillräcklighet över att inte kunna ge enskilda patienter det de behövde.

Inom palliativ vård benämns samverkan mellan olika professioner för teamarbete. För ett fungerande teamarbete vid vård under äldre personers sista tid i livet, krävs att det omfattar ett vårdkedjeperspektiv där olika vårdgivare ingår. Andersson (2007) undersökte äldre patienters sista tid i livet, vilket visade ett behov av fortsatt forskning om hur olika vårdgivare

samverkar. Resultatet i avhandlingen indikerar att vården till äldre personer vid livets slut inte är till fullo utvecklat. Äldre personers livskvalitet vid livets slut påverkades av faktorer som berörde vården och omsorgen. Forskning om palliativ vård och teamarbete visar på behoven av vård med helhetsperspektiv runt patienter med palliativ diagnos och även familjens behov. Distriktssköterskors frustration och stress över att inte kunna prestera mer för enskilda patienter är belyst i olika studier men betydelsen av samarbete med andra team medlemmar i den palliativa omvårdnaden är inte undersökt i någon större omfattning. Innebörden av palliativ omvårdnad till patienter som vårdas i hemmet med olika medicinsk diagnos är individuell och tidskrävande. Därför behövs det kunskap om distriktssköterskans erfarenheter av palliativt teamarbete för att kunna ge en god och patientsäker hemsjukvård.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av hur teamarbete fungerade i palliativ hemsjukvård.

Definitioner

Definitionerna klagörs här för att få en större förståelse för studiens sammanhang.

Hemsjukvård definieras enligt Socialstyrelsen som ”Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och är sammanhängande över tiden”. Vidare specificeras begreppet med ”Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet”(SoS termbank, 2012).

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) förklaras som en organiserad specialiserad sjukvård som utför kvalificerad omvårdnad och handskas med medicinsk teknik. Vårdformen är läkarledd och bedrivs i samarbete med ett multiprofessionellt team. I teamet arbetar sjuksköterskor, läkare, kurator, dietist och sjukgymnast. Vården bedrivs inom ett stort upptagningsområde dygnet runt, på akuta och planerade tider i patientens hem. Avancerad sjukvård i hemmet består mestadels av palliativ vård (Beck-Friis & Strang, 2005).

Särskilt boende definieras enligt Socialstyrelsen ”som individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade”. Det som inte är särskilt boende räknas som *ordinärt boende* (SoS termbank, 2012).

METOD

Design

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats eftersom en sådan stämde väl överens med ämnets karaktär och att syftet med den kvalitativa ansatsen framförallt var att förstå och förklara erfarenheter eller upplevelser (Forsberg & Wengström, 2003). I den kvalitativa studien erhöles informationen med fördel från personer som har förstahandsinformation om ämnet, till exempel distriktssköterskor i hemsjukvården (Polit & Beck, 2008).

Kontext

Studien genomfördes i en mellanstor kommun i södra Sverige. Antalet invånare i kommunen uppgår till omkring 21 000. Organisationen i vilken distriktssköterskorna arbetade kallas ”Omsorg och vård i kommunen”, och ansvarar för hälso- och sjukvård, det vill säga hemsjukvård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen är huvudman där studien genomförts och i denna kommun har hemsjukvården en egen organisation med en gemensam enhetschef för alla distriktssköterskor och sjuksköterskor. Hemsjukvårdens enhetschef ansvarar för den vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i hemsjukvården samarbetar med den omvårdnadspersonal som ingår i hemsjukvårdens organisation och delegerar delar av arbetsinsatserna till dem.

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna ansvarar för vården av vårdtagarna i ett geografiskt avgränsat område vilket innefattar både tätort och landsbygd. Antingen i det privata hemmet eller för ett specifikt boende som t.ex. särskilt boende eller ett LSS boende. LSS innebär lagen om stöd och service till funktionshindrade och bostaden är anpassad för personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar. Boendet kan vara ett gruppboende, en servicebostad eller en annan särskilt anpassad bostad. Distriktssköterskorna utgår från ett hus med flera kontor beläget i de centrala delarna av kommunen. Där sitter de

tillsammans med enhetschefer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor från hemvården. Ett av målen i kommunens äldreomsorgsplan var att se döendet som en del av livet, och att ge högsta möjliga livskvalitet för den döende. Under våren 2006 bildades därför ett särskilt palliativt team med vårdpersonal för att öka möjligheten att ge vårdtagarna i kommunen en god vård i livets slut. Det palliativa teamet kan efter behov och önskemål ge stöd och vård, alla tider under dygnet samt avlastning för anhöriga i hemmet. I detta team ingår två sjuksköterskor, varav en är distriktssköterska men båda har erfarenhet och kunskap inom området onkologi och palliativ vård. Dessa två sjuksköterskor är handledare för teamet som består av undersköterskor. Undersköterskorna i det palliativa teamet har gått speciella utbildningar inom den palliativa vården och har mer kunskap och erfarenhet om palliativ vård jämfört med övrig personal i hemsjukvården. Deras målsättning är att skapa kontinuitet, trygghet och kvalitet för vårdtagaren i livets slut samt deras anhöriga. Var tredje vecka har teamet diskussionsträffar tillsammans med sjuksköterskorna, där bland annat patientfall tas upp och övriga frågor behandlas inom den palliativa vården. Vad som har fungerat bra eller mindre bra samt att teamet har handledning tillsammans för förbättring av den palliativa vården.

Urval

Författaren valde att tillfråga 10 distriktssköterskor som arbetade i hemsjukvården med fokus på ordinärt boende om deltagande i studien. Urval av deltagarna skedde genom ett ändamålsenligt urval som enligt Polit och Beck (2008) innebar att deltagarna valdes utifrån särskilt formulerade kriterier. Inklusionskriterier var sjuksköterskor som hade genomgått vidareutbildning med inriktning distriktssköterska eller liknande utbildning inom palliativ hemsjukvård och att de skulle ha arbetat i hemsjukvården minst två år, för att ha skaffat sig kunskaper och fått erfarenhet av palliativ vård. Kriterierna baserades på att enligt Benner (1993) består kunskapsutveckling inom en tillämpad disciplin av att den praktiska kunskapen utvidgas och på så sätt utvecklas klinisk erfarenhet. Totalt deltog sju kvinnliga distriktssköterskor i studien som hade i genomsnitt 8 års erfarenhet av att arbeta med palliativ hemsjukvård. Av dessa sju inkluderades de två sjuksköterskorna som var kopplade till det palliativa teamet. Distriktssköterskorna var i åldrarna mellan 28-57 år. Det var tre bortfall, två sjuka och ett annat förhinder.

Genomförande

Skriftlig information skickades ut till enhetschefen i kommunen vilken innehöll en beskrivning hur studien var tänkt att genomföras samt förfrågan om tillstånd att genomföra studien. Enhetschefen som samtyckte till studien skickade därefter mail om distriktssköterskornas samtycke till medverkan. Sedan skickades skriftlig information om studien till de distriktssköterskor som valdes. I den skriftliga informationen informerades även om att medverkan var frivillig och deltagarna kunde avbryta och dra sig ur när som helst utan att ange något särskilt skäl. Författaren till den här studien återkom till distriktssköterskorna och informerade muntligt per telefon, antal som ville medverka samt bestämde tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället fick deltagarna ytterligare muntlig information. Därefter undertecknade de ett informerat samtycke till att medverka i studien innan intervjuerna påbörjades. Intervjuerna gjordes på distriktssköterskornas arbetsplats, i avskildhet så att risken minskade att bli störd under intervjun (Polit & Beck, 2008).

Datainsamlingsmetod

Den kvalitativa datainsamlingen skedde genom intervjuer. Den kvalitativa beskrivningen hade betydelse för ämnet och beskrev variationer (Polit och Beck, 2008). Data samlades in med semistrukturerade intervjuer, en metod som innebar att en intervjuguide med samma frågor ställdes till alla informanterna och att frågorna hade öppna svarsmöjligheter där författaren kontrollerade och strukturerade intervjusituationen (Kvale, 2009; Polit och Beck, 2008). En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden. Efter denna intervju justerades intervjufrågorna i intervjuguiden. Pilotintervjun inkluderades i studien eftersom den ändå bedömdes ge värdefullt material som motsvarade syftet. Alla intervjuerna startade med att informanterna delgavs en muntlig information om studien och dess upplägg. Informanterna fick även möjlighet att ställa eventuella frågor innan bandspelaren sattes på och intervjun startade. Enligt Polit och Beck (2008) bör intervjuaren förbereda deltagaren inför intervjun genom att få dem att känna sig bekväma i situationen. Detta kan innebära att delge relevant information om studien och att använda de första minuterna till isbrytande konversation (a.a.). Intervjuerna inleddes sedan med demografiska frågor. Samtliga intervjuer genomfördes med hjälp av intervjuguiden (se bilaga 4) under december 2012 till januari 2013. I intervjuguiden användes bland annat frågor som till exempel ”berätta om dina erfarenheter och upplevelser av teamarbete i palliativ hemsjukvård”, ”berätta om tillfällena du tycker att teamarbetet fungerade bra och på vilket sätt det kändes bra eller inte bra”. ”Berätta om teamarbete och

samarbetet med andra vårdgivare, vilka professioner samarbetar distriktssköterskan med i sitt arbete med palliativa patienter”, ”hur upplever distriktssköterskan att teamarbete och samarbete med andra professioner fungerar” Följdfrågor ställdes för att klargöra vad deltagarna hade erfårit och upplevt, där syftet ur olika distriktssköterskors perspektiv speglades med uppföljande sonderingsfrågor. Intervjuerna avslutades med frågan om informanterna hade något övrigt som de ville tillföra. Intervjuerna tog 40-45 minuter per intervjuperson. Intervjuaren hade ett ansvar för att skapa en miljö där den som intervjuas tryggt kan delge sina känslor och erfarenheter (Polit och Beck, 2008). Det mest ideala i en intervjusituation är avskildhet med så lite störande ljud som möjligt (a.a.). Varje intervju benämndes med en siffra för att författaren skulle kunna möjliggöra identifiering av respektive intervju. Alla intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant fortlöpande.

Dataanalys

Metod för analys av intervjuer har i denna studie utgått från Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. I innehållsanalysen är kärnan att skapa kategorier som belyser innehållet av intervjuerna. Kategorierna återspeglar intervjudatas centrala innehåll och ger svar på frågan ”vad?” samt utger det manifesta innehållet av intervjuerna. Med det manifesta innehållet avses det som direkt står i intervjutexterna. Utifrån data som erhålls kan det eventuellt bildas teman. Teman ger svar på frågan ”hur?”. I teman framkommer det latenta innehållet av texterna och detta avser forskarens tolkning av texten. Teman sammanbinder det underliggande innehållet som i en röd tråd. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Hela intervjutexten lästes igenom upprepade gånger för att överblicka helheten. Från intervjutexten valdes meningar eller stycken ut som var meningsbärande, vilka är de uttalanden och ord som i innehåll och kontext har samma mening och var relevanta till frågeställningen (a.a.). Enligt Polit och Beck (2008) kan författarens förförståelse orsaka en förvrängning av studiens resultat. Det bör påpekas att en viss förförståelse förelåg då författaren till föreliggande studie hade erfarenhet av palliativ vård och samarbete mellan olika yrkeskategorier inom särskilt boende. Under förberedelserna inför föreliggande studie sökte författaren information i böcker, vetenskapliga tidskrifter och på Internet och genom denna nya kunskap utökades författarens förförståelse för ämnet.

Etiska överväganden

Deltagandet i studien var frivilligt, vilket informanterna informerades om skriftligt och muntligt. Informanterna informerades även om studiens syfte, tillvägagångssätt och vad deras medverkan innebar och att de kunde avbryta sitt deltagande i studien när helst de önskade. Allt material behandlades konfidentiellt. Resultatet av studien presenteras i sådan form att deltagarna inte kan identifieras (Vetenskapsrådet, 2002). Det etiska övervägandet anses vara korrekt bedömt enligt Högskolan i Kristianstad på Projektseminarium 2012-08-29.

Informerat samtycke inhämtades av samtliga informanter som lämnade sitt samtycke både skriftligt genom brevfrågan och muntligt när överenskommelse om tid och plats för intervjuerna gjordes. Med informerat samtycke menas att den informerade hade förstått informationen och frivillighet att delta i studien med rätten att dra sig ur studien. Konfidentialitetskravet innebär att vidta åtgärder för att skydda personernas integritet i studien. Vilket innebär att det för utomstående inte går att identifiera vem som sagt vad i studien. Alla personuppgifter har förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte kunnat ta del av dem. Med nyttjandekravet menas att det insamlade materialet inte kommer att användas i annat syfte än för forskningen. Avsikten har varit att komma fram till ny och väsentlig kunskap utan att någon kommer att känna sig utpekad eller kommer till skada.

RESULTAT

Analysen av det insamlade datamaterialet resulterade i ett tema, två huvudkategorier och sex subkategorier. Resultatet presenteras utifrån kategorisystemet och illustreras med citat från informanterna med kursiv stil och en siffra inom parantes anger numret på intervjun.

Tema och kategorierna beskriver distriktssköterskans upplevda erfarenhet av hur teamarbete fungerar i palliativ hemsjukvård.

Tema	Teamarbete innebär samarbete med olika professioner, patienter och deras anhöriga
-------------	--

Kategorier	Subkategorier
-------------------	----------------------

Samarbete med olika professioner	<ul style="list-style-type: none">▫ Erfarenhet av samarbete i team▫ De olika professionernas betydelse▫ Ansvarstagande och tillgänglighet
----------------------------------	---

Samarbete med patient och anhöriga	<ul style="list-style-type: none">▫ Anhörigas roll▫ Hemmiljöns betydelse▫ Betydelse att ge stöd till anhöriga
------------------------------------	---

Samarbete med olika professioner.

I resultatet framkom att informanterna samarbetade med flera andra yrkeskategorier för att kunna bedriva en god palliativ vård i hemsjukvården. Informanterna beskrev att de hade en samordnande funktion vilket innebar för dem att planera, prioritera, omstrukturera och vid behov delegera vissa arbetsuppgifter. De flesta informanterna nämnde att de samarbetade med framförallt läkaren när det gällde arbetet med palliativa patienter. Men att de även samarbetade med kollegor, undersköterskor och ibland kopplades sjukgymnast och arbetsterapeut också in. Det palliativa teamet var också en grupp som man samarbetade

mycket med. På senare år har även avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) tillkommit som just när det är avancerad sjukvård inom palliativ inriktning har det övergripande ansvaret och har en läkare som de är nära kopplade till. Någon informant nämnde i första hand att det var anhöriga som man samarbetade med och att de var jätteviktiga. En annan informant nämnde sjukhuspräst eller sedvanlig präst som hon tyckte användes för lite, de glömdes bort ansåg hon ”för att det var många gånger att det var jättebra med präst just med tanke på alla de extenciella frågor som kommer”.(3)

Erfarenhet av samarbete i team.

Informanterna svarade att de hade god erfarenhet av samarbete i team och att det hade fungerat bra med både anhöriga, hemtjänsten och det palliativa teamet samt när kontakten och samarbetet med patient ansvarig läkare fungerade (PAL). Det var viktigt att alla strävade efter samma mål och vara införstådda med vilket mål man strävade efter och att kommunikationen fungerade bra mellan alla parter. Vid samarbetet med ASIH visste informanterna exakt när det kom en läkare, vem de kunde nå och ringa och luta sig på när de behövde goda råd etc. och det samarbetet fungerade bra, så erfarenheterna med dem var också goda. Samarbetet med arbetsterapeut och sjukgymnast ansågs som osynliga i den palliativa vården, men det berodde kanske på att informanterna glömde bort att de fanns och inte bjöd in dem till medverkan i den palliativa vården.

”Vi lär av varandra i hela teamarbetet. Teamarbete brukar vara väldigt bra, det gäller ju att vara så himla smidig att man kan bemöta”. (2)

”Men det har varit mer och mer samarbete med ASIH för de som har haft avancerad sjukvård i hemmet så det har varit bra tycker jag”. (5)

De olika professionernas betydelse

Teamarbetet upplevdes avlastande med delad arbetsbörda i känslomässigt krävande situationer och gav kraft till att bättre skapa förutsättningar för en värdig död.

Fördelar med teamarbetet var att informanterna hade hjälp av många professioner och att alla var bra på sin bit och visste vad alla hade för uppgift och samarbetade efter det. De flesta

informanter ansåg att teamet kunde ta hjälp av och lyssna på varandra samt ta del av varandras erfarenheter och kunskaper.

”Fördelarna var att alla gjorde sin del liksom och visste alla vad alla hade för uppgifter så funkade det ju bra. Att vi alla var bra på vår lilla bit och att var och en hade sin del i det hela och det tyckte jag fungerade till 99 % ”.(5)

Teamarbetet mellan distriktssköterskor och läkare måste fungera vid palliativ vård i hemmet. En informant uttryckte: *”Alltså teamet mellan läkare och sköterska måste fungera, det måste vara nära om det palliativa skall fungera hemma” . (1)*

Informanterna ansåg att samarbetet med läkaren fungerade bra för det mesta men att de alltför sällan gjorde hembesök till vårdtagaren. Informanterna menade när det gällde samarbete med läkaren att det var en nackdel att läkaren inte alltid hade tid att göra hembesök och var svårtillgänglig när det behövdes ordinationer eller stöd och råd. Var läkaren inte villig till att göra hembesök så var det svårt att bedriva den palliativa vården. Det berodde också på vilken vårdcentral och vilken läkare det var. Vissa läkare hade informanterna väldigt bra kontakt med och de var villigt inställda till den palliativa vården och att göra hembesök.

”Oftast fungerade samarbetet bra men om det strulade så var det i regel med vårdcentralen och kontakten med läkaren därifrån. De går ju klart mycket på vad vi säger men ibland kunde det kännas skönt för oss att där fanns en doktor som hade sett patienten. Man säger att han eller hon faktiskt är döende att detta är palliativ vård och vi skall sköta det i hemmet. Läkaren gjorde inte hembesök ofta, läkaren tyckte oftast men inte alla gånger och undrade om det var något de kunde tillföra? Distriktssköterskan önskade att det hade varit bra att läkaren pratade med patienten och det här var det enda brytpunktssamtalet som talade om att nu gjorde vi så här eller så här hemma”. (5)

Informanterna beskrev teamarbetet med undersköterskorna i det palliativa teamet som bra och kände att det var en kraft och trygghet att de fanns och att de hade speciell erfarenhet och kunskap om palliativ vård jämfört med övrig personal. Samt att de hade jobbat i många år och var vana vid just döendet och döende personer, de var även fantastiska på omvårdnaden och att samtala med anhöriga. Teamarbetet var även avlastande av ensamarbetets tankar samt vid

psykiskt krävande situationer med döende människor där teamet tillsammans gav stöd till familjen. Informanterna beskrev också att upplevelsen av teamarbetet med palliativa teamet engagerade dem när oförutsägbara försämringar i sjukdomen kom. Teamarbete avlastade tankarna och känslorna i krävande svåra situationer som kunde vara i långa perioder. En informant beskrev erfarenheter från teamarbetet med palliativa teamet som det bästa sättet att ha bra symtomkontroll. Det var ofta bedömningar av nya symtom som kom med sjukdomen eller från biverkningar av läkemedel som gavs i hemmen. Det handlade om läkemedelshantering och ordinationer som skulle ges eller sättas ut.

”Det har varit positivt, jag har bara positiv erfarenhet av de som jobbade i det palliativa teamet, de var duktiga och kompetenta”.(3)

”Som distriktssköterska kände jag mig lugn med att det palliativa teamet satt vak. Eftersom de ringde vid minsta förändring att nu hade vederbörande tagit sitt sista andetag eller nu behövde han en ny spruta mot smärta och oro. Det palliativa teamet kunde se förändringar vid livets slut, de var mer utbildade än t.ex. en ”vanlig” undersköterska”.(6)

Och informanterna ansåg också att när teamet inte kunde samarbeta och inte hade någon bra kommunikation var det en nackdel. Informanterna beskrev att samarbetet med palliativa teamet också kunde upplevas med en viss osäkerhet. Det gällde att veta vem i teamet som skulle göra vad hemma hos patienter med palliativ diagnos. Det fanns också osäkerhet att inte veta om arbetet skulle bli bra med så många personer inblandade. Det samarbetet upplevdes som bekräftande av varandras resurser och att det bättre kunde utnyttjas i den palliativa vården.

”Ja det ska ju vara om teamet inte var fullständigt om där plötsligt dök upp en eller två personer som inte brukade vara med i teamet, då kunde det vara svårt att få det här extra samarbetet”. (4)

Ansvarstagande och tillgänglighet

Informanterna i hemsjukvården beskrev att de hade ett arbete som även var ensamt, självständigt och ansvarsfullt med komplicerade vårdsituationer och stora utmaningar. Vilket innebar att informanterna åkte på hembesöken själv ibland och jobbade ensam med patienten och de anhöriga. Men informanterna beskrev ändå sitt arbete som stimulerade, givande, tacksamt och roligt. De kände att de gjorde nytta och att vården fungerade bra. Patienterna och de anhöriga var glada över att distriktssköterskorna kom hem till dem. Men att vara ensam i jobbet innebar också förmågan att fatta egna beslut i relation till den rådande situationen. Detta krävde goda medicinska kunskaper och det medförde ett stort omvårdnadsansvar för informanterna. Ett exempel på detta är följande:

”Det var väl att vi jobbade mycket ensamma, så det ställde stora krav på mig och ett stort ansvar på mig. Vi fick ta mycket egna beslut, både med läkemedel och det handhavande som uppstod i en situation.”(2.)

Informanterna menade också att tillgängligheten var en svårighet, att de inte kunde se patienten så mycket som de skulle vilja, att de inte fanns till hand hela tiden och att de måste förlita sig på personal från t.ex. det palliativa teamet som satt vak hos den döende. Informanterna beskrev även att det var svårt att nå läkare och att tryggheten och tillgängligheten saknades och att allt skulle vara spikat i förväg med till exempel ordinationer för patienterna. Man ansåg att framförhållning var mycket viktigare i arbetet med palliativ vård i hemsjukvården.

”Ja, det var ju vår tillgänglighet kan jag tycka ibland, speciellt då kvällar och nätter (men det hade jag ingen erfarenhet av) när man var mindre med sjuksköterskor i tjänst och det behövdes vår insats, att man inte kunde finnas på plats i den utsträckningen och den tiden de ville eller behövde.”(1)

Samarbete med patient och anhöriga

Informanterna beskrev sin kontakt med anhöriga som god. Anhörigas delaktighet lyftes fram som viktig i alla intervjuer. Informanterna såg att en förutsättning för att vården och planeringen skulle bli bra var att de som personal redan från början byggde upp en god anhörigkontakt. Man såg att det var viktigt att anhöriga fick vara med hela vägen och att de fick en trygghet i den palliativa vården och att samarbetet fungerade mellan alla berörda. Informanterna ville att de skulle få känna delaktighet i beslut och att det var deras ord och önskemål som till sist var avgörande. De anhöriga fick inte glömmas bort, de hade en stor betydelse i den palliativa vården, oavsett om de hjälpte till i den direkta omvårdnaden eller inte. När den sjuke blev för trött för att prata kunde anhöriga berätta hur deras nära och kära ville ligga, om de ville ha musik i bakgrunden etc. Vem den anhörige var varierade, oftast var det en make eller maka som var sammanboende med patienten, men även vuxna barn och goda vänner nämndes som viktiga närstående.

”Det såg väldigt olika ut för anhöriga om det var make eller maka eller det var barn som var närstående eller om det fanns någon anhörig eller inte. Man försökte alltid ta med dem i arbetet, om de ville vara med i omvårdnadsarbetet eller hur de annars ville vara med. Det var viktigt att ha med de anhöriga till exempel när man hade brytpunktssamtal där de också kunde höra om hur den fortsatta vården skulle vara upplagd och där de då kunde uttrycka sina önskemål och farhågor. Och ibland var det så att närstående representerade patienten om det var så att patienten sviktade i minnet då fick ju anhöriga vara ställföreträdande”.(7)

Anhörigas roll

De anhöriga ansågs utgöra en förutsättning för att patienten skulle ha möjlighet att vårdas sin sista tid i hemmet. I de fall då kontakten med anhöriga beskrevs som komplicerad så upplevde informanterna att det berodde på att den anhörige var dåligt insatt i sjukdomsförloppet och hade svårt att acceptera situationen. Och en informant nämnde att hinder och svårigheter oftast kunde vara då anhöriga inte riktigt var med på vad det var som hände eller kanske inte ville ha avancerad sjukvård i hemmet eller ångrade sig i sista minuten.

Teamarbete med bekräftande från nöjda anhöriga skapade kraft i teamkänslan.

”Anhöriga hade en stor roll i teamarbetet och var de lugna och trygga och med på noterna brukade det gå väldigt bra. Men hade man inte det och de kanske var det minsta osäkra på om vederbörande skulle till sjukhuset istället eller att de inte ville att den döende skulle vara hemma kunde det vara jobbigt, men de anhöriga var absolut en stor tillgång för patientens trygghet”. (5)

Hemmiljöns betydelse

Informanterna beskrev att genom att leva upp till patientens önskan om att få dö och vårdas i det egna hemmet så befrämjade det tillfredställelsen. Hemmiljön ansågs bidra till ökad livskvalitet, genom att den inte begränsade patientens levnadsvanor. Informanterna beskrev att det var vanligt förekommande att patienter inom palliativ vård och dess närstående önskade att vården skulle utföras i hemmet, den sista tiden i livet. Informanterna upplevde att det var en fördel att patienten vårdades i hemmet jämförbart med på sjukhus där det var mer opersonligt och stelt. Patienterna var tacksamma för möjligheten att få tillbringa den sista tiden i livet i hemmet hos de närstående och slippa åka in till sjukhus för vård. Hemmiljön beskrevs även främja helhetssynen på patienten och deras familjer, distriktssköterskan jobbade nära patienten i dennes rätta miljö. Mötet och relationen i hemmet blev mer privat, informanterna beskrev det som att de fick en annan blick för vad det var för människa och att de såg hela familjen. Hemmet var en trygghet, och informanterna kom så fort de kunde om patienten behövde dem. Vänner och bekanta kunde lättare komma på besök i hemmet än på ett sjukhus, varför vård i hemmet inte begränsade de sociala relationerna.

”Oftast så var patienten lugnare när de var i hemmet, kände sig tryggare och hade anhöriga nära sig på ett annat sätt, hade en egen vilja på ett annat sätt. De gav inte upp på samma sätt som om man skulle vara på ett sjukhus för där släppte de alla sina rutiner och regler och det gjorde man inte hemma. Det var sjukhusen som tog över. De gick i sina egna kläder hemma och det gjorde man sällan på sjukhuset. Tappade sin identitet liksom.”(2)

Informanterna ansåg även att det palliativa teamet; undersköterskorna i hemsjukvården var de som skapade lugnet i hemmet, ingen stress och att de fanns på plats i hemmet för anhörigas trygghet. De ansåg att undersköterskorna i det palliativa teamet var guld värda och duktiga på sitt arbete samt var lätta att samarbeta med. De var också fantastiska på att stödja anhöriga när

osäkerhetsfaktorerna blev fler om hur de skulle klara den sista tiden hemma. När anhöriga började tveka när försämringarna kom med smärta och ångest de sista dagarna, beskrev en informant samarbetet med palliativa teamet att stödja familjen och patientens önskan att få dö hemma;” *att som distriktssköterska inte behöva var den ensamma spindeln i nätet springandes efter alla trådar och alltid vara sist hem till patienten, med teamarbete är samarbetet mer som en boll i mitten där vi bollade frågorna mellan varandra*”.(5)

”De som arbetade i det palliativa teamet var ju jätteintresserade av det här och de brann för att patienten skulle ha det så bra som möjligt den sista tiden och att anhöriga var nöjda”(6).

Betydelse att ge stöd till anhöriga

Informanterna var måna om att ge patienter och dess anhöriga stöd i deras beslut att få vara kvar och bli vårdade i det egna hemmet. Den hjälp som de anhöriga gav sina närstående bidrog till kontinuitet och sammanhang. Att vara nära och hjälpa någon som var i livets slutskede kunde upplevas som motsägelsefullt. Både vårdpersonal och anhöriga måste leva med det motsägelsefulla i att skapa välbefinnande och förbättra livet för den döende samtidigt som de måste uppmärksamma och erkänna den kommande döden. Anhöriga kunde må psykiskt sämre än vad den döende personen gjorde. Att stötta de anhöriga kunde vara det bästa sättet att stödja den döende. Att uppleva sorg var en naturlig och normal reaktion men sorg kunde också innebära risk för ökad sjuklighet och även dödlighet. Flera av informanterna såg en del av samarbetet som en viktig roll i teamarbetet att stödja anhöriga med att lyssna och samtala när slutet började närma sig. Det var även viktigt för informanterna att kunna veta på vilket sätt trygghet kunde förmedlas till anhöriga. Det gällde också att kunna förmedla kunskap i samtalen när medvetslösheten inträdde och hur kroppen förberedde sig inför döden. Informanterna kände sig betydelsefulla i arbetet med patienter inom palliativ vård och dess anhöriga. Att stödja de anhöriga beskrevs bidra till patientens välmående. Var patienten smärtfri och nöjd blev även de anhöriga trygga och nöjda. Att anhöriga var nöjda med situationen efter det att patienten avlidit sågs som ett gott betyg åt distriktssköterskan.

”Min uppfattning var ju att familjen eller den sjuke var den som bestämde mest och kunde komma med sina krav och önskemål som vi måste göra, allt för att tillfredsställa. Sen fick man ju försöka att också se sina begränsningar så man skulle hinna med sin expertis, men jag tyckte nog att det först och främst var patienten som skulle komma med sina önskemål så fick man försöka utgå från dem”. (4)

”Stora fördelar med att ha teamarbete just kring den palliativa vården och omvårdnaden och anhörigkontakt, alltså hela bilden. Sen var det ju viktigt att där fanns någon som kanske höll i trådarna och det har ju alltid varit en uppfattning att det har varit distriktssköterskan som har varit spindeln i nätet”. (3)

Informanterna beskrev att patienter med palliativ diagnos och anhöriga hade ett stort behov av kontinuerlig information. Patienter och dess anhöriga förväntade sig att läkaren skulle komma på hembesök utan allt för lång väntetid. Även informanterna hade önskat att fler hembesök gjordes för patienten och anhörigas trygghet, framförallt då med information och samtal; det viktiga brytpunktssamtalet som ansvarig läkare bör genomföra. Att läkaren vid hembesök pratade med anhöriga och förklarade vad det innebar med palliativ vård. Var läkaren inte villig till att göra hembesök så var det svårt att bedriva den palliativa vården.

”De flesta av våra patienter ville dö hemma de ville inte dö på sjukhus det var en helt annan miljö på sjukhus, anhörig ville också att mor eller far fick vara hemma. Det var viktigt att läkaren hade brytpunktssamtal med anhöriga och förklarade om t.ex. dropp varför det inte sätts i hemmen, till vilken nytta? Det kunde vara en nackdel i stället, att anhöriga fick det förklarat så brukade det gå hem, det gällde framförallt dropp eller antibiotika. Togs bara dessa frågor upp under brytpunktssamtalet så brukade det inte vara några bekymmer, då ville man att de vårdades hemma. Frågorna kom ofta från anhöriga så därför var brytpunktssamtal önskvärt”.(5)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna studie genomfördes utifrån ett kvalitativt perspektiv med semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor som hade erfarenheter av palliativ hemsjukvård.

Genom att intervjua distriktssköterskor som hade arbetat med palliativ hemsjukvård i genomsnitt åtta år fick författaren i studien en bredd och variationer i data av erfarenheter och upplevelser av det fenomen som skulle undersökas (Polit & Beck, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). En kvalitativ studie kan bedömas utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Informanterna fick i det uppsökande samtalet information om vad studien hade för syfte och de fick även den skriftliga informationen i samband med intervjun samt att de fick ställa frågor om något var oklart, denna tydlighet med syftet stärker trovärdigheten i det insamlade materialet. Trovärdighet kopplas även till hur väl data och processen med analysen följde den tänkta gången av undersökningen. Vilket gjorts då författaren av studien bearbetat texterna på ett grundligt sätt både enskilt och gemensamt med handledare och vid seminarier för att säkerställa att undersökningen svarade mot syftet. I kvalitativa studier bör datainsamlingen ske tills ingen ny information erhålls (Pollit & Beck, 2008). Efter intervjuer med sju distriktssköterskor ansågs informationsbehovet mättat eftersom ingen mer ny information erhöles, detta kan ses som en styrka i studien. Samtliga intervjuer genomfördes dessutom med hjälp av en intervjuguide vilket ökar studiens pålitlighet eftersom alla deltagarna därmed fick samma intervjufrågor (Polit & Beck, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). Även om en intervjuguide används vid samtliga intervjuer bör inte intervjun vara bunden till dessa frågor, genom att vara en god lyssnare kan rätt följdfrågor ställas (a.a). För varje intervju som genomförts har författaren ökat sin erfarenhet av att intervjua. Detta har bidragit till en ökad förmåga att ställa passande följdfrågor, samt ställa dessa följdfrågor vid lämplig tidpunkt vilket ökar variationen och innehållet i intervjuerna allt eftersom de genomförts. Nya insikter i ämnet kan också ha påverkat vilka följdfrågor som ställts och när de ställts (Pollit & Beck, 2008). Studiens pålitlighet kan därför påverkas av att en skillnad kan urskiljas mellan de första intervjuerna som genomfördes och de sista intervjuerna som genomfördes (Graneheim & Lundman, 2004). Pålitlighet i en studie har också att göra med hur forskaren bedömer och avgör likheter och skillnader mellan kategorierna. Forskaren till studien förtydligade kategoriseringen med subkategorier till färdiga kategorier som diskuterades med handledare vid flera tillfällen.

Intervjuerna utfördes i avskilt rum som informanterna valt, det minskade risken att de skulle bli störda under intervjun och på så vis kunde de koncentrera sig på frågorna och ge innehållsrika svar. Intervjuerna i studien inleddes med allmänna frågor, som namn och yrkeserfarenhet, för att skapa ett avslappnat klimat inför intervjun. Det är lättare för informanterna att dela med sig av sina erfarenheter om de är avslappnade och känner att de kan lita på intervjuaren (Polit & Beck, 2008). Författaren strävade efter att få ett avslappnat samtal där distriktssköterskorna kunde tala fritt och känna förtroende, förtroendet stärktes genom att studien var frivillig och att de själva fick avbryta när de ville. Författaren hade insikt i distriktssköterskornas arbete och även detta kan ha lett till att de kände förtroende inför samtalet. Följdfrågorna och anteckningarna som gjordes under intervjun mynnade ut i att intervjuerna gav varierande beskrivningar av ämnet. Det bidrog till att kunna ge en bredare beskrivning av resultatet. För att underlätta fokuseringen på samtalet under intervjun och för att inga uttalanden skulle gå förlorade spelades intervjuerna in på bandspelare. Informanterna kunde känna det obehagligt att intervjun spelades in (Polit & Beck, 2008). Informanterna i studien sade först att det kändes konstigt att intervjuerna spelades in, men efter några minuter fanns inga tecken på att de stördes av inspelandet. Intervjuerna varade i 40-45 minuter. Intervjuerna genomlyssnades före transkriberingen, för att få en uppfattning om vad som sagts. Överförbarhet innebär enligt Graneheim och Lundman(2004) att kunna tillämpa en studies process till ett annat sammanhang. För att göra det möjligt för en annan författare att genomföra studien är det av vikt att noga beskriva kontext, deltagare, datainsamlingsmetoder och analysprocessen. I föreliggande studie har författaren tydligt beskrivit den metod som använts, vilka deltagarna i studien var, hur datainsamlingen gått till samt hur analysen genomförts. Presentationen av resultaten var gjord med citat för att visa på överförbarhet samt att författaren till studien funnit liknande resultat genom vetenskapliga artiklar som beskrivit liknande resultat.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av hur teamarbete fungerade i palliativ hemsjukvård. Resultatet visade att skapandet av förutsättningar till en värdig död i hemmet var en process av engagerat teamarbete med planering och samordning av den palliativa vården med olika yrkesprofessioner. Det framkom att samarbetet till de övriga i teamet och anhöriga hade en stor och avgörande betydelse för hur vården utvecklades. Teamarbete med ett bekräftande förhållningssätt i palliativ hemsjukvård skapade också stöd i svåra beslut och bidrog till samverkan i arbetet att ge en värdig död.

Beck-Friis (2009) menade att teamarbete och dess bidrag för att skapa god vård framhölls mer och mer inte minst i palliativ vård. Ett team bestod ofta av läkare, distriktssköterskor och undersköterskor som var för sig har tydliga roller. Teamsamverkan krävde att alla arbetade mot samma mål och att alla i teamet påverkade och integrerade med varandra. Beck-Friis ansåg även att ett bra teamarbete var avgörande för vårdens kvalitet. I stort beskrev distriktssköterskorna samarbetet med läkarna som gott. Några situationer pekade dock på att den individuella omvårdnaden skulle bli bättre om kommunikationen med läkarna blev tydligare. Främst var det bedömningen av när palliativ vård skulle inledas det vill säga brytpunkten som behövde tydliggöras. Resultatet visade på att teamarbetet sågs av distriktssköterskorna som en styrka och de inhämtade kraft, hjälp och stöd av varandra när arbetet så krävde. Att arbeta som distriktssköterska i ett multiprofessionellt team beskrevs som stimulerade och de upplevde att de tillsammans kunde uppåda resurser och lösa de problem som patienten hade behov av. Appelin m.fl. (2005) visade liknande resultat det vill säga, att distriktssköterskorna ansåg det viktigt att kunna rådfråga en expert och att bra resurser i vården är det samma som god tillgång till professionell kompetens. Även patienterna i studien ansåg sig ha rätt att bli vårdade av personal som hade god kunskap om palliativvård. I Dunne m.fl. (2005) beskrevs att det centrala i den palliativa hemsjukvården var ett välfungerade teamarbetet.

Distriktssköterskorna hade en nyckelroll som samordnare i kontakten med läkare, övrig vårdpersonal och anhöriga samt att deras arbete innebar att vara en spindel i nätet. I jämförande studie av Bertö (2002) beskrevs likande resultat som exempelvis betydelsen av kontroll och organisation i arbetet. Goodridge et al. (2005) menade att den samordningen

måste fungera för att anhöriga och övrig personal ska känna tillfredsställelse med döendeprocessen. Även i studien gjord av Engström(2012) framgick att distriktssköterskan utöver sedvanligt praktiska sjuksköterskeuppgifter arbetade pedagogiskt med att undervisa, instruera och förklara och var en sammanhållande länk och samordnare av vårdssystemet åt patient och anhöriga. Distriktssköterskan var den som hade kontroll över hela nätverket kring patientens sjukdom och vård. Sjuksköterskorna hade i organisationen fått en arbetsledande funktion och försökte lära och locka läkare att ta sig tid att tala med övriga ”vårdarbetare” omkring patienten, att tala med patienten och att se helheten.(Engström, 2012; Distriktssköterskeföreningen, 2005).

Den amerikanske författaren Antonovsky (1991) menade att ett avgörande inslag för individens hälsa var känsla av sammanhang (kallas ibland för ”KASAM”). En känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet var en förutsättning för att individen skulle få en känsla av sammanhang och i förlängningen må bra och utföra ett gott arbete. I beskrivningar av team framträder just en ”känsla av sammanhang” i arbetet. Distriktssköterskorna i studien tillsammans med sina kollegor kunde stötta varandra att både hantera och uppfatta de olika situationerna med patienten som man ställdes inför i vardagen. Det blev också ett gemensamt lärande, ett ökat inflytande för distriktssköterskorna och att arbetet uppfattades som meningsfullt. En av fördelarna med multiprofessionellt arbete kan alltså vara att det understödjer medarbetarnas hälsa och kan bidra till en positivare arbetsmiljö.

Distriktssköterskorna förmedlade trygghet, var stödjande och intog en samordnande funktion åt patienten och deras anhöriga och det var viktigt för att skapa förtroende. När vårdtagaren inte längre kunde tala för sin egen sak blev dialogen med anhöriga viktigt (Ternestedt, Andershed, Eriksson & Johansson, 2002). Distriktssköterskorna beskrev sig även som gäster i patientens hem vilket innebar respekt för dennes hem. Vård i hemmiljö anses främja patientens och de anhörigas livskvalitet. I studien av Appelin, Brobäck & Berterö (2005) var patient, anhörig och distriktssköterska överens om att den viktigaste aspekten gällande palliativ vård var strävan efter ett så normalt liv som möjligt.

En annan viktig aspekt som framkom under studiens gång var att de anhöriga fyllde en så viktig funktion och att den palliativa vården i hemmet inte skulle fungera om det inte vore för de anhöriga. När palliativ vård bedrivs i hemmet måste anhöriga få allt stöd som behövs och hälso- och sjukvårdssystemet får inte begränsa vården på grund av avstånd eller begränsade resurser. För anhöriga kan det vara svårt att se sin egen roll men om bemötande innehåller respekt, öppenhet, uppriktighet, bekräftelse och samspel kan det leda till meningsfull delaktighet i omvårdnaden (Andershed & Ternestedt, 2001). De kan då uppleva sig själva som en viktig resurs och att de delar ansvaret för omvårdnaden med vårdpersonalen (Henriksson & Andershed, 2007). I studien av Brobäck & Berterö (2003) var det viktigt att få vara en del av det team som vårdade patienten och det gav anhöriga känslan av delaktighet, vilket var en positiv upplevelse. I Appelin m.fl. (2005) framkom att de anhöriga var i tjänst 24 timmar om dygnet och att distriktssköterskan skulle anpassa vården enligt patienten och de anhörigas behov vilket inkluderade bra kommunikation och adekvat, lättförståelig information. Även om distriktssköterskorna i studien och vårdpersonalen bidrog med hjälp så vilade ett tungt ansvar på anhöriga då brist på resurser, personal och tid var en del av verkligheten. Distriktssköterskan skulle skapa förtroende och känslan av säkerhet för patient och anhörig i det dagliga livet. Det var viktigt att distriktssköterskan visade att det gick att lita på henne genom att hålla löften och vara tillgänglig (Brännström et al. 2005). Distriktssköterskorna i studien lyfte fram detta, genom att beskriva värdet av ett fint avslut och att visa respekt och vördnad för den avlidne och de anhöriga. Distriktssköterskorna beskrev även att de följde upp kontakten av de anhöriga en tid efter dödsfallet, vilket kan ses som ett fint och specifikt omhändertagande av de anhöriga.

Sammanfattningsvis visade resultatet att distriktssköterskorna upplevde arbetet med palliativ vård i hemmet som något mycket positivt, stimulerande och bra vilket tolkats som att vårdformen är viktig, givande och välfungerande. Arbetet med palliativa patienter kunde upplevas sorgligt och svårt, men vården inrymde ändå mycket livsglädje. Den palliativa vården skulle se till helheten av människan och även dennes anhöriga. Varje människa var unik och upplevelsen av att närma sig döden varierade beroende på det liv som levts och vilka erfarenheter som det hade fört med sig (Jahren Kristoffersen, 2002).

Distriktssköterskorna beskrev sitt arbete som fritt, ansvarsfullt, självständigt och att det till största delen innebar ensamjobb. Men trots att de jobbade ensamma så hade de ett bra samarbete inom teamet. Att distriktssköterskorna kunde arbeta ensamma innebar att de ägde förmågan till att fatta egna beslut vilket krävde goda medicinska och omvårdnadsmässiga kunskaper. Detta kunde jämföras med studien av Bertö (2002) som beskrev att distriktssköterskor såg arbetet med palliativa patienter som en utmaning. En utmaning som krävde kunskap om hur man vårdade patienten vilket inkluderade både medicinsk och teknisk kunskap.

Slutsatser

Resultatet i denna studie visade att palliativt teamarbete med bekräftande förhållningssätt i hemsjukvård gav distriktssköterskorna kraft att skapa en värdig död för patienter med palliativ diagnos. Förutsättningar till att skapa en värdig död i hemmen för patienter med palliativ diagnos förbättrades. Vilket leder till att fler patienter kan vistas längre tid i hemmet och att fler som önskar att få dö hemma kan ges den möjligheten. Liknande erfarenheter fanns belysta från tidigare studier vid palliativ vård med teambaserat förhållningssätt mellan olika yrkesprofessioner där samstämmighet fanns när svåra beslut behövde göras i palliativ vård till patienter med komplicerade vårdbehov och stöd till anhöriga (Appelin & Berterö, 2004; Dunne et al., 2005; Grott et al., 2007; Whalshe et al., 2008). Palliativ omvårdnad med teamarbete mellan olika yrkesprofessioner i svåra känslomässiga situationer utmanar till att kontakten och kommunikationen förbättras mellan personal, patienter och deras anhöriga.

Inom den palliativa vården läggs stor vikt på att bygga ett bra teamarbete, och i detta teamarbete har läkaren en viktig roll. Läkaren företräder det medicinska perspektivet som utgör en viktig del i vården. När det gäller just den palliativa vården handlar även läkarens arbete till stor del om omsorgsperspektivet. Studien har väckt många intressanta funderingar hos författaren, bland annat hur det professionsöverskridande arbetet kan fungera bättre och vad det är som gör samarbetet mellan en del sjuksköterskor och läkare så svårt. Något som skulle kunna vara grunden i en ny studie är till exempel hur relationen mellan sjuksköterskor och läkare upplevs i olika vårdssammanhang och det hade även kunnat vara intressant att göra en studie som istället fokuserar på läkarnas erfarenheter och upplevelser av den palliativa vården och se om dessa liknar eller skiljer sig åt från resultatet i denna studie.

REFERENSER

Andershed, B. & Ternestedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relative involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 34(4), 554-562.

Andersson, M. (2007). *Äldre personers sista tid i livet- Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden, Bulletin No.26 from the Unit of Caring Sciences,2007

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Appelin, G.& Berterö, C. (2004). Patients 'experiences of palliative care in the home: A phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing*, 27(1), 65-70.

Appelin, G., Brobäck, G. & Berterö, C. (2005). A comprehensive pictures of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 315-324.

Beck - Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Beck-Friis, B.(2009). Teamet-en omistlig del av palliativ vård. I J. Berlin,E. Carlström & H . Sandberg(Red.) *Team-i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur

Benner,P.,(1993). *Från novis till expert-mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Berterö, C. (2002). District nurses perceptions of palliative care in the home. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(6), 387-391.

Brobäck, G. & Berterö, C. (2003). How next of kin experience palliative care of relatives at home. *European Journal of Cancer Care*. 12, 339-346.

Brännström, M., Brulin, C., Norberg, A., Boman, K. & Strandberg, G. (2005). Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol 4:4, ss.314-323.

Burt, J., Shipman, C., Addington-Hall, J. & White, P. (2008). Nursing the dying within generalist caseload: a focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1470-1478.

Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2006) The specialist palliative care nurse: A qualitative study of patients' perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 43(8), 1011-1022.

Distriktssköterskeförbundet i Sverige.(2005) *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. (Elektronisk).

Tillgänglig:

<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>

(2012-03-20).

Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer : district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (4), 372-380.

Engström, L.(2012). *Kliniken flyttar hem - Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård*. Uppsala universitet 2012. Omvårdnadsmagasinet 2012.

Fridegren, I. & Lyckander, S. (2001). *Palliativ vård*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C. & Wengström, Y.(2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

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

Grott, M., Vernooij-Dassen, M., Verhagen, S., Crul, B. & Grol, R. (2007). Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliative Medicine*, 21(8), 697-703.

Goodridge, D., Bond Jr, J., Cameron, C. & McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.

Guzzo, R. A., & Shea, G. P. (1992). Group performance and intergroup relation. In M. D. Dunette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 269-313). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. & Matsson, B. (2010). Working together primary care doctors and nurses attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85.

Henriksson, A. & Andershed, B. (2007). A support group programme for relatives during the late palliative phase. *International Journal of Palliative Nursing*. 13(4), 175-183.

Jahren Kristoffersen, N. (2002). *Allmän omvårdnad I*. Stockholm: Liber

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., and Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine* 2007; 21: 347-354

Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). *The wisdom of teams*. Boston: Harvard Business School Press.

Kunskapsguiden (2013). *Palliativ vård*. (Elektronisk) Tillgänglig:

<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/palliativ-varld/Sidor/default.aspx>

(2013-02-19).

Kvale, S & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

McGrath, J. E. (2000). *Small groups as complex systems*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (2012). *Palliativguiden till lindrande vård*. (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.NRPV.se> (2013-02-28).

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research-generating and assessing evidence for nursing practice. Eight edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer business.

Reitan, A., M., & Schjølberg, T., Kr. (Red) (2003). *Onkologisk omvårdnad Patient – problem – åtgärd*. Stockholm: Liber.

Stein Kaasa.(2001). *Palliativ behandling och vård*. Lund:Studentlitteratur

Strandberg, L., Ovhed, I., Borgquist, L. & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care; A qualitative study. *BMC Family Practise*, 8(8), doi:10.1186/1471-2296-8-8.

SOU. (2000:6). *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slut. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen. (2001:6). *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. (SOU 2001:6). (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf> (2013-02-28).

Socialstyrelsen. (2004). *God vård i livets slut; en kunskapsöversikt om vård och omsorg av äldre*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, Termbank (2012). *Hemsjukvård*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=185> (2013-03-03).

Socialstyrelsen (2012). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-17> (2013-02-19).

Ternestedt, B-M. (1998). *Livet pågår! - om vård av döende*. Stockholm: Vårdförbundet.

Ternestedt, B-M., Andershed, B., Eriksson, M. & Johansson, I. (2002). Development of a nursing model of care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(3), 153-160.

Vetenskapsrådet (2002) (Elektronisk). Tillgänglig: www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf. (2012-03-21).

Vårdförbundet (2012) Tema. Palliativ vård. När får döden bli rofylld? Tillgänglig: <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2012/Nr-4-2012-4/Palliativ-varaNar-far-doden-bli-rofylld/> (2013-03-03)

Vårdalinstitutet (2012). *Det här är ingen solodans : om teamarbete inom palliativ hemsjukvård*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.vardalinstitutet.net/?q=sv/node/2167> (2012-03-29)-

Vårdhandboken (2010a). *Översikt Palliativ vård*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://vardhandboken.se/Texter/Palliativ-var/Oversikt/> (2012-03-20).

Vårdhandboken (2010b). *Vårdplanering Palliativ vård*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://vardhandboken.se/Texter/Palliativ-var/Vardplanering/> (2012-03-20)

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

Walshe, C., Todd, C., Caress, A.L. & Graham, C. (2008). Judgement about fellow professionals and the management of patients receiving palliative care in primary care: a qualitative study. *The British Journal of General Practise*, 58(549), 264-272.

Weibull, A., Olesen, F. & Neergaard, M. A. (2008). Caregiver's active role in palliative home care- to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study. *Palliative care*, vol 7:15, ss.1-8.

West, M. A., & Poulton, B. C. (1997). A failure of function: Teamwork in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 11, 205-216.

WHO (2013). *WHO Definition of palliative care*. (Elektronisk). Tillgänglig:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2013-02-19).

WHO. I Sandén, I. (1997). *Gränslös vård*. Hälsouniversitetet.

Information till berörd enhetschef

Bilaga 1

Hej!

Jag heter Karin Jönsson är leg. sjuksköterska och studerar till distriktssköterska. Jag planerar att göra en studie om distriktssköterskans erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård. Tidigare forskning pekar på att det finns ett behov av ökad kunskap inom detta område hos vårdpersonal. I avhandlingen av Andersson, *Äldre personers sista tid i livet*, finns ett behov av fortsatt forskning, avseende hur samverkan mellan olika vårdgivare sker. Eftersom äldre personer har vård och omsorg från flera olika vårdgivare under den sista tiden i livet.

Studien kommer att bygga på ungefär 7-10 intervjuer med distriktssköterskor i hemsjukvården. Jag kommer att ringa upp några dagar efter att denna information skickats ut för att besvara ytterligare frågor om studien samt för att få ett muntligt besked. Jag önskar även att du utser en kontaktperson som jag kan vända mig till för att komma i kontakt med distriktssköterskorna. Därefter kommer jag fortsättningsvis att höra av mig till kontaktpersonen per telefon för att komma i kontakt med ytterligare distriktssköterskor som kan tänkas delta i studien. Intervjuerna kommer att ske någon gång under dec/jan månad 2012/-13. Deltagarna i studien skall vara utbildade distriktssköterskor och ha arbetat i hemsjukvården minst två år, för att ha skaffat sig kunskaper och fått erfarenhet av palliativ vård.

Kontaktpersonen utser distriktssköterskorna. Därefter informeras deltagarna muntligt och skriftligt om studien. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Medverkan i studien kommer att vara konfidentiellt vilket innebär att intervjumaterialet förvaras på ett säkert sätt som inte är tillgängligt för obehöriga samt deltagarnas personuppgifter eller arbetsplats ska inte kunna härledas. Intervjuerna beräknas ta ca 30 - 45 minuter och kommer att spelas in på band.

Med vänliga hälsningar

Hör av dig till: Karin Jönsson, Distriktssköterskestudent

Tel. .xxxxxxx karin.jonsson0009@stud.hkr.se

Högskolan Kristianstad

Handledare: Ann-Christin Janlöv, Universitetslektor

Tel. xxxxxxxxxx ,Ann-christin.janlov@hkr.se

Högskolan Kristianstad

Information och förfrågan om att medverka i en studie om distriktssköterskans erfarenheter av teamarbetet i palliativ hemsjukvård.

Hej!

Mitt namn är Karin Jönsson är leg. sjuksköterska och studerar till distriktssköterska. Jag planerar att göra en studie om distriktssköterskans erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård. Min avsikt med studien är att genom individuella intervjuer få en samlad helhetsbild som kan bidra till ökad kunskap inom området.

Tidigare forskning pekar på att det finns ett behov av ökad kunskap inom detta område hos vårdpersonal. I avhandlingen av Andersson, *Äldre personers sista tid i livet*, finns ett behov av om fortsatt forskning, avseende hur samverkan mellan olika vårdgivare sker. Eftersom äldre personer har vård och omsorg från flera olika vårdgivare under den sista tiden i livet.

Min avsikt är att sammanställa distriktssköterskors erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård och därför har din medverkan i studien betydelse. Du ska vara utbildad distriktssköterska samt ha en yrkeserfarenhet på minst 2 år.

Din medverkan i studien innebär en intervju som beräknas ta ca 30 - 45 minuter. Du bestämmer själv tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivas ut till text. Intervjumaterialet kommer sedan att bearbetas och sammanställas med de andra intervjuerna i studien. Din medverkan i studien kommer att vara konfidentiell vilket innebär att din identitet och arbetsplats inte ska kunna röjas samt att bandinspelningarna och intervjutexterna förvaras på ett säkert sätt, för att inte vara tillgängliga för obehöriga. Din medverkan i studien är frivillig och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange något särskilt skäl.

Meddela kontaktpersonen (den som delade ut denna information till dig) om du kan tänka dig att delta i studien. Jag kommer sedan att kontakta dig för att bestämma tid och plats för intervju. Då vi möts för intervjun kommer du att få skriva på ett skriftligt samtycke om att delta i studien, vilket är brukligt vid medverkan i vetenskapliga studier.

Med vänliga hälsningar!

Vid frågor kontakta gärna mig:

Karin Jönsson, leg. sjuksköterska
Studera vid Högskolan Kristianstad
karin.jonsson0009@stud.hkr.se

Svarsblankett för samtycke

Hej!

Mitt namn är Karin Jönsson är leg. sjuksköterska och studerar nu på Högskolan Kristianstad till specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska. Jag planerar att göra en studie om distriktssköterskans erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård. Min avsikt med studien är att genom individuella intervjuer få en samlad helhetsbild som eventuellt kan bidra till ökad kunskap inom området.

Tidigare forskning pekar på att det finns ett behov av ökad kunskap inom detta område hos vårdpersonal. I avhandlingen av Andersson, *Äldre personers sista tid i livet*, finns ett behov av om fortsatt forskning, avseende hur samverkan mellan olika vårdgivare sker. Eftersom äldre personer har vård och omsorg från flera olika vårdgivare under den sista tiden i livet.

Studien kommer att genomföras med en intervju som beräknas ta ca 30 - 45 minuter. Du bestämmer själv tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att spelas in på band. Det är endast jag och eventuellt min handledare som kommer att lyssna på bandinspelningen av intervjun i efterhand. Intervjumaterialet kommer sedan att bearbetas och sammanställas med de andra intervjuerna i studien. Din medverkan i studien kommer att vara konfidentiell. Det som du säger i intervjun kommer inte att kunna härledas till dig. Då intervjuerna är gjorda kommer bandinspelningarna och intervjutexterna att förvaras på ett säkert sätt, för att inte vara tillgängliga för obehöriga. Din medverkan i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange något särskilt skäl.

Jag har tagit del av informationen om syftet med studien: Distriktssköterskans erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård. Jag är intresserad av att delta i intervjuerna. Jag har blivit informerad om att min medverkan är frivillig och att deltagandet kan avbrytas när som helst utan att jag behöver uppge något skäl.

Underskrift av deltagare till studien:

Datum, Ort _____

Underskrift _____

Ålder _____

Namnförtydligande _____

Kön _____

Telefonnummer _____

Antalet år i yrket _____

Intervjuguide

Tack för visat intresse och att du väljer att delta i denna studie. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av teamarbete i palliativ hemsjukvård. Min avsikt med studien är att genom individuella intervjuer få en samlad helhetsbild som eventuellt kan bidra till ökad kunskap inom området.

Tidigare forskning pekar på att det finns ett behov av ökad kunskap inom detta område hos vårdpersonal. I avhandlingen av Andersson, *Äldre personers sista tid i livet*, finns ett behov av om fortsatt forskning, avseende hur samverkan mellan olika vårdgivare sker. Eftersom äldre personer har vård och omsorg från flera olika vårdgivare under den sista tiden i livet. Intervjun kommer att spelas in på band för att allt material skall kunna bearbetas i efterförloppet.

Start av intervju

Intervjufrågor:

Bakgrundsfaktorer:

- Arbetsplats
- Ålder
- Kön
- Utbildning
- Yrkesverksamhet
- Antal år som distriktssköterska
- Antal år som verksam inom palliativ vård i hemmet

Kan du berätta om dina erfarenheter och upplevelser av teamarbete i palliativ hemsjukvård?

Kan du berätta om tillfällena du tycker att teamarbetet fungerade bra och på vilket sätt det kändes bra eller inte bra?

Kan du berätta om teamarbete och samarbetet med andra vårdgivare, vilka professioner samarbetar distriktssköterskan med i sitt arbete med palliativa patienter?

Hur upplever distriktssköterskan att teamarbete och samarbete med andra professioner fungerar?

Vilka fördelar respektive nackdelar finns med teamarbete?

Kan du ge något exempel? Vad var bra? Vad var mindre bra?

Ser du några förbättringsmöjligheter?

Vilken är anhörigas roll i teamarbetet?

Intervjun avslutas nu

Går det bra att återkomma vid ev. tekniska problem.

Tack för din medverkan!

