

”Varje samtal är unikt”

Sjuksköterskans specifika samtal som stöd för patienten att uppnå en god död utifrån 6 S:n

- En kvalitativ studie

”Each call is unique”

Nurses specific conversation in support of the patient to achieve a good death from the 6 S:n

- A qualitative study

Karin Forsberg

Åsa Richardsson



Dokumenttyp: Examensarbete, Specialistutbildning till distriktssköterska

Huvudområde: Omvårdnad, avancerad nivå

Högskolepoäng: 15 hp

Termin/år: HT/2018

Handledare: Ulla Näppä

Examinator: Siv Söderberg

Kurskod/registreringsnummer: OM090A

Utbildningsprogram: Distriktssköterskeprogrammet, 75 hp

Abstrakt

Bakgrund: Kärnan i den palliativa vården är att sjuksköterskan ska se alla patienter med en helhetssyn. Utifrån de 6 S:n; självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier skapas en bra utgångspunkt för omhändertagande av patienter vid vård i livets slutskede. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa de 6 S:n som stöd för sjuksköterskor i "det specifika samtalet" med patienter när vården övergick till vård i livets slutskede. **Metod:** Föreliggande arbete var en empirisk studie med kvalitativ design där både öppna och slutna frågor skickades via mail till sjuksköterskor. En deduktiv analys med de 6 S:n som raster gjordes. **Resultat:** I studien deltog 12 sjuksköterskor. De 6 S:n som framkom tydligast i svaren var **Självbild, Självbestämmande, Sociala relationer** och **Sammanhang**. Ett annat huvudfynd var att alla 6 S:n återfinns i respondenternas svar och innebär att de omedvetet använde sig av dessa i "det specifika samtalet" med patienten. Vård i livets slutskede var ett prioriterat område av sjuksköterskorna, men även tidskrävande och känslomässigt jobbigt, varför utbildning och debriefing efterfrågades med syftet att lära och läka. **Diskussion:** Att använda sig av de 6 S:n som stöd i "det specifika samtalet", omvårdnaden av patienten och dokumentationen kunde leda till ett förtydligande och ökad förståelse för sjuksköterskans arbete. En tydlig struktur vad gäller dokumentationen kring "det specifika samtalet" saknades i dag i de olika kommunerna.

Nyckelord: Distriktssköterska, intervjuer, kommunikation, kvalitativ innehållsanalys sjuksköterskans roll, vård i livets slutskede

Abstract

Background: The core of the palliative care is that the nurse should see all patients with an overall view and from the 6:S; self-esteem, self-determination, social relations, symptom relief, context and strategies have a good starting point when caring for patients in the final stages of life. **Aim:** The purpose of the study was to highlight the 6 S which could give support to nurses in the "specific conversation" with patients in the final stages of life. **Method:** The present work is an empirical study with qualitative design where both open and closed questions were sent via mail to nurses. A deductive analysis with the 6 S as a screen was made. **Result:** 12 nurses were attending the study. The 6 S that emerged most clearly in the answers were Self-image, Self-determination, Social Relationships and Context. Another main finding was that all 6 S were found in respondents' responses and that they unconsciously used them in the "specific conversation" with the patient. Care in the final stages of life is a priority area of nurses, but also time-consuming and emotionally difficult, so education and debriefing were sought for the purpose of learning and healing. **Discussion:** Using the 6:s as support in the "specific conversation", patient care and documentation, can lead to a clarification and increased understanding of the nurse's work. A clear structure regarding the "specific conversation" documentation is lacking in the different municipalities.

Keywords: Communication, end of life care, health community nurse, interviews, nurses' role, qualitative content analysis

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Bakgrund | 1 |
| Palliativ vård | 1 |
| Patienten i hemsjukvård | 2 |
| Sjuksköterskans roll..... | 3 |
| Kommunikationens betydelse för god palliativ vård | 4 |
| Det specifika samtalet | 5 |
| En modell för en god död- de 6 S:n | 6 |
| Problemformulering | 7 |
| Syfte | 7 |
| Metod..... | 7 |
| Design..... | 7 |
| Deltagare och Procedur..... | 8 |
| Inklusionskriterier - och exklusionskriterier | 8 |
| Datainsamling..... | 9 |
| Dataanalys | 9 |
| Förförståelse | 11 |
| Etiska överväganden..... | 11 |
| Resultat..... | 12 |
| Självbild..... | 13 |
| Självbestämmande..... | 14 |
| Social relation..... | 14 |
| Symtomlindring..... | 16 |
| Sammanhang..... | 16 |
| Strategi..... | 17 |
| Diskussion | 18 |
| Metoddiskussion..... | 18 |
| Resultatdiskussion..... | 20 |
| Slutsats..... | 24 |
| Referenser | 25 |
| Bilagor | |
| Bilaga 1 Förfrågan om deltagande i studie till chef..... | |
| Bilaga 3 Frågeformulär | |
| Bilaga 2 Informerat samtycke | |

Bakgrund

Palliativ vård

Palliativ vård kännetecknas av en helhetssyn på människan. Vilket innefattar ett beaktande av både fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ett organiserat stöd till närstående. Att som personal finnas där som stöd för patienten i förhoppning att den sista tiden skall kunna levas med värdighet och största möjliga välbefinnande, oavsett ålder, diagnos samt var och vem som utför vården. Palliativ vård definieras som "hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada" (Svenska palliativregistret. u.å.). Det huvudsakliga målet med palliativ vård är att försöka uppnå ett bra avslut för alla döende personer och deras familjer. Detta är också ett folkhälsoansvar. Med ett bra avslut menas inte bara kvaliteten på den vård som ges utan även **var** vården ges, vilket i Sverige oftast är den plats där döden även inträffar (Håkansson, Öhlen, Morin & Cohen, 2015).

Varje år avlider ca 90 000 personer i Sverige. 80% av de som avlider har palliativa vårdbehov i olika omfattning och olika lång tid före sin död, oberoende var döden inträffar (Svenska palliativregistret. u.å.). Den palliativa vården kan delas in i flera faser. Att sjuksköterskan kan skilja på de olika faserna är viktigt för en bra vård. Den tidiga fasen behöver inte endast innebära vård i livets slutskede till skillnad från den sena fasen som innefattar personens sista dagar i livet (Hench, Danielson, Strang, Browall & Melin-Johansson, 2013). Enligt socialstyrelsens rapport har den palliativa vården utvecklats och förbättrats under de senaste årtiondena. Sedan den så kallade ÄDEL-reformen genomfördes 1992 har mer än hälften av de personer som är 65 år eller äldre avlidit utanför sjukhuset (Socialstyrelsen, 2013).

I denna studie beskrivs sjuksköterskor som möter personer med ett vårdbehov och som befinner sig i livets slutskede. I studien kallas de för patienter oavsett kontext.

Patienten i hemsjukvård

Hemsjukvård innebär att vårda patienter i det egna hemmet. Socialstyrelsens definition av hemsjukvård är "hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden" (Socialstyrelsen, 2017). Patienten kan fortsätta leva ett meningsfullt liv i en miljö nära familj och vänner. Att vårdas i hemmet inger en känsla av trygghet genom att patienten ges möjlighet att bibehålla kontroll samt sina dagliga rutiner. Detta stärker patientens självbestämmande och leder till att självbilden bevaras (Appelin, Brobäck & Berterö, 2005; Andreassen Devik, Hellzén & Enmarker, 2015; Tryselius, Benzein & Persson, 2018).

Många personer med en svår sjukdom har en önskan att få dö i hemmet (Gomes, Calanzani, Gysels, Hall & Higginson, 2013). Detta kan förändras över tid och under sjukdomsförloppets gång (Bannon et al., 2017; Higginson, Sarmiento, Calanzani, Benalia & Gomes, 2013).

Betydelsefulla faktorer för att vilja stanna hemma är bland annat en trygg relation till sjuksköterskan i hemsjukvården, en öppen kommunikation bland vänner, närstående och vårdpersonal, vårdarnas inställning samt att frågan var personen önskar dö har tagits upp (Bannon et al., 2017; Brogaard, Neergaard, Sokolowski, Olesen & Jensen, 2012;). Andra faktorer som påverkar tillgång eller nyttjande av vård i livets slutskede är bland annat ålder, kön, utbildningsnivå, diagnos, samboförhållande och geografiskt bostadsområde (Håkansson et al., 2015). En annan stor skillnad är de riktlinjer för vård i livets slutskede som finns i respektive land och vilka riktlinjer som ska följas för vård i livets slutskede (Pivodic et al., 2016).

Hemsjukvård är en utmaning, alla situationer samt möten med patienter och närstående är olika (Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005). Att skapa kontroll över situationen genom att till exempel prioritera den palliativa vården anses viktigt, men innebär ofta en frustration för sjuksköterskorna över att inte rätta till och hinna med det som eftersträvas, till exempel att inte erhålla förståelse från andra anställda/kollegor vad den palliativa vården kräver (Andersson, Salickiene & Rosengren, 2016; Haycock, Jarvis & Daniel, 2008). Att bygga upp en relation till patienten samt dennes närstående är mycket värdefullt (Pusa, Hägglund,

Nilsson & Sundin, 2014; Sandgren, Thulesius, Petersson & Fridlund, 2007). Palliativ vård kräver ett stort engagemang och betydelsen av ett värdigt slut prioriteras (Berterö, 2002).

Sjuksköterskans roll

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för och leder omvårdnadsarbetet. Det innebär att sjuksköterskan självständigt, i teamsamverkan och i partnerskap med patienten och dennes närstående ansvarar för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Omvårdnaden är riktad mot patientens grundläggande behov och upplevelser i det dagliga livet vilket inkluderar fysisk, psykosocial, andlig och kulturell dimension (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2017). Enligt Högskoleförordningen, (1993:100) ska sjuksköterskan "visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen".

Palliativ vård utgör en stor del av sjuksköterskans arbete i hemsjukvården. Det krävs engagemang för att skapa tillit och förtroende och utifrån det en förståelse för den enskilde personens önskemål och behov (Berterö, 2002; Griffiths, Ewing & Rogers, 2010). Relationens betydelse redan i ett tidigt skede av sjukdomen är av stort värde eftersom patientens tillstånd snabbt kan försämrans. Förebyggande insatser samt kontinuerlig uppföljning blir extra viktigt (Griffiths, Ewing & Rogers, 2012; Kamal, Currow, Ritchie, Bull & Abernethy, 2013). Sjuksköterskan ska i sin roll vara stödjande, rådgivande och lyhörd (Law, 2009).

Hur och var vården ska utföras styrs av patient och sjuksköterska i samråd och kan ses som en process som fortlöper både före, under och efter läkarens brytpunktssamtal (Warnock, Buchanan & Tod, 2017; Warnock, Tod, Foster & Soreny, 2010). Genom erfarenhet, nära relation och tät kontakt med patienten och närstående är sjuksköterskan den som uppmärksammar patientens förändrade behov vid försämring. Sjuksköterskan blir därmed naturligt den person som informerar patient och närstående (Griffiths, Ewing, Wilson, Connolly & Grande, 2015; Griffiths et al., 2010).

Kommunikationens betydelse för god palliativ vård

Kommunikation innebär överföring av information mellan till exempel människor (Andershed, Håkansson & Ternestedt, 2013, s. 431). Att kommunicera innebär att använda sig av både verbalt och icke verbalt språk. Sjuksköterskan ska vara lyhörd och besitta kunskap för att kunna tolka patientens alla signaler, vilket är viktigt för att patientens behov skall tillgodoses (Holst, Sparrman & Berglund, 2003). En god kommunikation kommer inte bara genom erfarenhet utan kräver även utbildning. Utbildning i att kommunicera ökar sjuksköterskornas självsäkerhet i att våga prata om svåra frågor och minskar risken för utbrändhet, stress och ångest bland personalen (Andersson et al., 2016; Griffiths, Ewing et al., 2015; Griffiths, Wilson, Ewing, Connolly & Grande, 2015; Henocho et al., 2013; Warnock et al., 2010). Andra studier betonar vikten av att lära av varandra och ta till vara på mer erfarna kollegors kunskaper i komplexa situationer (Törnquist, Andersson & Edberg, 2012).

Avgörande för en god palliativ vård är en tydlig kommunikation mellan patient, närstående och vårdpersonal samt regelbundna samtal där ärlighet och öppenhet prioriteras (Kastbom, Milberg & Karlsson, 2017). Uppföljande samtal med patienten är nödvändiga med hänsyn till förändrade känslor och situationer. Sjuksköterskor har en viktig uppgift att i övergången vara delaktiga i samtalet med patient och närstående (Griffiths, Wilson et al., 2015; Valente, 2015). En kunnig och utbildad sjuksköterska kan underlätta övergången till vård i livets slutskede och göra den till en lugn upplevelse (Moir, Roberts, Perry & Tivis, 2015). Sjuksköterskan måste använda sig av ett språk som patient och närstående förstår samt bör undvika att ge för många råd och istället vara en aktiv lyssnare och låta patienten komma fram till egna lösningar (Moore, Mercardo, Attigues & Lawrie, 2013). Samtalet skall anpassas efter var patienten befinner sig både mentalt, andligt, känslomässigt, fysiskt, socialt och geografiskt för att en god palliativ vård skall uppnås (Kamal et al., 2013). "Specifika samtal" vid övergången till vård i livets slutskede anses vara en oundviklig arbetsuppgift för sjuksköterskan i hemsjukvården för att en god palliativ vård skall uppnås (Andersson et al., 2016; Griffiths, Ewing et al., 2015).

Det specifika samtalet

I detta arbete används begreppet "det specifika samtalet". Det avser de samtal som sjuksköterskan har med patient när vården övergår till vård i livets slutskede. Det kan vara ett eller flera samtal som inte handlar om det definitiva avslutet om kurativ vård, mer om det bästa för patienten i nuvarande situation. Det är inte liktydigt med "brytpunktsamtal" som är ett begrepp som används av läkare inom sjukvården för att definiera övergång till vård i livets slutskede.

Om sjuksköterskan träffat patienten under en längre tid och hunnit bygga upp en nära relation var det positivt för "det specifika samtalet". Forskning visar att möten som var kortare och där relationen var under uppbyggnad försvårade samtalet (Griffiths et al, 2012). Oavsett anses det vara av stor betydelse att information gavs vid försämring och att samtal om att personen hade en begränsad tid kvar i livet hölls. "Det specifika samtalet" med patient och närstående när slutet närmar sig var viktigt för att de skulle kunna förbereda sig och för ett bra avslut. Viktiga frågor som togs upp var till exempel symtom och förebyggande insatser samt var patienten föredrog att dö, tillsammans med vem eller vilka (Griffiths, Ewing et al., 2015; Kastbom et al., 2017).

Svårigheter som sjuksköterskan kan mötas av inför samtalet var att patienten förnekade sjukdom eller att närstående ville undanhålla sanningen. Det var svårt att hitta rätt tidpunkt för samtalet eftersom patienten hade en önskan av att leva ett normalt liv så länge som möjligt och inte ville bli påmind om sjukdomen (Appelin et al., 2005; Dunne et al., 2005; Griffiths, Ewing et al., 2015; Valente, 2015).

Att samtalet hölls i patientens hemmiljö kunde vara en svårighet eftersom det ibland var svårt att prata öppet relaterat till anhöriga. Sjuksköterskorna upplevde även att de inte hann förbereda sig inför samtalet. Den palliativa vården ska prioriteras, men andra samtidiga arbetsuppgifter orsakade tidspress, vilket ledde till en känsla av otillräcklighet, stress och frustration (Berterö, 2002; Appelin et al., 2005).

En modell för en god död- de 6 S:n

Ternestedt, Andershed, Eriksson & Johansson (2002) menar att den sista tiden i livet kan trots många svårigheter bli värdefull. Utgångspunkten är att vården skall utgå ifrån den enskilde patientens behov och önskningsar samt att dennes egen roll i vården skall stärkas. De 6 S:n har utvecklats som en modell för en god död och kan beskrivas på olika sätt, exempelvis en värdig död, fridfull död, lämplig död, hälsosam död eller beskrivas som livskvalitet i livets slutskede.

- Självbild - vem är patienten och vad är viktigt för denne
- Självbestämmande - patientens deltagande i vården
- Sociala relationer - viktiga personer runt patienten
- Symtomlindring - vad besvärar patienten och vad finns det för lindring
- Sammanhang - patientens livshistoria
- Strategier - patientens möjligheter till att förbereda sig inför slutet

Figur 1: De 6 S:n som modell för en god död (Ternestedt et al., 2002)

De 6 S:n används i syfte att uppnå en personcentrerad vård. En god palliativ vård innebär att den svarar mot patientens behov vilket förutsätter att sjuksköterskan tar sig tid, aktivt lyssnar och är lyhörd till den enskilde patienten. Genom att använda de 6 S:n som ett förhållningssätt sätts patienten i centrum. Dessa S är centrala begrepp som används både i planeringen, utförandet och utvärderingen av den palliativa vården. De 6 S:n utgår från personen som vårdaren har framför sig. Patientens beskrivning av sig själv, sin sjukdom, sin situation, sin omgivning och sina önskemål. Det är bara den enskilde patienten som kan avgöra vad som är en god död (Ternestedt et al., 2017, s. 19-25).

De 6 S:n är framsprungna utifrån Weisman's teori om vad som kännetecknar en god död. Weisman och Hackett (1961) menar att den som erkänner den personliga döden som en uppfyllelse och en del av livet uppnår en god död. Teorin är sedan omarbetad enligt Ternestedt (2002) för att kunna användas som ett förhållningssätt genom hela vårdprocessen och inte bara genom döendeprocessen.

Problemformulering

Forskning presenterad i bakgrunden visar att sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård utför "det specifika samtalet", men upplever svårigheter och önskar stöd vid samtal med patienter som befinner sig i livets slutskede. De upplever att läkarna gör sitt brytpunktsamtal, men lämnar de efterföljande "specifika samtalen" till sjuksköterskorna. Den palliativa vården utgör en stor del av hemsjukvården och sjuksköterskans arbetsuppgifter. Det är viktigt att diskutera och studera denna fråga närmare. Behov finns för att utveckla en stödstruktur och skapa riktlinjer för sjuksköterskans "specifika samtal". Detta kommer att underlätta sjuksköterskans arbete samt tydliggöra arbetsinsatsen. Dokumentation och framtida samtal struktureras.

Syfte

Syftet med studien var att belysa de 6 S:n som stöd för sjuksköterskor i "det specifika samtalet" med patienter när vården övergår till vård i livets slutskede.

Metod

Design

En empirisk studie med kvalitativ design och semistrukturerade frågor som ställdes via mail valdes. Kvalitativ forskning innebar en metod där forskarna utgick från ett större ämnesområde och fokus var ett ämne det fanns liten förståelse och kunskap kring. Frågorna var breda och öppna för att ge utrymme till deltagarnas egna känslor, upplevelser samt beteenden. Genom att beskriva deltagarnas erfarenhet inom det aktuella området bekräftades och stärktes studien och kunde även leda fram till ny forskning (Polit & Beck, 2017, s. 58-60, 491).

Denna typ av studie involverade forskarna som det viktigaste datainsamlingsinstrumentet. En viktig uppgift var att bekräfta och visa att resultatet återspeglade deltagarnas erfarenheter och åsikter samt dess tillförlitlighet (Polit & Beck, 2017, s. 60-61). Detta gjordes genom att citat från svaren återgavs ordagrant i resultatet. Förkortningar skrevs däremot ut fullständigt. En kvalitativ studie innebar att teman och kategorier identifierades för att belysa helheten i dess sammanhang och beskrev bättre valt ämne/resultat. Syftet med studien och valet att använda kvalitativ ansats var att forskarna skulle få en ökad förståelse för det valda området och leda till ny kunskap (Polit & Beck, 2017, s. 58-60, 463-464). Enligt Polit & Beck (2017, s. 58, 463) var kvalitativ design flexibel och föränderlig under arbetets gång vilket var bra eftersom skrivna svar från flera personer analyserades.

Deltagare och Procedur

Frågorna besvarades av 12 sjuksköterskor i åldrarna 31-57 år. De hade en arbetslivserfarenhet mellan 3-36 år som sjuksköterskor och inom hemsjukvård 0-24 år. Mediantid för arbetslivserfarenhet var 19 år och inom hemsjukvård 13,5 år.

Urvalet i denna studie var ändamålsenligt och bestod av sjuksköterskor anställda i fyra kommuner i mitten av Sverige. Detta urval var nödvändigt för att säkerställa att sjuksköterskorna som deltog hade den erfarenhet som efterfrågades (Polit & Beck, 2017, s. 491). En förfrågan skickades ut till enhetschefer/verksamhetschefer (*bilaga 1*) i gles landsbygd. Enhetscheferna skickade i nästa steg, förfrågan vidare till sjuksköterskor anställda på enheterna (42 st). Efter att sjuksköterskorna anmält intresse till sina chefer förmedlades namn och mailadresser från 13 intresserade sjuksköterskor till författarna. Till dessa skickades informerat samtycke (*bilaga 2*) och frågeformuläret (*bilaga 3*). Respondenterna (sjuksköterskorna) gavs 3-5 veckors svarstid beroende på när kontaktuppgifterna erhöles.

Inklusionskriterier - och exklusionskriterier

Inklusionskriterium för att delta i studien var sjuksköterskor som arbetat inom hemsjukvård i minst två år. Även sjuksköterskor utan specialistutbildning var aktuella då många

allmänsjuksköterskor som arbetat inom området länge hade den erfarenhet som eftersöktes. För att respondenterna skulle inkluderas krävdes att de hade erfarenhet av vård i livets slutskede och "det specifika samtalet". Exklusionskriterium var att sjuksköterskorna inte skulle arbeta inom särskilda boenden.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade frågor, vilket innebar att det fanns en viss struktur i frågorna att följa (Polit & Beck, 2017, s. 510, 744). Dessa ställdes via mail, innehållande fem bakgrundsfrågor, fyra huvudfrågor samt en möjlighet till övrig information (*bilaga 2*). Genom detta lämnade respondenterna en skriftlig personberättelse om sina livsmöten och erfarenheter samt minnen från olika händelser. Fördelen med denna typ av frågor var att de var genomtänkta av respondenterna innan de skrevs ned och med fullt fokus på frågorna. Inget fokus behövde vara på den som ställde dem (Olsson & Sörensen, 2011, s. 143-144; Polit & Beck, 2017, s. 513).

Öppna frågor gav möjlighet att skriva fritt om de olika områdena och på så sätt berätta sin egen historia. Detta säkerställde ytterligare att forskaren fick mycket information (Polit & Beck, 2017, s. 270, 737). Respondenterna mailade tillbaka sina svar i bifogad länk eller via vanlig post. En påminnelse gick ut till var och en av enhetscheferna i syfte att få en generell påminnelse till de sjuksköterskor som ännu inte svarat/visat intresse och till de sjuksköterskor som anmält intresse, men inte svarat inom tidsramen. Slutligen erhöles 12 skriftliga svar som blev underlag för resultatet.

Dataanalys

Materialet som inkom via mail skrevs ut som befintligt dokument och handskrivet postat material skrevs ner digitalt ordagrant av en av författarna och skrevs ut på papper. Dessa lästes igenom av båda författarna, för att erhålla en helhetsuppfattning av texten. Svaren dokumenterades med frågorna separerat från varandra för underlättande av analys. De sorterades digitalt och skrevs ut på papper där det skildes från samtycket och behandlades anonymt.

Texten analyserades deduktivt där de 6 S:n (Ternestedt et al., 2002) användes som ett raster. Varje fråga lästes och analyserades för att söka gemensamma nämnare. Texten bearbetades till meningsenheter, vilket innebar att långa meningar gjordes om till kortare uttalanden och det väsentliga innehållet av texten blev till några få ord. Meningsenheterna färgkodades och delades upp i kategorier. Innehållet i texterna besvarades genom kategorierna utifrån de 6 S:n (Elo & Kyngäs, 2008).

Innehållsanalys är en metod som används när man vill analysera en text. När innehållet i texten är grunden för studien och ska ge svaret på en eller flera frågor i syftet. En kvalitativ datainsamling med öppna frågor är lämpligt att planeras till cirka 20 personer, eftersom det ofta försvinner någon person av olika anledningar. Ett bra underlag är om svar erhålles från 10-20 personer (Danielson, 2017, s. 285-289). Det insamlade materialet bygger på respondenternas upplevelser och erfarenheter av "det specifika samtalet" och bearbetades samt analyserades genom kvalitativ beskrivande innehållsanalys utifrån Elo & Kyngäs (2008). Analysen gjordes med deduktiv ansats, där forskaren utgår från en redan förutbestämd teoretisk modell som i studien var utifrån de 6 S:n som stöd för sjuksköterskorna i samtalet och med fokus på det manifesta innehållet. Vid en manifest innehållsanalys är det innehållet i den insamlade texten forskarna arbetar med, beskriver och synliggör (Elo & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2017, s. 538).

| Tabell 1: Exempel på analys | |
|---|------------------|
| Meningsenhet | Kategori |
| Patientens medvetenhet underlättar samtalet och bidrar till patientens aktuella självbild | Självbild |
| När sjuksköterskan lyssnar och är lyhörd ges möjlighet för patienten att lyfta sina önskemål och vara mer delaktig | Självbestämmande |
| Förutsättning för ett bra samtal var en god relation mellan patient och sjuksköterska samt närståendes närvaro | Social relation |
| Genom att patienten fick förståelse och kände ett sammanhang i sin situation kunde det påverka dennes sista tid i livet | Sammanhang |

Förförståelse

Både KF och ÅR arbetar inom hemsjukvården i två av de berörda kommunerna. KF arbetar även inom en palliativ enhet i Norrlands inland. Detta gav erfarenhet av palliativ vård och "det specifika samtalet" samt några av deltagarna var medarbetare till KF och ÅR. De lade båda sin personkännedom samt sina erfarenheter inom området åt sidan i arbetet med studien. Enligt Olsson & Sörensen (2011, s. 101) ska en redogörelse av förförståelsen finnas, det är ett kvalitetskrav för att inte författarnas personliga erfarenheter skall påverka tolkningen av resultatet.

Etiska överväganden

Alla personer som valde att delta i studien fick information om studiens syfte och mål (SFS 2003:460 16 §; Polit & Beck, 2017, s. 141, 143). Deltagarnas självbestämmande och autonomi respekterades genom att deltagandet var frivilligt och de själva avgjorde vad de svarade, om de inte ville svara eller om de ville avsluta studien (Polit & Beck, 2017, s. 140). De fick skriva på ett informerat samtycke där information gavs om att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas, utan att de behövde ange en orsak (*bilaga 3*). Polit och Beck (2017, s.

139) betonar forskarens skyldighet att se till deltagarnas bästa och undvika, förebygga och minimera skada i all forskning med människor. I alla studier där människor deltar skall deras mänskliga rättigheter respekteras och skyddas.

Lagen om etikprövning (SFS 2003:460) skyddar enskilda personer samt respekterar deras människovärde. Då ingen patient intervjuades fanns inget behov av särskild etikprövning. All information som erhöles behandlades konfidentiellt, vilket innebar att allt insamlat material förvarades i låsta utrymmen (Polit & Beck, 2017, s. 141).

Resultat

Resultatet visade att nio av de tillfrågade sjuksköterskorna själva utför "det specifika samtalet", två svarade att det är läkaren som utför och gärna med båda professionerna närvarande. En sjuksköterska svarade att hen inte tar dessa samtal alls och gav inga vidare kommentarer.

Huvudfynden, de S som framträdde tydligast utifrån resultatet var **Självbild**, **Självbestämmande**, **Social relation** och **Sammanhang**. Sammanfattande fynd utifrån resultatet var att sjuksköterskorna utförde "det specifika samtalet" med patienterna och att de 6 S:n användes i samtalet omedvetet.

Fynd som föll utanför de 6 S:n var att "det specifika samtalet" saknade förutbestämt sökord att dokumenteras under i journalen. Det var olika inom och mellan kommuner vilket sökord som användes. Detta gjorde det svårt att få en tydlig överblick att samtalet utförts och vad som egentligen sagts och bestämts. Ett stort och viktigt fynd var även att sjuksköterskorna påtalade att de var i behov av stöd och utbildning i utförandet av "det specifika samtalet" och uttryckte önskan om debriefing i lärande och läkande syfte.

Sjuksköterskorna i citaten har fiktiva namn. Efter namnet anges antal yrkesår i hemsjukvård inom parentes.

Självbild

Resultatet visade att hälften av sjuksköterskorna tyckte att "det specifika samtalet" med patienten underlättades om denne hade medvetenhet och insikt, om patienten inte förstod att den skulle dö upplevdes samtalet tungt och sjuksköterskan kände sig otillräcklig och hjälplös. Likväl bidrog utförandet av "det specifika samtalet" till patientens medvetenhet om sin nuvarande situation. Om patienten var medveten och införstådd med att den var döende var det lättare att hjälpa patienten att se sig själv där den var. Medvetenhet hos patienten skapade tydlighet i vården och att patienten och närstående tog till vara på tiden. "Det specifika samtalet" möjliggjorde att patientens självbild kunde uppdateras och underlättade för den fortsatta vården genom att sjuksköterskan erhöll betydelsefull information om patienten.

Några sjuksköterskor menade också att det var av betydelse att de själva hade funderat på hur de såg på vanliga frågor som hörde ihop med vård i livets slutskede, för att lättare kunna ta emot patientens olika funderingar. Både det som patienten samt de själva hade i "bagaget"/deras egen självbild, påverkade utförandet samt utfallet av det "det specifika samtalet".

Läkarens medicinska kunskap bidrog till patientens medvetenhet i sin situation och att patienten kände sig trygg och aktuell i sin självbild, menade några av sjuksköterskorna.

I vissa fall kan det vara viktigt för patienten att få ha dessa samtal och det är lättare för mig att vårda patienten om både han och jag förstår att han blir försämrad och att vi tillsammans får planera för att göra det så bra som möjligt för honom under hans sista tid i livet. Jag vet genom samtalen vad som är viktigt för honom vad jag bör tänka på lite extra för att det ska bli ett så bra avslut som möjligt (*Eva, 24*).

Min upplevelse är att patienten inte upplever det som obehagligt att man tar upp och pratar om övergången till livets slut. Jag tror att många patienter tycker att det är skönt att det tas upp eftersom det är något de själv tänker mycket på (*Signe, 2*).

Självbestämmande

Sjuksköterskan stöttade patienten att ta olika beslut genom information som gavs bland annat under "det specifika samtalet". Till självbestämmande hörde att som sjuksköterska vara lyhörd i samtalet och det var viktigt att acceptera om patienten och närstående inte ville prata. *Eva (24)* säger "jag har haft patienter och anhöriga som har tydligt visat på att de ej vill diskutera detta de har sagt att de vet vad som kommer att ske men de vill inte diskutera utan de vill leva för dagen...". Sjuksköterskorna betonade att det var viktigt att vara följsam och lyhörd för att uppfatta vad som var viktigt för den enskilde patienten när livet närmade sig slutet och för att kunna uppfylla dennes önskemål. Betydelsen av att lyssna till patienten mer än prata själv påtalades. Varje samtal var unikt och olika personer ville diskutera olika frågor, menade sjuksköterskorna. Det ansågs viktigt att samtalet gjordes på patientens och närståendes villkor och beroende på vad de ville prata om. Alla ville inte prata om den kommande döden eller tiden just innan, utan de ville bara att allt skulle vara som vanligt i så stor utsträckning som möjligt. Andra ville prata om vad som händer med dem när döden inträffat.

Genom tystnad och att sjuksköterskan gav patienten utrymme i samtalet kunde viktig information delges som var betydelsefull för den fortsatta vården. "Det specifika samtalet" hjälpte patienten till en bearbetning och möjliggjorde ett avslut med omgivningen, tyckte flera sjuksköterskor.

Det jag lärt mig är att om patienten får styra samtalet så blir det ofta ett bättre samtal. Om patienten ges tid att fundera så kan hen få möjlighet att prata om saker som just hen funderar på Sedan finns det tillfällen då patienten inte är mottaglig för samtal och då respekterar jag det, antingen ett senare samtal eller att det görs på annat sätt. Men tanken på döden kan vara otäck (*Laila, 10*).

Social relation

En god relation mellan patient och sjuksköterska skapade förutsättning för ett bra "specifikt samtal" och var ett återkommande resultat. Föreliggande studie visade att nästan alla sjuksköterskor utförde "det specifika samtalet" och att det ofta var de som först pratade med

patienten och närstående om övergången till vård i livets slutskede. Till "det specifika samtalet" räknades de uppföljande samtal som sjuksköterskan hade efter läkarens brytpunktssamtal, men även samtalen innan då de ofta fick svara på olika frågor och funderingar från patienten. En av anledningarna var att patienter i hemsjukvården oftast hade begränsad direktkontakt med läkaren, menade en sjuksköterska. *Britta (6)* säger "Kan upplevas svårt att formulera rätt öppna frågor för att "komma in på rätt spår". Det krävs några hembesök innan detta samtal kan initieras för att få rätt relation och att vårdtagaren kan öppna sig och våga prata".

Sjuksköterskorna uttryckte att grunden till att "det specifika samtalet" hölls, var att en relation till patienten skapats i samband med omvårdnadsansvaret. Sjuksköterskan hade vårdat patienten under en längre tid och hunnit skaffat sig en bild av vårdtagaren, dennes önsknings och närstående och såg när patienten började gå mot livets slut. Patienten ställde frågor som på ett naturligt sätt ledde till ett samtal.

För mig som distriktssköterska gäller det att bygga upp ett förtroende/tillit mot patienten. Det är en process men enklare att föra svåra djupare samtal om tillit finns. För mig har det genom åren blivit allt tydligare att man själv som vårdare måste tänka över vad jag själv har för syn på döden. Om jag själv bär på frågeställningar eller eventuella rädslor så känner patienten av det (*Marie, 23*).

Hälften av sjuksköterskorna menade att när sjuksköterskan var med och stöttade patienten i samtal med närstående blev de en del i samtalet. Närstående kunde vara ett stort stöd för patienten genom att finnas där för dem. Det kunde även vara en svårighet om de inte var införstådda och hade samma uppfattning eller insikt i situationen och allvaret i patientens tillstånd.

Jag hade en patient som inte trodde att hen skulle dö. Men när patienten var ensam hemma och vi hade det lugnt omkring sa hen att jag kan inte säga att jag ska dö för min livskamrat kommer inte kunna hantera det (*Lisa, 5*).

Symtomlindring

Gemensamt för nästan alla sjuksköterskor var att de upplevde att patienten blev lugnare och kände sig tryggare genom "det specifika samtalet" och därmed upplevde färre symtom och lindring av befintliga. "Det specifika samtalet" uppfattades betydelsefullt och det hade en positiv påverkan på patientens sista tid. *Laura (15)* svarade att "kan vara så att vårdtagaren blir lugnare av att få prata om detta, kanske det får ett bättre avslut om det är införstådda med vad som väntar dem". Genom "det specifika samtalet" gavs patienten information av sjuksköterskan att de till exempel kunde vårdas i hemmet helt till slutet och om möjligheten till "extravak". Det var inte alltid som de visste om vilka möjligheter som fanns, utan trodde att de måste åka till sjukhuset eller korttidsavdelningen för att dö där.

Marie (23) säger "jag följer upp med flera samtal under processens gång då det många gånger är lättare för patienten att föra djupare samtal med mig. Man får många gånger ta om informationen gång på gång vilket ju en läkare inte har möjlighet att göra. Har jag skapat förtroende, tillit och trygghet, är min upplevelse att samtalen blir betydligt varmare och mer avslappnat för patienten och närstående"

Genom samarbete med olika vårdgivare, till exempel det palliativa teamet skapades en tryggare tillvaro för patienten. Känslan att alla tillsammans försökte göra det bästa möjliga för patienten blev tydligare.

Sammanhang

Vikten av att "det specifika samtalet" fördes i tidigt palliativt skede påtalades av flera sjuksköterskor. Det upplevdes underlätta patientens olika frågeställningar samt deras eget deltagande i vården. Det understödde patienten att bearbeta och fundera på tidigare beslut och erfarenheter. *Marie (23)* tog upp att patientens ålder hade betydelse för samtalet "många äldre personer har varit trygga och menar att de levt ett långt och bra liv och tar det relativt lugnt, menar att det ändå är dags att lämna jordelivet". De hade en förståelse för sin nuvarande situation och kunde se att de varit en del av ett sammanhang.

Samtalen var viktiga för att patienten skulle få möjlighet att slutföra saker i tid. Det kunde till exempel handla om att återuppta kontakt med personer man inte pratat med på länge, samtal med sina nära och kära och juridiska saker som testamenten. Dessa ansågs givande och väsentliga för att sjuksköterskan skulle förstå hur vårdtagaren mådde både fysiskt och psykiskt och underlättade även den fortsatta vården genom bättre förståelse och att kunna läsa mellan raderna hur denne mådde. Genom att patienten fick en förståelse och kände ett sammanhang i sin situation kunde det påverka dennes sista tid i livet positivt och att de lättare kunde släppa taget. Det var viktigt att tid avsattes både för "det specifika samtalet", men även för sjuksköterskan att följa upp samtalet, för att möta funderingar som uppstod under resans gång.

Givande för mig som sjuksköterska, en känsla av lättnad och en fördjupad relation med patienten. När en människa vill dela med sig av sin sista tid i livet ser jag som en gåva. Samtidigt mycket emotionellt tungt med många tankar men det är inte svårt att ställa sig själv åt sidan i den stunden (*Bettan, 3*).

Strategi

De flesta sjuksköterskor i studien betonade värdet av sjuksköterskans närvaro i samband med läkarens brytpunktssamtal och att det var sjuksköterskorna som höll i de uppföljande "specifika samtalen" som kom en tid efter brytpunktssamtalet. Hälften av sjuksköterskorna beskriver att läkarens närvaro i samtalet underlättade för patientens möjlighet till strategier genom att de kunde svara på medicinska frågor från patienten.

De flesta sjuksköterskor uttryckte en svårighet i att vara fullständigt närvarande under "det specifika samtalet" relaterat till att alltid vara nåbar för andra, till exempel genom att telefonen var på under besöket. Samtalet kunde vara svårt att planera in då frågor ofta kom upp spontant under ett besök. Den ökade arbetsbelastningen påverkade att få tid till ett bra samtal med patienten. Det var en återkommande faktor för utförandet av "det specifika samtalet" och tid krävdes för att klara av att ta hand om alla känslor som samtalet oftast förde med sig och för att finnas där som stöd för patienten och närstående. Fortlöpande uppdaterad information till patienten genom "det specifika samtalet" möjliggjorde för

patienten att hitta strategier att hantera sin situation. Det gav även sjuksköterskan möjlighet att lättare kunna förtydliga och reda ut eventuella missförstånd. *Laila (10)* beskrev att "det gäller också att jag inte låser mig vid specifika ämnen utan är öppen i samtalet Jag tror att det är viktigt att jag törs vara tyst, att vänta in". Behov av utbildning påtalades också för att klara av att vägleda patienten till en bra strategi. Kunskap om att patienten går igenom en process med olika faser och reaktioner kunde vara bra för sjuksköterskan att själv känna till för att kunna hjälpa.

Jag har haft kontakt med flera yngre/medelålders patienter och där har det varit av värde för mig att känna till de faser som man går igenom inför ett besked att det ej längre går att bota sjukdomen. Där ställs det ännu högre krav att man verkligen själv är trygg för att möta de frågor som uppkommer, *Marie (23)*.

Diskussion

Metoddiskussion

När syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas upplevelser och belysa deras erfarenheter, ansågs det vara mest lämpligt att använda en kvalitativ design (Polit & Beck, 2017, s. 59). Författarna valde semistrukturerade frågor via mail istället för personliga intervjuer. Metodvalet gjorde att sjuksköterskorna kunde svara när de hade tid och inte behövde avsätta ett specifikt tillfälle. De kunde spara och fortsätta vid ett senare tillfälle vilket innebar att de kunde fylla på och ändra informationen när och om de ville, vilket i sin tur kunde leda till mer eftertänksamma svar. Författarna upplevde att skrivna frågor var det bästa alternativet, eftersom det enligt enhetscheferna ansågs mer tidskrävande att boka tider för personliga intervjuer. Eventuellt skulle det gett mer information genom deltagarnas spontana reaktioner, följdfrågor samt önskemål om mer utvecklade svar.

Att frågan om deltagande ställdes via mail kan ha varit en svårighet/nackdel då mail inte alltid prioriteras och därmed kunde ha förbisetts. I likhet med att mailet först skickades till

verksamhetscheferna, sedan till enhetscheferna och vidare till sjuksköterskorna.

Svarsfrekvensen blev låg trots påminnelse till både verksamhetschefer, enhetschefer och till deltagarna via mail eller telefon. Enhetscheferna påtalade att förfrågan/påminnelse gick ut under sommaren då arbetsbelastningen var stor och många sommarvikarier i tjänst, oberoende kommun, vilket sänkt deltagarantalet. Tydligt är att årstiden har påverkat svarsfrekvensen.

Enligt flera av enhetscheferna påverkades svarsfrekvensen av att sjuksköterskorna inte hade tid att svara eller inte prioriterade att svara. En bedömning gjordes, redan av cheferna om tillräckligt med tid fanns för medarbetarna att svara eller inte på grund av till exempel andra ansvarsområden eller deltidsarbete innan de tillfrågades. Sjukskrivningar var också tydligt kännbara för studien. Författarna fick troligtvis ändå in fler svar från vissa kommuner för att de är arbetskollegor och att de har prioriterat författarnas studie.

Sjuksköterskor som arbetade på särskilda boenden var exkluderade från studien, trots detta blev två sjuksköterskor tillfrågade om att delta av enhetschefen. Detta motiverades av att de hade kontakt med patienter i vård i livets slutskede och utförde "det specifika samtalet". Författarna uppmärksammade detta när svaren lästes igenom, men då deras svar ej skilde sig från de andra respondenternas inkluderades de i studien.

Författarna är självkritiska utifrån formulering av frågorna där de inte nämnde läkarens brytpunktssamtal. Vid utformningen av frågorna planerades att inte lägga fokus på läkarens uppgift. Detta kan ha försvårat och gjort frågorna svårtolkade. Vid en uppföljande kontakt med respondenterna hade troligen mer uttömmande svar erhållits.

Vid bedömning av ett vetenskapligt arbete används termer som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Enligt Fridlund och Mårtensson (2017, s. 421-433) är det viktigt att säkerställa att ett vetenskapligt arbete uppvisar god kvalitet och beskrivs korrekt och tydligt. Inför analysen har alla svaren lästs igenom flera gånger och således bedöms att all relevant fakta uppmärksammats. För att tydliggöra för läsaren att arbetet är trovärdigt har författarna gett exempel på aktuella citat från respondenterna och visar på så vis att resultatet är giltigt över

tid. Författarnas medvetenhet har diskuterats och förklarats och deras förförståelse av samtal i livets slutskede har synliggjorts och är belyst, vilket styrker arbetets pålitlighet. Enligt Polit och Beck (2017, s. 164) kan pålitligheten även stärkas genom att studien kan återupprepas inom liknande kontext. Studiens resultat är överförbart till sjuksköterskor inom flera olika enheter där vård i livets slutskede hanteras. Överförbarheten i en studie påverkar även trovärdigheten.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa de 6 S:n som stöd för sjuksköterskor i "det specifika samtalet" med patienter när vården övergår till vård i livets slutskede. Huvudfynden, de S som tydligast framkom i resultatet var **Självbild, Självbestämmande, Sociala relationer** och **Sammanhang**. De kvarvarande två S:n: symtomlindring och strategi framkom också som viktiga resultat, men upplevdes inte lika utmärkande. Grunden att använda sig av de 6 S:n i omvårdnaden av patienten och "det specifika samtalet" är att se patienten som en person med egna behov och önskemål (Ternestedt et al., 2017, s. 23-25).

I resultatet framkom att patientens medvetenhet var en viktig och avgörande del för utförandet av "det specifika samtalet" och för att nå fram till patienten med information. Patientens **självbild** uppdaterades genom "det specifika samtalet" och möjliggjorde för sjuksköterskan att få en inblick och förståelse för patientens symtombild och behov. Patientens aktuella **självbild** beskrev synen som denne hade på sig själv och den var av stor betydelse för att patienten skulle kunna hantera svåra situationer. Crump, Schaffer och Schulte (2010) menar att en förutsättning för patienten att få en tydlig **självbild** är att läkaren och sjuksköterskan ger samstämmig information. Vilket stärks av tidigare forskning (Warnock et al., 2010; Warnock et al., 2017) samt i föreliggande studie där betydelsen av att sjuksköterskan skall vara med under brytpunktssamtalet tas upp, för att veta vad som sagts och för den fortsatta vården. Begreppet **Självbild** kan vara svårt att komma underfund med, men det kan stärkas genom att fokusera på förmågor som patienten har kvar och inte på de förmågor som gått förlorade (Jeppsson & Thome', 2014). Detta stärks av Strandberg et al. (2007) och Milberg et al. (2014) som menar att det viktiga är att se varje patient som en

enskild person med egna behov och inte bara som en patient med en diagnos. Kastbom et al. (2017); Boot (2016); Doorenbos, Wilson och Coenen (2006) menar att det handlar om patientens **självbestämmande** och rätt att vara delaktig i beslut rörande sig själv. I föreliggande studie lyfter sjuksköterskorna patienternas **självbestämmande**, att även acceptera om patienten inte vill prata. En del patienter har en tydlig **självbild** och vill prata om sin situation andra väljer att inte vill prata om den kommande döden, vilket ses som en svårighet av sjuksköterskorna i "det specifika samtalet".

I föreliggande studie framkommer värdet av att leva sitt egna liv och att fortsätta sin vardag om möjligt, lika som tidigare. Andershed et al. (2013, s. 41-44) menar att vården ska utgå från det friska och möjliggöra för patienten att uppfylla sina mål och önsknings. En god död betyder hälsa så länge livet pågår och att patienter och närstående värdesätter att kunna fortsätta leva ett normalt liv så nära det vardagliga som möjligt. Law (2009) stärker detta och betonar att patienten skall leva tills den dör. Detta stämmer även bra överens med WHO:s övergripande mål för den palliativa vården som är att stödja patienten till ett värdigt avslut med bästa möjliga livskvalitet samt att bekräfta livet och betrakta döendet som en normal del av våra liv (World Health Organisation, 2002).

I resultatet framkom att det var viktigt att sjuksköterskan inte skyndade fram med information samt erbjudande om olika förslag till åtgärder. Sjuksköterskorna poängterade betydelsen av att inte bara lyssna på patienten utan stanna upp och verkligen vara lyhörd för vad patienten säger. När sjuksköterskan lyssnar till vad patienten har att berätta och önskar bevaras patientens identitet och **självbild**. En relation, trygghet och förtroende byggs upp. Strandberg, Ovhed, Borgquist och Wilhelmsson (2007) styrker detta och betonar att sjuksköterskan gör det i sin yrkesroll, både genom sin yrkeskunskap, erfarenhet, känslomässiga engagemang, sociala närvaro och det är det som gör arbetet intressant och meningsfullt. Vilket även kom fram som ett av studiens resultat.

Tystnaden betonas i föreliggande studie som en viktig del i att vara lyhörd för och vänta in. Flera sjuksköterskor beskrev att det kan vara genom tystnaden, som patientens verkliga behov och önskemål synliggjordes. Detta är viktigt för att närstående och vårdpersonal ska

kunna sträva mot samma mål, patientens bästa livskvalitet (Crump et al., 2010). Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skall vårdpersonal ge vård som så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

Relationens betydelse vid utförandet av "det specifika samtalet" var också en del av resultatet och betonades av sjuksköterskorna. Ternstedt et al. (2017, s. 105) menar att genom att bevara patientens **sociala relationer**, bekräftades patienten och dennes **självbild** upprätthölls. Tidigare forskning styrker att sjuksköterskor tycker att det är viktigt och är intresserade av patientens familj och närstående och att de är delaktiga (Pusa et al., 2014). I resultatet framkom att **sociala relationer** både kunde underlätta för patienten samt försvåra vården på grund av olika sjukdomsinsikt och målsättning med vården bland patient och närstående, vilket även Crump et al. (2010) funnit i sin forskning. **Symtomlindring** är en stor del i den palliativa vården och det är viktigt att den ses ur ett brett perspektiv, där även familjesituationen måste uppmärksammas, menar Milberg et al. (2014). Patientens symtom lindras genom sjuksköterskans närvaro och med "det specifika samtalet" förstås patientens lidande, som både kan vara fysiskt, men även andligt eller existentiellt (Milberg et al., 2014). Författarnas egna upplevelser var att symtom på smärta eller ångest hos en orolig patient i grunden berodde på deras sociala situation och att det är vanligt inom den palliativa vården.

Ett värdefullt resultat av studien var att det framkom att sjuksköterskorna arbetade utifrån de 6 S:n omedvetet. Genomgående både i föreliggande studie och tidigare forskning (Strandberg et al., 2007) är att sjuksköterskan behöver tid för att hjälpa patienten att skapa **strategier** genom att se deras behov i dess helhet. Att som sjuksköterska se patienten med en helhetssyn gör det möjligt att förstå hur denne tänker och känner. All vård ska ges med utgångspunkt för vad som är viktigast för den enskilde här och nu. Trueman och Parker (2006) lyfter fram fördelarna inom den palliativa vården med att patienten får berätta sin livshistoria. Genom att låta denne berätta sker en bearbetning av tidigare händelser, ett avslut kan formas och ett **sammanhang** framträder. Nackdelen kan vara om ouppklarade saker kommer fram och skapar oro. Vad informationen gör med sjuksköterskan tas också upp, som känslomässig stress. Law (2009) menar att sjuksköterskan skapar ett **sammanhang**

genom sin närvaro och kontakt med omvärlden och att patienten ges möjlighet att vara kvar i hemmet tack vare sjuksköterskans kunskap och stöd.

I resultatet från föreliggande studien framgår att den palliativa vården utgör en stor del av hemsjukvården idag. Sjuksköterskorna som arbetar i hemsjukvården ser detta som ett prioriterat område, men har samtidigt svårt att få tiden att räcka till. Med tiden avses också att hemsjukvården kopplas in i ett tidigt skede för att ge de bästa förutsättningarna för att skapa en relation till patient och närstående samt gemensamma **strategier** för vården. Detta är också något som lyfts fram i tidigare forskning (Dunne et al., 2005; Appelin et al., 2005; Berterö, 2002; Sandgren et al., 2007). Detta är många gånger svårt genom att många patienter inte har behov som berättigar till hemsjukvårdsinsatser i det tidiga skedet av sjukdomen. Om patienten har fysiska symtom som ger rätt till Hälso- och sjukvårdsinsatser är det lättare att bli insläppt och att patienten vill ta emot hjälp, vilket även Griffiths et al. (2012) visat.

Att sjuksköterskan har en viktig roll belyses i studien samtidigt som arbetsbelastningen är stor och hotar utförandet av en god palliativ vård. Black & Helgason (2018) lyfter i sin studie att motiverande samtal (MI) kan användas för att främja "det specifika samtalet". MI kan även förhindra missförstånd och oklarheter i den palliativa vården genom att ställa öppna frågor till patienten och fortlöpande genom samtalet be patienten sammanfatta och beskriva vad som sagts. Griffiths, Ewing et al. (2015) och Griffiths, Wilson et al. (2015) tar upp om en annan liknande kommunikationsmodell (SAGE & THYME) som ett verktyg för sjuksköterskan i samtal med svårt sjuka patienter. Grunden i modellen var att ställa öppna frågor, där patientens behov, funderingar och önskemål styrde samtalet. "Det specifika samtalet" beskrivs vara viktigt och förberedde patienten för en god död.

I resultatet påtalas behovet av utbildning och debriefing för lärandets och läkandets skull. Detta är även något som framkommer i tidigare forskning (Warnock et al., 2010; Griffiths, Wilson et al., 2015; Henoach et al., 2013; Appelin et al., 2005 & Berterö, 2002) och är ett viktigt resultat att lyfta. Tidigare forskning är knapphändig, det är lite forskat kring sjuksköterskornas roll och utförandet av "det specifika samtalet" inför vård i livets slutskede (Dewar, 2000). Warnock et al., (2010); Valente, (2015); och Crump et al., (2010) vittnar om att

samtalet görs, men att sjuksköterskornas "specifika samtal" inte är identifierat som till exempel läkarnas brytpunktssamtal och därför inte uppmärksammas och värderas på samma sätt. I föreliggande resultat framkom att sjuksköterskans "specifika samtal" inte dokumenteras med något särskilt sökord. Att det utförs i patientens hem påverkar att det inte blir tydligt och märkbart dokumenterade för andra yrkeskategorier. Dokumentationen av "det specifika samtalet" görs inte på ett samstämmigt sätt i journalen inom och mellan de olika kommunerna.

Slutsats

Föreliggande studie har uppmärksammat att sjuksköterskorna sätter värde på att "det specifika samtalet" utförs. Den har lett till insikt om att sjuksköterskor utför "det specifika samtalet" och att det inte ses som ett samtal, utan flera under en längre period av tid. Det har framkommit att sjuksköterskorna har en viktig uppgift att genom sin närhet till patient och närstående skapa trygghet och ge stöd. Studiens resultat visade även att sjuksköterskorna arbetar utifrån de 6 S:n omedvetet, varför detta med fördel kan användas som underlag i dokumentationen. Att skapa en klar struktur för "det specifika samtalet" och finna en vedertagen åtgärdskod/sökord att dokumentera under, kommer att leda till en annan förståelse för sjuksköterskans arbete, tydliggöra och underlätta uppföljning. Att vårda patienten i sin helhet blir tydligt utifrån de 6 S:n. Detta ses som en potentiell utvecklingsmöjlighet med stor förtjänst för omvårdnaden kring patienten och sjuksköterskornas arbetsbörda.

Svårigheter upplevdes dock med att vara fullständigt närvarande, att avsätta tid för samtalet samt att utbildning och debriefing efterfrågades. Information om arbetsbelastningen kan leda till en förbättring och utveckling inom området. För att uppnå en förståelse om sjuksköterskans arbete i hemsjukvården och den palliativa vården måste den bli mer synlig för arbetsledning och kollegor för att leda till en förändring, varför det är relevant med ytterligare forskning inom området.

Referenser

- Andershed, B., Håkansson, C. & Ternestedt, B-M. (2013). *Palliativ vård Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Studentlitteratur. Lund.
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved- A qualitative study of nurses` experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 144-149. Från <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>.
- Andreassen Devik, S., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2015). "Picking up pieces" -Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10. Från <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28382>
- Appelin, G., Brobäck, G., & Berterö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 315-324. doi:10.1016/j.ejon.2004.11.001.
- Bannon, F., Cairnduff, V., Fitzpatrick, D., Blaney, J., Gomes, B., Gavin, A., & Donnelly, C. (2017). Insights into the factors associated with achieving the preference of home death in terminal cancer: A national population-based study. *Palliative and Supportive Care*, 1-7. doi:10.1017/S1478951517000876
- Berterö, C. (2002). District nurses perceptions of palliative care in home. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(6), 387-391. Från <http://doi/pdf/10.1177/104990910201900608>.
- Black, I., & Helgason, A R. (2018). Using motivational interviewing to facilitate death talk in end-of-life care: an ethical analysis. *BMC Palliative Care*, 17(51), 1-7. Från <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0305-5>.
- Boot, M. (2016). Exploring the district nurse role in facilitating individualised advance care planing. *British Journal of Community Nursing*, 3(21), 144-147. Från <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.3.144>
- Brogaard, T., Neergaard, M A., Sokolowski, I., Olesen, F., & Jensen, A B. (2012). Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine*, 27(2), 155-164. doi:10.1177/0269216312438468.

- Crump, S K., Schaffer, M A & Schulte, E. (2010). Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(6), 297-306. doi:10.1097/DCC.0b013e3181f0c43c.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur.
- Dewar, A. (2000). Nurses experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *Journal of Neuroscience Nursing*. 32(6), 324-330. doi:10.1097/01376517-200012000-00006.
- Doorenbos, A Z., Wilson, A C., & Coenen, A. (2006). A Cross-Cultural Analysis of Dignified Dying. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 352-357. Från <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00126.x>
- Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 372-380. Från <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fridlund, B & Mårtensson, J. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, IJ. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7), 1-13. Från <https://doi.org/10.1186/1272-684X-12-7>.
- Griffiths, J., Ewing, G., & Rodgers, M. (2010). "Moving swiftly on." Psychological support provided by district nurses to patients with palliative care needs. *Cancer Nursing*, 33(5), 390-397. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d55f9b.
- Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2012). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Palliative medicine*, 27(4), 349-357. doi:10.1177/0269216312451949.
- Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M., & Grane, G. (2015). Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the district nurse. *Palliative Medicine*, 29(2), 138-146. doi:10.1177/0269216314551813.x

- Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2015). Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 465-472. doi:10.1016/j.ejon.2015.02.005.
- Griffiths, J. (2017). Person-centred communication for emotional support in district nursing: SAGE and THYME model. *British Journal of Community Nursing*, 22(12), 593-597. doi:10.12968/bjcn.2017.22.12.593
- Haycock Stuart, E., Jarvis, A., & Daniel, K. (2008). A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3012-3020. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02316.x
- Hench, I., Danielsson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: A Randomized, controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46 (6), 785-794. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013.
- Higginson, I J., Sarmiento, V P., Calanzani, N., Benalia, H., & Gomes, B. (2013). Dying at home - is it better: A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine*, 27(10), 918-924. Från <https://doi.org/10.1177/0269216313487940>.
- Holst, M., Sparrman, S., & Berglund, A-L. (2003). Det dialogiska förhållandet: Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Nordic Journal of nursing Research*, 23, (68) 46-49. Från <https://doi.org/10.1177/0107040830302300211>.
- HSLF-FS 2017:37. *Socialstyrelsens ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/hslffs-2017-37>.
- Håkansson, C., Öhlen, J., Morin, L., & Cohen, J. (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 744-751. doi:10.1177/1403494815595774.
- Jeppsson, M., & Thomè, B. (2014). How do nurses in palliative care perceive the concept of selfimage? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 454-461. doi:10.1111/scs.12151.

- Kamal, A H., Currow, D C., Ritchie, C S., Bull, J., & Abernethy, A P. (2013). Community-based palliative care delivery in the U. S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46 (2). Från <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.018>.
- Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Support Care Cancer*. 25, 933-939. doi:10.1007/s00520-016-3483-9.
- Law, R. (2009). 'Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patient. *Journal of Advanced Nursing* 65(12), 2630-2641. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05126.x
- Milberg, A., Friedrichsen, M., Jakobsson, M., Nilsson, E-C., Niskala, B., Olsson, M., Wåhlberg, R., & Krevers, B. (2014). Patients' sense of security during palliative care- What are the influencing factors? *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(1). Från <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.08.021>.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivivs, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end of life care: Comfort and Educational Needs of Staff RNs. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112. doi:10.12968/ijpn.2015.21.3.109.
- Moore, P., Mercardo, S., Attigues, M., & Lawrie, T. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Pivodic, L., Pardon, K., Morin, L., Addington-Hall, J., Miccinesi, G., Cardenas-Turanzas, M., Onwuteaka-Philipsen, B., Naylor, W, Ruiz Ramos, M., Van den Block., Wilson, D., Loucka, M., Csikos, A., Joo Rhee., Teno, J., Deliens, L., Houttekier, D., & Cohen, J. (2016). Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. *Journal Epidemiol Community Health*, 70, 17-24. doi:10.1136/jech-2014-205365
- Polit, D F., & Beck, C T. (2017). *Nursing Research: Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Tionde upplagan. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M., & Sundin, K. (2014) District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 93-100. doi:10.1111/scs.12134.

- Sandgren, A., Thulesius, H., Petersson, K., & Fridlund, B. (2007). "Doing Good Care"-a study of palliative home nursing care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 227-235. doi:10.1080/17482620701650299.
- SFS 1993:100. Högskoleförordningen. Hämtad 29 oktober, 2018, från utbildningsdepartementet, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100.
- SFS 2003:460 6 §. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 30 oktober, 2018. Från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Hämtad 29/10 ,2018, Från Socialdepartementet, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Socialstyrelsen (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: *Vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och ledning*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen (2017). Socialstyrelsens termbank. Från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=743&SrcLang=sv>
- Strandberg, E L., Ovhed, I., Borgquist, L., & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(8), 1-8. doi:10.1186/1471-2296-8-8.
- Svenska palliativregistret. (u.å.). *Kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slut*. Från <http://palliativ.se/registrering-2/socialstyrelsens-termbank/>
- Svenska sjuksköterskeföreningen, (2017). Stockholm. Från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Utbildning/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>
- Ternstedt, B-M., Andershed, B., Eriksson, M., & Johansson, I. (2002). A Good Death: Development of a Nursing Model of Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(3), 153-160. doi:10.1097/00129191-200207000-00015.
- Ternstedt, B-M., Henoch, I., Österlind, J., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:N. En modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur. Lund.

- Trueman, I., & Parker, J. (2006). Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 197-207. Från <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01244.x>
- Tryselius, K., Benzein, E., & Persson, C. (2018). Ideas of home in palliative care research: A concept analysis. *Nursing Forum an Independent Voice For Nursing, 53*(4), 1-8. doi:10.1111/nuf.12257.
- Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A-K. (2012). 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
- Valente, S. (2011). Nurses' Perspective of Challenges in End of Life Care. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority, 55*(1), 28-31.
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing, 66*(7), 1543-1555. doi:10.1111/j.1365-2648.210.05325.x
- Warnock, J., Buchanan, J., & Tod, A M. (2017). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advanced Nursing, 73*(7), 1632-1645. doi:10.1111/jan.13252.
- Weisman, A., & Hackett, T. (1961). Predilection to death: Death and dying as a Psychiatric Problem. *Psychosomatic Medicine, 23*(3), 232-256.
- World health organization, (2002). *WHO:s Definition of Palliative Care*. Från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>



Bilaga 1 Förfrågan till chef

2018-05-04

Detta är en förfrågan till dig som verksamhetschef/enhetschef för legitimerad personal. XXX kommun.

Inom hemsjukvården vårdas patienter i livets slutskede. Det kan vara en jobbig tid för både personal och patienter och därav viktigt att fördjupa sig i. Vi vill ta reda på sjuksköterskors upplevelser av sina specifika samtal med dessa patienter vid övergången till vård i livets slutskede. Detta vill vi göra genom frågor via mail till sjuksköterskor som deltagit i eller utfört samtalet.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av samtal med patienter när vården övergår till vård i livets slutskede. Studien kan ge ökad kunskap och förståelse för patienten och sjuksköterskans upplevelser.

Studien ska utföras genom frågor via mail. Innehållet är några korta bakgrundsfrågor och därefter öppna frågor om sina egna upplevelser. Tidsåtgången beräknas vara cirka 30 min. Sjuksköterskor som är aktuella för studien är grundutbildade sjuksköterskor, distriktssköterskor eller sjuksköterskor med annan motsvarande vidareutbildning och som har arbetat inom hemsjukvården i minst 2 år.

Vi skulle vilja be dig om kontaktuppgifter till sju sjuksköterskor som uppfyller våra inklusionskriterier och som är intresserade av att delta i intervjustudien. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas närsomhelst utan att skäl behöver anges.

Studien är ett examensarbete inom specialistutbildning till distriktssköterska vid Mittuniversitetet och kommer att publiceras i universitetets databas DIVA.

Tacksam för hjälp med förfrågan till relevanta sjuksköterskor samt att skicka oss mailadresser till dem som anmäler sitt intresse till att delta.

Med vänliga hälsningar

Karin Forsberg, kafo9500@student.miun.se, tel. 070-2661167

Åsa Richardsson asri0800@student.miun.se, tel. 070-3166376

Handledare är Ulla Näppä, lektor Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet,
ulla.nappa@miun.se



Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors/distriktssköterskors upplevelser av samtal med patienter när vården övergår till vård i livets slutskede.

Bakgrundsfrågor, ringa in aktuellt svar:

Ålder _____år

Utbildning: grundutbildad sjuksköterska _____ distriktssköterska
annan vidareutbildning _____

Antal yrkesår som sjuksköterska _____år

Antal yrkesår inom hemsjukvård _____år

Utför du någon gång specifika samtal om övergång till vård i livets slutskede med patienten?

Dokumenteras samtalet och i så fall finns ett specifikt ställe i journalen?

Har Du utbildning eller annan relevant kunskap genom till exempel erfarenhet för att utföra dessa samtal?

Huvudfrågor

Beskriv din upplevelse av specifika samtal med svårt sjuka patienter vid övergången till vård i livets slut.

Om du utför dessa samtal finns det tillfällen då något hindrar dig från att utföra dessa samtal?
Utveckla!.....

Om Du utför dessa samtal upplever du att de påverkar patientens avslut på sitt liv?
Utveckla!

I en framtid, hur skulle du vilja att sjuksköterskans specifika samtal ska göras och av vem?

.....

Övrigt

.....

Om du har frågor eller funderingar hör gärna av dig!

Karin Forsberg, leg sjuksköterska, student vid specialistutbildningen till distriktssköterska, Mittuniversitetet, kafo9500@student.miun.se, tel. 070-266 11 67

Åsa Richardsson, leg sjuksköterska, student vid specialistutbildningen till distriktssköterska, Mittuniversitetet, asri0800@student.miun.se, tel. 070-316 63 76

Handledare: Ulla Näppä, leg sjuksköterska, lektor Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet, ulla.nappa@miun.se, 010-142 82 65

Adress vid brevsvar: Åsa Richardsson, Rådjursstigen 15 837 95 Undersåker

Svar önskas senast den 10:e augusti.

Tack!

Bilaga 3 Informerat samtycke

Förfrågan till sjuksköterskor att delta i studie avseende samtal vid vård i livets slutskede

Inom hemsjukvården vårdas patienter i livets slutskede. Denna studie fokuserar på när vården av patienter övergår till vård i livet slutskede och sjuksköterskors samtal i samband med detta. Samtal som handlar om patientens sista önskan och om hur personen vill ha det i slutet av sitt liv. Sjuksköterskans samtal med patienterna kan ha betydelse för att hjälpa patienten att känna trygghet i sin sista tid och för att nå fram med sina egna tankar och funderingar. Det är viktigt att någon lyssnar på vad patienten har att berätta. Syftet är därför att beskriva sjuksköterskors/distriktssköterskor upplevelser av samtal med patienter när vården övergår till vård i livets slutskede. Studien kan ge ökad kunskap och förståelse för patienten och sjuksköterskans upplevelser.

Frågor via mail är planerade att genomföras med sjuksköterskor, distriktssköterskor eller andra vidareutbildade sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården som har erfarenhet av samtal med patienter i livets slutskede. Ditt namn har vi fått genom din enhetschef som har godkänt genomförandet av studien. Frågorna kommer att skickas till dig via mail och beräknas ta cirka 30 minuter att besvara. Svaren kan mailas tillbaka till oss eller skickas i brev.

Medverkan i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att lämna någon förklaring. All information kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga ingen kommer att kunna identifiera vem som svarat vad i den färdiga rapporten. Om du är intresserad av att delta fyller du i bifogad svarsrapport och mailar den till oss eller mailar om behov av svarskuvert så skickar vi det.

Studien är ett examensarbete inom specialistutbildning till distriktssköterska vid Mittuniversitetet och kommer att publiceras i universitetets databas DIVA.

Kontaktinformation

Vid ev. frågor kring studien är du välkommen att ta kontakt med någon av oss.

Karin Forsberg, leg. sjuksköterska, student vid specialistutbildningen till distriktssköterska, Mittuniversitetet, kafo9500@student.miun.se, tel. 070-266 11 67

Åsa Richardsson, leg. sjuksköterska, student vid specialistutbildningen till distriktssköterska, Mittuniversitetet, asri0800@student.miun.se, tel. 070-316 63 76

Handledare: Ulla Näppä, leg. sjuksköterska, lektor Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet, ulla.nappa@miun.se

Adress vid brevsvar: Åsa Richardsson, Rådjursstigen 15, 837 95 Undersåker

Förfrågan om medverkan i studie

Jag har informerats om studien och tagit del av medföljande skriftlig information och är intresserad av att delta i studien. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Var god kryssa för alternativ enligt din önskan:

- Ja tack, jag önskar delta i studien

- Jag godkänner att bli uppringd för ytterligare information

Namn _____

Adress _____

Telefon _____