



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för Neurobiologi,  
Vårdvetenskap och Samhälle**

Sektionen för Omvårdnad  
Vår- och Höstterminen 2021  
Examensarbete på avancerad nivå, 15 högskolepoäng

---

## **Att tillgodose omvårdnadsbehov hos patienter i ett sent palliativt skede**

En intervjustudie

## **To meet the nursing needs of patients in a late palliative care**

An interview study

Specialistutbildning för sjuksköterskor (inriktning vård av äldre)

**Författare:** **Cecilia Gustafsson  
Anders Kåwe**

**Handledare:** Anne-Marie Boström, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap  
och samhälle

**Examinator:** Hanne Konradsen, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och  
samhälle

# Sammanfattning

**Bakgrund** Befolkningen förväntas leva längre vilket ställer ökade krav på sjukvården och inte minst den palliativa vården. Det visar sig att ålder är en riskfaktor för sämre palliativ vård där gränsen för övergång till palliation ibland kan vara svår att identifiera. Att tidigt identifiera och inleda brytpunktsamtal har visat sig vara gynnsamt för det palliativa vårdförloppet för att inkludera både patient och närstående i planeringen för en god och värdig död. Standardiserade vårdplaner har visat sig vara ett bra stöd i det dagliga arbetet men hur tillgodoses patientens omvårdnadsbehov vid palliativ vård?

**Syfte** Att studera sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård i sent skede och om det tillgodoser den äldre patientens omvårdnadsbehov.

**Metod** Studien utgick från en kvalitativ metod med induktiv ansats. Totalt utfördes sju semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor arbetandes på en geriatrisk medicinavdelning. Det insamlade materialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

**Huvudresultat** Analysen resulterade i tre huvudkategorier *utgå från patienten behov, strukturerat arbetssätt skapar trygghet och värdet av ett fungerande teamarbete.*

**Slutsats** Att arbeta med stöd av nationell vårdplan skapar förutsättning för struktur och kontinuitet vid vård av patienter i den palliativa fasen. Genom regelbunden symtomskattning tillgodoses patientens fysiska omvårdnadsbehov. Stort ansvar ligger på vårdpersonalen för att individanpassa samt inkludera psykiska, sociala och existentiella behov vid den palliativa vården. För att fånga alla aspekter inom den palliativa vården krävs en delaktig vårdgivare med utrymme för etisk reflektion, fortbildning samt kontinuerligt förbättringsarbete.

**Nyckelord** Palliativ vård, geriatrik, nationell vårdplan, erfarenhet, sjuksköterska.

# Abstrakt

**Background** The population is expected to live longer, which places increased demands on healthcare and palliative care. It has been shown that age is a risk factor for poorer palliative care where the limit for transition to palliative care can sometimes be difficult to identify. Early identification and initiation of break-even conversations has proven to be beneficial for the palliative care process to include both patients and relatives in the planning for a good and dignified death. Standardized care plans have proven to be a good support in the daily work, but how are the patient's nursing needs met in palliative care?

**Aim** To study nurses' experiences of working with the support of a national care plan for palliative care in a late stage and if it meets the elderly patient's nursing needs.

**Method** The study was based on a qualitative method with an inductive approach. A total of seven recent in-depth interviews were conducted with nurses working in a geriatric medicine department. The collected material has been analyzed with qualitative content analysis.

**Main results** The analysis resulted in three main categories based on the patient's needs, structured approach creates safety and the value of a functioning teamwork.

**Conclusion** Working with the support of a national care plan creates the conditions for structure and continuity in the care of the patient in the palliative stage. Through regular symptom assessment, the patient's physical care needs are met. Great responsibility lies with the care staff to adapt to the individual and include mental, social and existential needs in palliative care. In order to capture all aspects of palliative care, a participatory care provider is required with room for ethical reflection, further training and continuous improvement work.

**Keywords** Palliative care, geriatric, national care plan, experience, nurse.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Den äldre individen inom vården.....	1
Palliativ vård .....	2
Palliativ vård i livets slutskede .....	3
Standardiserade vårdplaner.....	3
Nationell vårdplan för palliativ vård.....	4
Teoretisk referensram .....	5
Problemformulering.....	6
Syfte .....	6
Metod .....	7
Design .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Intervjuguide .....	7
Genomförande.....	8
Dataanalys.....	8
Etiska övervägande .....	10
Resultat .....	11
Utgå från patientens behov .....	11
Strukturerat arbetssätt skapar trygghet.....	12
Värdet av ett fungerande teamarbete .....	13

Diskussion.....	15
Metoddiskussion .....	15
Kredibilitet .....	15
Pålitlighet .....	16
Överensstämmelse .....	16
Överförbarhet.....	16
Autencitet.....	17
Resultatdiskussion.....	17
Samhälleliga aspekter .....	21
Vårdetiska aspekter utifrån klinisk relevans .....	21
Slutsats .....	22
Förslag på fortsatt forskning .....	22
Självständighetsdeklaration .....	22
Litteraturoversikt.....	23
Bilaga 1. Informationsbrev och samtycke .....	30
Bilaga 2. Intervjuguide.....	31
Bilaga 3. Informationsbrev - deltagare .....	32
Bilaga 4. Samtycke - deltagare .....	33

# Inledning

Människors möjlighet att möta döden på ett värdigt och tryggt sätt genom en god palliativ vård är ojämnt fördelat (Socialstyrelsen, 2011), där alla människor bör få sina behov tillgodosedda oavsett diagnos eller vårdform (Norberg & Ternestedt, 2020). Framtiden står inför utmaningar då gruppen äldre förväntas öka, vilket skapar utmaningar för den palliativa vården och dess utveckling där särskilt äldre individer med långvarig sjukdom anses missgynnas (Ternestedt & Andershed, 2020). Vidare ses en utmaning gällande personal och dess arbetssituation där svårigheter kopplat till den palliativa vården identifierats gällande framför allt personalens känsla av otillräcklighet där etiska konflikter samt moralisk stress lyfts av Åhlin et al. (2015). När livet närmar sig slutet och personen själv inte förmår att uttrycka eller fatta beslut rörande vården, blir personalens förhållningssätt, kunskap och etiska reflektion av stor betydelse i omvårdnaden (Ternestedt & Andershed, 2020).

Det har hänt mycket inom den palliativa vårdens utveckling. Senaste åren har dokument och strukturer utformats som ett stöd i det dagliga arbetet. I de vägledande dokumenten finns bland annat definitioner av centrala begrepp, beskrivning av värdegrund och etiska överväganden i palliativ vård, vilket bör ingå som kunskap för all vårdpersonal (Socialstyrelsen 2016a). Framtiden kommer dock möta nya utmaningar, där den äldre personen har en alltmer central roll.

## Bakgrund

### Den äldre individen inom vården

Åldrandet kan studeras ur biologisk, psykologisk och socialt perspektiv vilket gett upphov till teoribildningar inom området. Åldrandet sker genom en livslång process vilket gör att förändringar som sker genom livet kan ses ur ett helhetsperspektiv (Dehlin & Rundgren, 2014). Åldrandet är en naturlig del av livet och ses därför inte som något sjukligt. Både biologiska och ibland även patologiska förändringar tillkommer vilket kan ställa krav på anpassningar (Beck, 2013).

I Sverige dör omkring 90 000 personer per år (Socialstyrelsen, 2020) varav en tredjedel på sjukhusens vårdavdelningar (Svenska palliativregistret, 2021). I och med förändringar i den demografiska befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre förutsägs behovet av palliativ vård öka kommande år (Socialstyrelsen, 2016b). Den palliativa vården som bedrivs på sjukhus och dess vårdavdelningar anses vara sämre än den som tillhandahålls vid hemsjukvård eller på särskilt boende enligt siffror från Svenska palliativregistret (2021). Detta kan studeras efter registrering av sämre symtomskattning samt lägre andel brytpunktsamtal och mindre andel symtomlindrande åtgärder (Svenska palliativregistret, 2021). Håkansson et al. (2015) betonar att de flesta äldre har önskemål om att få dö hemma, trots det visar samma studie att med bakgrund av dagens demografi och medicinska kunskap sker många dödsfall inom akutsjukvården.

Slutenvården och framför allt akutsjukvården är inriktad på att rädda liv vilket gör att nyanserna mellan liv och död ibland kan vara svåra att identifiera. Den äldre multisjuka patienten kan många gånger ha en oerhört komplex sjukdomsbild som leder till att den

palliativa övergången kan vara svår att identifiera. Detta gör att beslut om palliativ vård inte alltid initieras (Socialstyrelsen, 2016a). Vidare leder det till att den äldre individen inte alltid får den vård som behövs i livets slutskede (Ellershaw & Wilkinson, 2011). Frågor har lyfts om att den palliativa vårdfilosofin inte är riktad till äldre personers döende och död, då den historiskt sett har sin utgångspunkt inom cancervård (Edberg & Andersson, 2020). I ett retrospektivt perspektiv har det identifierats att äldre personer som dött långsamt blivit sämre det senaste veckorna eller månaderna, men inte kunnat identifiera att den är döende förrän personen i fråga anlät till akutmottagningen, och kort därefter avlidit (Törnquist et al., 2013). Ellershaw och Wilkinson (2011) menar att vårdpersonalens kunskap är grundläggande för att identifiera och initiera rätt vård när patienten kommer in i livets slutskede, för att säkerställa god palliativ vård.

Ökad ålder har enligt studier visat sig vara en riskindikator för sämre palliativ vård i livets slutskede, där informationen som tilldelas inför övergången mellan tidig och sen palliativ fas var begränsad eller uteblev helt (Lindskog et al., 2015). Skattningen av uppkomna symtom varierar i grad beroende på ålder där den äldre patienten tenderar att få sina symtom skattade mer sällan än yngre (Pandini, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2016b) var endast var femte patient, 80 år eller äldre inom slutenvården sista levnadsveckan, symtomskattade med ett validerat skattningsskattinstrument. Vidare visar studier att den äldre patienten erhåller i mindre utsträckning farmakologiska insatser trots kunskaper om att symtom och smärtskontroll är den viktigaste faktorn för god palliativ vård (Tan & Cheang, 2016).

Enligt Lunder et al. (2004) kan vårdkvaliteten förbättras genom evidensbaserade och standardiserade vårdplaner där O'Hara, (2011) framhåller att sjuksköterskor, i akuta miljöer, rapporterar ökat förtroende och självförtroende vid arbete med standardiserade vårdplaner vilket resulterar i förbättrad vård.

## Palliativ vård

Döden är något som angår oss alla och i alla tider har människor tagit hand om människor som är på väg att dö efter bästa förmåga (Sundelöf, 2018). Ordet palliativ kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel. Liknelsen bygger på vårdarens värmande kappa att svepa över den sjuke för att lindra lidandet, vilket går hand i hand med målsättningen för den palliativa vården (Widell, 2016). När bot inte längre är möjligt och sjukdomstillståndet förr eller senare kommer att leda till döden sker en övergång till palliativ vård. Den palliativa vården är inte bara en väntan på döden utan snarare ett aktivt arbete där målet är att uppnå bästa möjliga livskvalitet och värdighet för individen i livet slutskede, genom ett strukturerat arbetssätt (Sundelöf, 2018).

Palliativ vård är en vårdform, förhållningssätt och kompetensområde där syftet är att tillgodose patientens behov när sjukdom eller ålder är oåterkallelig (Socialstyrelsen, 2016a). Vården bygger på ett helhetsperspektiv där individens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov bör tillgodoses där WHO definierar palliativ vård som

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom (Världshälsoorganisationen [WHO], 2017).

Helhetsperspektivet bygger på att både patient och närstående involveras och blir delaktiga i vården där både önskemål och förmågor tillgodoses (Socialstyrelsen, 2016a). Vården utgår från det fyra hörnstenarna symtomlindring, kommunikation, teamarbete och närståendestöd som ger en riktning för vården, för att uppnå en helhetssyn och symtomkontroll. I tillägg krävs tydliga mål och en tydlig ansvarsfördelning inom teamet (Socialstyrelsen, 2016b).

Vid palliativ vård skapas starka band mellan vårdare och patient. Den terapeutiska relationen anses central där patienten så långt det är möjligt vill fortsätta ha kontroll över sitt liv (Johnston & Smith, 2006). För att uppnå god livskvalitet och en god relation mellan vårdare och patient är det av stor vikt att introducera begreppen kring palliativ vård så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet (Reiner-Kirkham et al., 2016; van der Padt-Pruijsten et al., 2021). Samtalet kring livet och döden bör främjas för att undvika uppkomsten av svåra frågor i det akuta skedet, eller till och med när det är för sent (Downar et al., 2019).

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal som förs mellan ansvarig läkare och patient där innehållet i den fortsatta vården diskuteras, vilket tar en riktning mot patientens tillstånd, behov samt önskemål (Socialstyrelsen, u.å.). Det har visat sig att sjuksköterskan har en alldeles speciell plats och är den yrkeskategori som står patienten närmast, vilket visar på vikten av förtroendet mellan vårdare och patient samt betydelsen av sjuksköterskans närvaro (Schroeder & Lorenz, 2018).

## Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård avser all vård som inte är kurativ, det vill säga inte enbart vården i livets slutskede (Glimelius, 2012). Den *tidiga palliativ fasen* talar om när det fortfarande är möjligt att fördröja sjukdomen och förlänga livet samtidigt som optimering av symtomlindring och livskvalitet sker. *Sen palliativ fas* börjar när det inte längre är ett rimligt mål att begränsa eller fördröja progressionen av sjukdomsförloppet. I denna fas ligger fokus på symtomlindring med bästa möjliga livskvalitet som utgångspunkt. Till sist inträder livets slutskede eller dödsfasen där målet är symtomlindring och en värdig och god död (Socialstyrelsen, 2016b).

Övergångarna mellan de olika faserna för den palliativa vården är sällan tydliga utan uppstår snarare gradvis där vårdgivaren bör vara observant på att vården behöver skifta läge (Sundelöf, 2018). Indelningen för de olika faserna har sin utgångspunkt inom cancervården men har även kommit att användas inom andra områden för att identifiera övergången till det olika faserna (Socialstyrelsen, 2016b). Murray et al. (2005) beskriver att förloppet ser olika ut beroende på sjukdom, där kroniska sjukdomar ofta är svårare att urskilja i jämförelse med cancersjukdomar som har en mer distinkt övergång i förloppet vilket gör att en brytpunkt är möjlig att identifiera (Murray et al., 2005). Vården bär ett ansvar att varken skynda på eller fördröja döden (Världshälsoorganisationen [WHO], 2017).

## Standardiserade vårdplaner

Standardiserade vårdplaner (SVP) som internationellt vanligen benämns 'clinical pathway' har sitt ursprung i individuella vårdplaner (IVP) där vissa vårdproblem hos homogena patientgrupper förefaller följa ett likvärdigt vårdförlopp. SVP har till syfte att effektivisera, kvalitetsförbättra och öka patientsäkerheten där SVP fungerar som ett redskap för att öka användandet av evidensbaserade vårdåtgärder, bidra till likvärdig vård samt effektivisera journalföringen (Edlund & Forsberg, 2013). SVP har visat sig vara ett bra hjälpmedel för oerfarna sjuksköterskor för att upprätthålla god struktur och vårdkvalitet (Sleeman et al., 2015). Dahm & Wadensten (2008) framhåller gynnsamma effekter med användandet av SVP



men påpekar samtidigt regelbunden utbildning och utvärdering som central. Att skapa tydlighet och struktur i hur vården bedrivs anser Sleeman et al. (2015) viktigt samt att omvårdnaden sker konsekvent. Jansson et al. (2010) påvisar dock att sjuksköterskor som använde SVP visade mindre kritiskt tänkande, samtidigt som ett tydligare omvårdnadsperspektiv kunde identifieras. Det är av stor vikt att den kliniska blicken inte försummas (Sleeman et al., 2015). Genom en utarbetad plan, som bygger på både evidens och klinisk erfarenhet inom en specifik patientgrupp, kan stor nytta genereras, både för personal och patient (Edlund & Forsberg, 2013). Reinke et al. (2018) menar att standardiserade vårdplaner är ett effektivt sätt att samordna vården, kommunicera och fördela resurser för att förbättra tillgången till samt öka kvaliteten på vården. Detta leder till en förbättrad livskvalitet för vårdtagaren. Dock bör vården utgå från ett personcentrerat förhållningssätt (Kristensson Ugglå, 2020), vilket understryker vikten av att SVP inte ska ses som en ordination utan snarare som en evidensbaserad rekommendation för att uppnå målen för en gynnsam vård (Edlund & Forsberg, 2013), där Lind (2018) menar att SVP stärker vårdkvaliteten genom att kombinera olika evidens. Vid stora sjukdoms- och behandlingsgrupper finns nationella standardvårdplaner utformade (Lind, 2018), vilket bygger på samma grund som SVP men lyfts till en nationell nivå. Nationella vårdprogram har främst funnits inom cancervården, där det infördes brett 2015 för att öka vårdens effektivitet med kortare vårdtider och mer nöjda patienter, men framför allt fanns behovet av att minska regionala ojämlikheter (Wilkens, 2016).

## Nationell vårdplan för palliativ vård

Palliativ vård är lika samhällsviktig som akutsjukvård, dock uppfylls inte detta, då den palliativa vården anses vara eftersatt (Lind, 2018). Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) är utarbetad utifrån *kunskapsstödet för palliativ vård, vårdprogrammet för vård i livets slutskede* och är en vidareutveckling av *Liverpool Care Pathway, LCP*, med anpassning till svensk hälso- och sjukvård (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016). NVP är framtagen av *Palliativt Utvecklingscentrum i Lund i samarbete med Sveriges regionala cancercentrum (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016; Socialstyrelsen, 2016b)*.

NVP, är ett stöd för vårdpersonal att identifiera, bedöma och åtgärda patientens behov vid palliativ vård vilket grundar sig i WHO:s och Socialstyrelsens riktlinjer för god omvårdnad av den palliativa patienten. Stödet är till för att oavsett var en patient vårdas skall den palliativa vården ske på samma villkor under strukturerade former. I NVP beskrivs omfattningen av palliativ vård vilket inte bara utgår från cancersjukdom. Standardiserade vårdförlopp ska ses som en guide som fortlöpande följs upp och förbättras (Di Leo et al., 2015; Dobson, 2017; Lind et al., 2018) där van der Padt-Pruijsten et al. (2021) belyser vikten av riktad fortbildning för att teamet ska fungera optimalt.

NVP utgår från att den grundläggande omvårdnaden inte ska kunna förbises och att värdegrunden närhet, helhet, kunskap och empati följs. En fördel med NVP är att personalen får påminnelser om vad som skall utföras för att tillgodose patientens behov för att uppnå god livskvalitet, där ett fokusområde i NVP är symtomskattning med tillhörande symtomlindring. Genom användandet av NVP stärks även närståendes delaktighet och livskvalitet (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016; Socialstyrelsen, 2016b). Att samtidigt använda kvalitetsregister hjälper till att upprätthålla god vårdkvalitet (Sveriges kommuner och regioner, 2021). Värdet av teamarbetet betonas i NVP där det är ett bra stöd i påminnelsen om ett interprofessionellt arbetssätt (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016; Socialstyrelsen, 2016b). Studier har visat en

tydligare ansvarsfördelning samt ett underlättat samarbete vid användandet av standardiserade SVP (Bjurling-Sjöberg et al., 2014).

NVP är indelad i flera delar. Första delen (1) *bedömning av palliativt vårdbehov* handlar om att bedöma patientens behov av vård. Andra delen består av (2) *beslutstöd för palliativ vård* samt (2D) *utökat beslutstöd för den döende människan* vilket utgår från att tillgodose patientens omvårdnadsbehov genom att använda de beslutstöd och checklistor som finns att tillgå. Tredje och sista delen (3) *efter dödsfallet* behandlar omhändertagandet efter döden, både av patient och närstående. (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016; Socialstyrelsen, 2016b).

Denna studie utgår från del 2D i NVP *utökat beslutstöd för den döende människan* och *vårdåtgärder för den döende människan*. Denna del används när patienten bedöms vara döende med förväntad död inom de närmsta dagarna. NVP tar i detta sammanhang upp vikten av att bedöma och åtgärda patientens grundläggande behov. Detta görs genom kontinuerlig bedömning av statusområden såsom munhälsa, trycksår och smärta med efterföljande åtgärd och uppföljning. Med aktuellt underlag kan viktiga symtom samt statusområden identifieras och kontinuerligt bedömas. Vårdåtgärderna ligger till grund för teamets arbete kring patienten och fungerar som ett underlag för det patientnära arbetet (Palliativt Utvecklingscentrum, 2016).

## Teoretisk referensram

*De 6 S:n* är en modell och ett förhållningssätt för personcentrerad palliativ vård. Modellen tydliggör kärnan i den palliativa vårdfilosofin där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov inkluderas och påverkar varandra. Vården bör utgå från vetenskapliga och beprövade erfarenheter samt inkludera patient och närstående till att aktivt delta för att skapa goda förutsättningar för en personcentrerad vård. Alla s i modellen är inte aktuella för alla personer utan kan variera över tid och vart i den palliativa processen patienten befinner sig (Ternestedt et al., 2017).

*Självbild* utgör det första och mest centrala s:et i modellen vilket det övriga s:en relateras till. Självbilden utgår från personens sätt att se på sig själv och sin livssituation. Delen inkluderar även vem personen är i relation till andra där självbilden är beroende av hur personen blir bemött. *Självbestämmande* innefattar personens förmåga till självbestämmande i vardagen. Vi sjukdom som påverkar kognitionen eller vid sen palliativ vård är det av stor vikt att veta vem som ska fatta beslut när personen själv inte kan eller orkar. *Sociala relationer* innebär främjande av sociala relationer som anses viktiga för personen. Genom möjliggörandet av att skapa och bibehålla relationer kan uppfattningen av självbilden stärkas. *Symtomlindring* relateras till personens fysiska symtom och dennes kroppsliga omvårdnad där symtomlindringen utgår från personens vilja, önskemål och egna strategier. *Sammanhang* står för det 5:e s:t och genom en tillbakablick på livet där reflektion och existentiella frågor ges utrymme kan sammanhang skapas. *Strategier* är personens förmåga att förhålla sig till sin sjukdom och den begränsade tiden kvar i livet där vården bör möjliggöra och stötta personen genom vetskap om dess strategier (Hench & Österlind, 2019; Ternestedt et al., 2017; Österlind & Hench, 2020).

## Problemformulering

I Sverige väntas en åldersförskjutning vilket gör att vi lever längre. Detta kommer ställa ökade krav på sjukvården och inte minst den palliativa vården, där ökad ålder har visat sig vara en riskfaktor för sämre palliativ vård. Akutsjukvården fokuserar främst på den kurativa behandlingen snarare än övergång till palliativ vård, vilket gör att gränsen ibland kan vara svår att identifiera. Den äldre individen drabbas ofta av allmän avtackling där orsaken sällan utreds, dock tar behandlingen ofta en ny riktning där palliativ behandling sällan lyfts. Tidigare studier visar att en tidig introduktion av palliativ vård med tydliga brytpunktssamtal är av värde för ett gynnsamt palliativt vårdförlopp där standardiserade vårdplaner kan vara ett bra stöd i det dagliga arbetet. Men hur säkerställs patientens omvårdnadsbehov genom att arbeta med stöd av nationell vårdplan för palliativ vård?

## Syfte

Syftet är att studera sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård i sent skede och om det tillgodoser den äldre patientens omvårdnadsbehov.

# Metod

## Design

För att studera om sjuksköterskan kan tillgodose den äldre patientens omvårdnadsbehov, med stöd av NVP, valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Den kvalitativa forskningen har sin utgångspunkt i den holistiska traditionen och utgår från att fånga den subjektiva upplevelsen av ett fenomen såsom den erfars. Genom denna metod är forskaren delaktig i att forma studien tillsammans med informanten i den kontext som studien bedrivs (Henricson & Billhult, 2017). Den information som insamlades genom intervju blev föremål för analys och tolkning för att försöka komma fram till en ömsesidig förståelse. Informanternas upplevelse av fenomenet tolkades och genom noggrann innehållsanalys av framkomna data drogs slutsatser som beskrev fenomenet så korrekt som möjligt. Framkomna data ställdes sedermera mot den teoretiska referensramen *De 6 S:n* i studiens resultatdiskussion. Att ha i åtanke kring den induktiva ansatsen är forskarens förförståelse inom området. Dock krävs en del kunskap om studieobjektet för att kunna formulera en relevant forskningsfråga och syfte (Henricson & Billhult, 2017).

## Urval

Studien har genomförts genom intervjuer av sjuksköterskor på en geriatrisk medicinsk vårdavdelning på ett medelstort sjukhus i Mellansverige. Denna avdelning bedriver palliativ vård i livets skede och personalen arbetar med stöd av NVP. Valet av denna avdelning skedde genom ett bekvämlighetsurval. Informationsbrev och forskningspersonsinformation skickades till enhetschefen för att få ett godkännande för att få utföra studien på avdelningen, se bilaga 1.

Urvalet utgick från att alla informanter hade erfarenheter av fenomenet som skulle studeras och var kapabla att uttrycka hur fenomenet upplevts (Polit & Beck, 2021). Inklusionskriterier för studien var sjuksköterskor anställda på aktuell avdelning med minst ett års yrkeserfarenhet samt erfarenhet av att arbeta med stöd av NVP. Exklusionskriterier var nyanställda sjuksköterskor som arbetat mindre än ett år samt ej hade någon erfarenhet av att arbeta med stöd av NVP. Detta för att informanterna skulle ha en trygghet i sin yrkesroll där studieförfattarna av egen erfarenhet vet att det är mycket ta in och bearbeta under första året som nyexaminerad sjuksköterska. Även anställda som varit föräldralediga eller tjänstlediga senaste året exkluderas.

## Datainsamling

### Intervjuguide

Tematisering av forskningsfrågorna och de område som ska undersökas kräver planering där frågorna bör utgå från varför, vad och hur (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuguiden utformades med stöd från den valda teoretiska referensramen *De 6 S:n* i kombination med studieförfattarnas förkunskap inom området. Genom denna utformning samt med vald analysmetod ämnade intervjuguiden fånga studiens syfte, se bilaga 2. Studieförfattarna ville eftersträva ett spontant förlopp i intervjun för att öka sannolikheten att fånga ett rikt svar från deltagarna, samtidigt som en röd tråd eftersträvades för att underlätta analysen av framkomna data (Kallio et al., 2016; Polit & Beck, 2021). För att få en överblick på tidigare erfarenhet

inleddes intervjun med en fråga om vad informanterna hade för värderfarenhet och hur länge informanter arbetat som sjuksköterska samt deras ålder. Kommande frågor utgick ifrån en öppen hållning då frågor som gav ja eller nej som svar undveks för att fånga en bredare bild av personens upplevelse av fenomenet (Polit & Beck, 2021). Intervjuguiden innehöll även sonderande frågor såsom hur, kan du berätta mer, på vilket sätt för att få utvecklade svar på frågorna (Kvale & Brinkmann, 2014).

För att säkerställa att frågorna fångade det de var ämnade att göra utfördes en "pilotintervju" samt samtal med en sjuksköterska som varit med och utformat, samt utbildad personal inom NVP på det aktuella sjukhuset. Efter pilotintervjun genomfördes revidering av intervjuguiden med både kompletterande frågor samt omformulering av befintliga frågor för att förtydliga dessa.

## Genomförande

Informanterna tillfrågades på den aktuella avdelningen genom en kort muntlig information om studiens syfte, dess innehåll, hur intervjun skulle gå till, hur materialet skulle behandlas, sekretess, användande av mobiltelefon för inspelning samt hur lång tid som var avsatt för intervjun. Om den tillfrågade inkluderades i studien erhöles ett informations- och samtyckesbrev, se bilaga 3 och 4.

Intervjuerna utfördes på aktuell avdelning i ett avskilt samtalsrum, detta för att undvika omkringliggande element som kunde störa. Studieförfattaren och informanten placerades mitt emot varandra för att kunna avläsa kroppsspråk och mimik samt skapa förutsättning för ett optimalt ljudupptag. Avsatt tid för intervjun var 40 minuter.

Varje intervju introducerades med en kort presentation med genomgång av studiens syfte samt inhämtande av skriftligt samtycke. Informanten erhöles även information om att intervjun när som helst kunde avbrytas om så önskades. Materialet spelades in med hjälp av ett ljudinspelningsprogram på telefonen. Detta då anteckningar tenderar att vara ofullständiga och även kan vara färgade av intervjupersonens värderingar. Vidare kan informanten distraheras vid samtidig anteckning vilket försvårar flödet av frågor som utgår från ett uppmärksamt lyssnade för att forma följdfrågor (Polit & Beck, 2021).

Eftersom en av studieförfattarna har koppling till den aktuella avdelningen utförde endast den andra författaren intervjuerna för att undvika störfaktorer (confounding) eller att en jävsituation uppstod. Då intervjuerna utfördes under informantens ordinarie arbetstid fanns studieförfattaren med koppling till avdelningen behjälplig att gå in och hjälpa till med arbetsuppgifter, för att minska eventuell stress hos informanterna under tiden för intervjun.

## Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004), vilket är den vanligast förekommande analysmetoden för bearbetning av kvalitativa data. Syftet med den kvalitativa innehållsanalysen är att studera texten i sin helhet och därigenom identifiera variationer och mönster, som skapar bärande begrepp som sedermera leder till olika kategorier och teman. Genom analysprocessen ämnade studieförfattarna att försöka nå en djupare förståelse i sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med stöd av NVP i den sena palliativa fasen och om det tillgodoser den äldre patientens omvårdnadsbehov, genom tolkningar av text och verbala uttryck (Polit & Beck, 2017). Vidare valdes en induktiv ansats

vilket innebär en förutsättningslös analys av texten som baseras på informantens berättelse om sina upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004).

De inspelade intervjuerna fördelades mellan båda studieförfattarna och transkriberades i direkt anslutning till avslutad intervju. Vid transkriberingstillfället tilldelades varje informant ett nummer för att avidentifieras. För att förtydliga och förstärka informanternas berättelse transkriberades även gester och särskilda händelse såsom pauser. Totalt gav transkriberingen 35 sidor material som låg till grund för granskningen. Materialet lästes och lyssnades igenom av båda studieförfattarna för att komplettera varandra innan analysprocessen påbörjades. När transkriberingen var färdigställd lästes intervjuerna flera gånger för att finna de bärande begreppen, detta för att undvika missförstånd. Enligt Polit och Beck (2021) är det av vikt att göra stödanteckningar och markeringar i transkriptionerna för att finna de bärande begreppen.

Inledningsvis bearbetades texten systematiskt för att bryta ned den stora textmassan i mindre delar. Därefter klassificerades data för att urskilja mönster och teman. Genom upprepade genomläsningar identifierades meningsbärande enheter som svarade till studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter bearbetades för att inte utgöra för stora meningsenheter och därmed riskera att rymma flera betydelser, där delar av innehållet riskerade att gå förlorat. De framkomna meningsbärande enheterna som bestod av stycken av texten utgjorde grunden för analysen. Efter att ha kondenserat de meningsbärande enheterna till mindre delar, utan att förlora dess centrala innehåll, framkom det koder som sedermera ledde fram till kategorier.

Analysprocessen är ingen linjär process utan arbetet sker fram och tillbaka mellan hela och delar av texten för att komma fram till koder, underkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Studieförfattarna har under hela arbetet försökt ha en förutsättningslös hållning till texten där studieförfattarna växlade mellan närhet och distans och blev därmed medskapare i forskningsprocessen.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen: från meningsbärande enhet till huvudkategori

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
<i>Ja, men att behöva påtala det lite varje gång, uppfinna hjulet varje gång, nu har vi redan en checklista och man ser det... att då är det givet vad som ska göras</i>	<i>Påtala varje gång</i>	<i>Upprepa</i>	<i>Kontinuitet</i>	<i>Strukturerat arbete skapar trygghet</i>
	<i>Uppfinna hjulet varje gång</i>			
	<i>Vi har redan checklista</i>	<i>Checklista</i>	<i>Tydlighet</i>	
<i>Veta vad som ska göras</i>				

## Etiska övervägande

Detta arbete krävde ingen etisk prövning enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor då det ingår inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor, 2003). Studien har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002).

Patienter som erhåller palliativ vård befinner sig i ett skört tillstånd och är därför svåra att inkludera i studier vilket gjort att studien utgick från sjuksköterskans perspektiv. Polit och Beck (2021) påtalar vikten av att vinsten för patienten ska vara större än lidandet vid deltagande i studier av sköra patientgrupper.

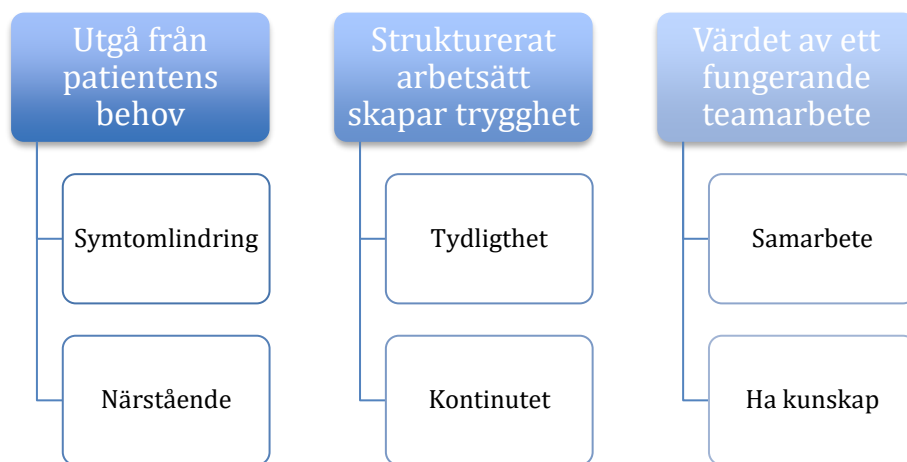
Informanterna erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte samt informerades om att deltagandet bygger på frivillighet, där deltagande när som helst kan avbrytas, utan krav på att uppge orsak. Allt insamlat behandlades konfidentiellt vilket innebar att deltagarna avidentifieras i enlighet med bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (Offentlighets- och sekretesslag, 2009; Vetenskapsrådet, 2002). För att tillgodose detta erhöll informanterna ett nummer för att avidentifieras. Datahanteringen förvarades säkert och var oåtkomligt för andra än studieförfattarna. Det insamlade materialet användes endast till det som det var avsett att användas till, vilket gjorde att nyttjandekravet upprätthölls. Individskyddskravet upprätthölls genom att medverkande för studien skyddades från skada och kränkning och fick information om detta genom ett informationsbrev. Utifrån ämnesområdet kring palliativ vård gjordes etiska överväganden då frågor som rör ämnet eventuellt kan framkalla känslor som stress, sorg eller andra negativa associationer. Vissa frågor kan även skapa en personlig koppling som kan vara svåra att hantera vilket föranledde information om vart informanterna kunde vända sig om frågor eller behov av stöd uppstod.

Forskningsetik belyser område kring forskarens roll där denna bör ha ett moraliskt ansvar för den framkomna kunskapen. Vidare har forskarens integritet en bärande roll där dennes kunskap, erfarenheter, hederlighet och rättrådighet är avgörande i mötet. För att förutse eventuella etiska överträdelser måste forskaren ha en grundläggande kunskap inom området, dock får detta inte färga resultatet genom forskarens förförståelse (Kvale & Brinkmann, 2014).

# Resultat

Resultatet baserades på analysen av sju intervjuer och redovisas nedan genom tre huvudkategorier och sex underkategorier. Informanterna var verksamma sjuksköterskor på en geriatrisk medicinavdelning med en yrkeserfarenhet mellan 3 och 30 år. Informanterna var kvinnor med ett åldersspann mellan 34 och 54 år. Intervjuernas längd varierade från 16 till 30 minuter. En av informanterna hade specialistutbildning *Vård av äldre*, de övriga hade endast grundutbildning för sjuksköterskor. Ingen av informanterna påverkades av studieförfattarna eller fick förhandsinformation om intervjuguidens frågor. Informanterna kommer i studiens resultat benämnas som sjuksköterskor för att bevara närheten i texten.

Figur 1: Framkomna huvudkategorier och underkategorier



## Utgå från patientens behov

Underkategorier var *symtomlindring* och *närstående*.

Att utgå från patientens behov ansågs av sjuksköterskorna som en självklarhet genom att se till patientens bästa och att denna skulle vara symptomfri. Detta kunde ske genom enklare omvårdnadsåtgärder såsom lägesändring eller munvård. Att använda omvårdnadsåtgärder istället för rent medicinska åtgärder framkom som en viktig del där små justeringar kunde ge stor effekt på patientens symptom. Läkemedel eller omvårdnadsåtgärder skulle inte utföras bara för att det följer rutinen för palliativ vård, utan de skulle verkligen gagna patienten, vilket belystes i svaren där sjuksköterskorna påtalade vikten av att se till patientens behov.

*“Några blev palliativa men har inte lika stort behov av läkemedel och några har väldigt stort behov... Och sen beror det på vändscheman och så som kan bli tätare beroende på hur skör patienten är...” (Intervju 3)*

Symtomskattning och vårdåtgärd utfördes som regel var 4:e och var 12:e timme enligt NVP vilket gjorde att patienten kunde vara ensam under flera timmar. Betydelsen av närvaro vid palliativ vård belystes genomgående, vare sig det rörde närvaro av personal eller närstående. Närvaron kunde vara med inslag av fysisk kontakt eller bara genom att någon befann sig i rummet. En sjuksköterska påtalade att vak ordinerats på tidigare arbetsplatser inom



kommunal verksamhet men det fanns varken tid eller resurser till det på det aktuella sjukhuset. Bristen på närstående vid patientens sida kunde leda till ökad ångest och oro.

*“...och att de blir vända, att man gör munvård, det tycker jag är viktigast. Att man är där liksom, att man klappar lite på dem och pratar med dem och så...” (Intervju 5).*

Sjuksköterskorna påtalade vikten av att inte glömma bort närstående i sammanhanget och se dem som en resurs, där närstående fungerar som patientens förlängda arm. Genom deras delaktighet skapades möjligheter att kunna utforma och anpassa vården. Deras information sågs som ett komplement till NVP där närstående kunde fånga upp sådant som vården missar för att skapa förutsättningar för en personcentrerad vård. Det kunde handla om till exempel dagliga rutiner, lägesplacering i sängen eller om patienten tyckte om att ha ljud omkring sig.

*“Vem är personen bakom när man inte själv kan uttrycka sig kanske, ibland kan de göra det men det är inte det vanligaste...” (Intervju 7)*

Det var av stor vikt att i ett så tidigt skede som möjligt försöka få patienten och närstående informerade om vad övergången till den palliativa fasen innebar. Detta nämnde flera av de intervjuade sjuksköterskorna i sina svar. En tidig och tydlig övergång skapar förutsättningar att utforma vården tillsammans med patient och närstående. En av sjuksköterskorna lyfte att i mångt och mycket talar sjukvården om personcentrerad vård men vid palliativ vård blir närståendes delaktighet än viktigare, där sjuksköterskan bör inta en mer familjecentrerad inriktning för att tillgodose allas behov. Sjuksköterskornas erfarenhet av att tidigare arbeta med standardiserade vårdplaner gav intrycket att det ofta saknade omvårdningsfokus, där patientens och närståendes önskan många gånger åsidosattes eller glömdes bort. Dock påtalade sjuksköterskorna att de ansåg att NVP vid palliativ vård fångade patientens behov på ett bra sätt men att ett stort ansvar låg hos vårdpersonalen.

## Strukturerat arbetssätt skapar trygghet

Underkategorier var *tydlighet* och *kontinuitet*.

Struktur och ett strukturerat arbetssätt ansågs som en fördel med att arbeta utifrån NVP, vilket var återkommande under intervjuerna. Sjuksköterskorna gav uttryck för en tydligare övergång till palliativ vård genom vårdplanens struktur med krav på brytpunktssamtal samt efterföljande dokumentation av ansvarig läkare. Sjuksköterskorna upplevde även en ökad tydlighet i arbetet med patienten samt vid kommunikationen med närstående. Både patient, närstående samt personal visste vilken vård som skulle bedrivas där fokus skulle ligga på palliation och patientens upplevda livskvalitet.

*“Det känns som att det varit lite flytande innan, att nu sätter man in palliativ medicin men så blir det liksom så där otydligt om vart man faktiskt står. Jag tycker att det gör att det blir mer strukturerat och framför allt blir det tydligt. Det blir mer tydligt när vi går över i den här fasen” (Intervju 1).*

Kontinuerlig dokumentation vid varje omvårdnadstillfälle skapade en tydlighet i att kunna följa och utvärdera insatta omvårdningsåtgärder. Sjuksköterskorna uppgav att en del läkare sällan eller nästan aldrig använde dokumentationsmallen för bedömning eller utvärdering av exempelvis smärtlindring. Mallen fungerade mer som ett verktyg som riktade sig till undersköterskans och sjuksköterskans arbete kring patienten.

*“Dokumentationen blir ju skillnaden, att du kan ju följa exempelvis poängen och se om det hjälper eller inte när de får smärtlindring till exempel” (Intervju 4).*

En helhetsbedömning av patientens och närståendes behov skapade en struktur för arbetet vilket innan införandet vid NVP lätt kunde glömmas bort då det inte fanns fasta tider för omvårdnad. Genom att arbeta utifrån förutbestämda tider samt checklistor vid symtomskattning visste omvårdnadspersonalen när bedömningen skulle användas, vilket skapade en kontinuitet. Deltagarna ansåg att detta genererade en trygghet i att omvårdnaden blev utförd samtidigt som patienten fick sina omvårdnadsbehov tillgodosedda regelbundet. Tiderna skapade även naturliga utrymmen för avstämningar med närstående.

*“Ja, men att behöva påtala det lite varje gång, uppfinna hjulet varje gång, nu har vi redan en checklista och man ser det, att då är det givet vad som ska göras. Alltså det känns ju tryggare på något vis, att patienten glöms inte bort” (Intervju 5).*

Sjuksköterskorna lyfte uppföljning av insatta omvårdnadsåtgärder som en tidigare svaghet där dessa nästan aldrig utfördes eller dokumenterades. Efter införandet av NVP kunde sjuksköterskorna tydligare följa omvårdnadsprocessen där utvärderingen och dess dokumentation inkluderades fortlöpande. Dock lyfte en sjuksköterska att målet med den palliativa vården sällan dokumenterades men menar samtidigt att detta är underförstått. Vidare framhöll sjuksköterskorna kontinuiteten som en fördel för närstående där dessa visste att patienten fick tillsyn och omvårdnad regelbundet, framför allt i pandemitider där vissa närstående inte hade möjlighet att närvara rent fysiskt.

Dokumentationsmallen som NVP utgick ifrån inkluderade de vanligaste symtomen vid palliativ vård såsom smärta, trycksår och urinproduktion vilket framhölls som en fördel. Detta lyfte sjuksköterskorna som en stor hjälp för att kunna tillgodose patientens omvårdnadsbehov, framför allt till den personalen med liten erfarenhet av palliativ vård. Sjuksköterskorna med mer erfarenhet av palliativ vård ansåg att de gav likvärdig vård utan stöd av NVP, men framhöll vikten av att alla bedömde samma parametrar vilket gynnar patienten i slutändan. En nackdel som framkom var ytterligare dokumentation som bedömdes som ett extra moment i det dagliga arbetet.

## Värdet av ett fungerande teamarbete

Underkategorier var *samarbete* och *ha kunskap*.

Teamet, som åsyftades av deltagarna, inkluderade läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Sjuksköterskorna diskuterade införandet av nya arbetsmetoder där de menar att det finns de som går lite före, de som går i mitten och så finns det bakåtsträvare, men alla fyller sin funktion.

*“Det finns alltid motsträviga kollegor, när man väl får dem med på tåget riktas energin mot något större” (Intervju 7).*

Genom att arbeta med stöd av NVP fanns det önskemål om att sträva åt samma håll för patientens bästa, dock upplevde sjuksköterskorna att olika läkare hade olika filosofier. Vissa var medicinskt inriktade där sjuksköterskorna påtalade att de ville rädda, rädda, rädda till varje pris medan andra läkare hade ett helhetsperspektiv och såg till patientens bästa. Samarbete mellan yrkeskategorier underlättades när NVP fanns att utgå ifrån vilket ansågs

som en vinst. Införandet av NVP gjorde att samtliga inom arbetsteamet måste förhålla sig till samma vårdnivå.

*“Ja, vissa då kommer det en ny doktor som gasar och så är det någon annan i laget som vill bromsa och man försöker sträva åt samma håll då” (Intervju 3).*

Sjuksköterskorna ansåg att NVP hjälpte till att identifiera omvårdnadsbehov där alla professioner strävar åt samma håll, även om det inte alltid gjordes samma bedömningar. Undersköterskorna utförde en stor del av symtomskattningarna i samband med omvårdnad och upplevdes ibland sakna helhetsbilden av patienten och utgick ofta från ett uppgiftsorienterat förhållningssätt. Det påtalades att både kunskap och erfarenhet kunde skilja sig åt i teamet men genom NVP fanns det något att utgå ifrån vid omvårdnaden.

*“Det beror alldeles på vilka man jobbar med, hur mycket samlade erfarenheter finns för dagen, för stunden...” (Intervju 4).*

Flera av intervjuerna behandlade styrkan med att arbeta med stöd av checklistor som inkluderade validerade bedömningsinstrument. Detta skapade bättre förutsättningar för att utvärdera insatta omvårdnadsåtgärder. Bedömningen kunde skilja sig åt, då den bygger på en subjektivitet hos en enskild medarbetare. En sjuksköterska framhöll att det framkommit svårigheter i att använda validerade bedömningsinstrument om vanan saknades, vilket gjorde att poängen ibland kunde variera beroende på vem som utfört bedömningen. Dock framhölls vikten av tillit inom teamet.

*“Nej, så är du där så får den en nolla eller etta liksom, så fem minuter senare så får den en femma...då är det betraktarens ögon som har sett olika tänker jag (Intervju 6). För ett tag så blev det så att det var aldrig någon patient som fick ett endaste poäng, alltså de mådde jättebra hela tiden och det tror vi ju inte riktigt på” (intervju 4).*

Sjuksköterskorna upplevde sig ha bättre kunskap om den palliativa vården genom den utbildning vårdpersonalen genomgått vid införandet av NVP. Bristen på regelbunden fortbildning framhöll deltagarna som en nackdel där det fanns önskemål om korta uppfräschningar, diskussioner samt etisk reflektion. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns möjlighet att ta hjälp inom arbetslaget där det framhölls att det ingick i deras profession att handleda undersköterskan, dock låg det på undersköterskans ansvar att fråga om hjälp om denne inte visste hur bedömningen skulle genomföras. En mer generell utbildning för palliativ vård var önskvärd då kunskapen ansågs som en färskvara.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Studien utgick från ett kvalitativt perspektiv för att studera sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård i sent skede och om det tillgodoser den äldre patientens omvårdnadsbehov. Detta då den palliativa vården kan vara svår att studera utifrån patientens sköra läge. Genom semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod fångas sjuksköterskans livsvärld. Informanterna utgjorde en homogen grupp bestående av enbart kvinnor, men utifrån ålder och yrkeserfarenhet fanns ändå en variation mellan deltagarna. Detta anser studieförfattarna stärker resultatet då det ger en varierad syn vid arbete med stöd av NVP utifrån livs- och yrkeserfarenhet. Informanterna speglar verkligheten då sjuksköterskeyrket är ett kvinnodominerat yrke. För att få en större spridning är en bredare population önskvärd då alla sjuksköterskor arbetade på samma avdelning.

Att utföra intervjuer är en konst som kräver träning. Genom denna vetenskap upplevde studieförfattarna att insamlingen av materialet blev både lättare och bättre vartefter att arbetet fortskred. Detta belyser vikten av ett noggrant förarbete med pilotintervjuer både för att studera materialet och kvaliteten på intervjufrågorna likväl för att studera och utvärdera intervjutekniken. Innan aktuell studie utfördes en pilotintervju där fler pilotintervjuer hade varit önskvärdt. Eftersom en av studieförfattarna har koppling till aktuell avdelning utfördes intervjuerna endast av den andra. En styrka kan ses som att alla intervjuer följde samma mönster medan en nackdel kan utgöras av möjligheten att fånga upp större variation i svaren och därmed upplevelsen av att arbeta med stöd av NVP. Vidare fördes diskussioner om att intervjuerna utfördes på informanternas arbetstid där studieförfattarna ansåg det lättare att inkludera deltagare, samtidigt som en stress för att hinna tillbaka till sina arbetsuppgifter kan ses som en nackdel. Ordvalen under intervjuerna har också diskuterats där dessa kan påverka hur rikt svar som erhöles vilket i sin tur leder till en tydligare analysenhet.

Vid en studie med kvalitativ metod tillämpas begreppet trovärdighet (trustworthiness). Begreppet består av flera delar som tillsammans skapar ett ramverk för studiens kvalitet och trovärdighet. Lincoln och Guba (1985) redogör för fem kriterier för att bedöma studiens trovärdighet (trustworthiness); kredibilitet (credibility), pålitlighet (dependability), överensstämmelse (confirmability), överförbarhet (transferability) och autenticitet (authenticity) (Polit & Beck, 2021).

### Kredibilitet

Genom forskningsprocessen har studieförfattarna haft som ambition att beskriva och motivera de val av metoder som använts. Strukturen på studien är utformad så att läsaren ska kunna urskilja den "röda tråden" från bakgrund och syfte vidare till metod, för en naturlig övergång till resultat, diskussion och slutsats vilket gör att studiens trovärdighet stärks enligt Graneheim et al. (2017). Studiens svagheter och styrkor har identifierats vilket även det stärker dess trovärdighet (Polit & Beck, 2021).

Vid reflektion över studiens resultat och dess kredibilitet har diskussioner förts om studieförfattarnas förståelse inom området palliativ vård och hur detta kan ha satt sin prägel på studiens analys och resultat. Både det kliniska arbetet, teoretisk kunskap samt förutfattade meningar om både palliativ vård, den åldrande människan och arbetet som

sjuusköterska var områden som reflekterades inför och under analysprocessen. Lundman och Graneheim (2017) beskriver att förförståelsen kan vara svår att åsidosätta då en tolkning ofta är omedveten där förförståelsen kan leda till att ny kunskap upptäcks, vilket skapar en djupare förståelse för området. En viktig aspekt att ha i åtanke under analysprocessen är om det är informanternas röst som delges i resultatet eller om det är studieförfattarens tolkning (Graneheim et al., 2017). Studieförfattarna har även diskuterat om frågorna följdes upp i tillräckligt stor utsträckning med utgångspunkt från intervjuaren och sjuusköterskornas samförstånd inom området.

Studien var tidsbegränsad vilket gav en viss påverkan på antalet informanter. Totalt utfördes sju intervjuer där det insamlade material upplevdes motsvara studiens syfte samt en uppnådd informationsmättnad efter avslutade intervjuer, vilket stärker studiens kredibilitet. Polit och Beck (2021) belyser att det är intervjuernas kvalitet som påverkar dess kredibilitet, inte antalet eller dess längd. Antalet informanter gav även en hanterbar textmassa att analysera inom ramen för magisteruppsatsen. Studien bygger på intervjuer av personer som arbetar närmast och vårdar den palliativa patienten, nämligen sjuusköterskan, vilket stärker resultatets giltighet.

## Pålitlighet

Pålitlighet i en studie uppstår genom om det går att uppnå ett likvärdigt resultat med liknande informanter och en likvärdig kontext (Polit & Beck, 2021). För att analysera innehållet i intervjuerna valdes Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys med manifest ansats. Detta då studieförfattarna hade till syfte att beskriva innehållet så nära originaltexten som möjligt. Genom tydlig redovisning av analysprocessen stärks studiens pålitlighet vilket ger läsaren möjlighet att följa arbetet genom analysen. Innehållsanalysen av Graneheim och Lundman (2004) valdes då ena studieförfattaren hade tidigare erfarenheter och därmed kännedom om analysmetoden. Vid induktiv innehållsanalys kondenseras meningsbärande enheter ner till kategorier. De meningsbärande enheterna bör och ena sidan inte vara för stora då de riskerar att innehålla flera begrepp och andra sidan inte för små då texten riskerar att fragmenteras (Graneheim & Lundman, 2004). Strävan genom textbearbetningen var att finna lämplig längd på det meningsbärande enheterna för att stärka dess pålitlighet.

## Överensstämmelse

Lincoln och Guba (1985) lyfter överensstämmelse som ett av begreppen, vilket innebär i vilken utsträckning forskaren presenterar informationen som deltagaren delgett. Genom att resultatet återspeglar deltagarnas uttalande kan överensstämmelse uppnås vilket genom denna studie gjorts via citat. Genom citaten återspeglas informanternas erfarenheter snarare än studieförfattarens tolkning vilket skapar en överensstämmelse med innehållet.

## Överförbarhet

Överförbarheten i en kvalitativ studie innebär i vilken omfattning forskaren har beskrivit metoden för urval och design, detta för att ge läsaren underlag för att bedöma om studiens resultat går att överföra till andra grupper och kontexter (Polit & Beck, 2021). Graneheim och Lundman (2004) menar vidare att överförbarheten stärks genom en presentation av kulturen och kontexten, urvalet av informanter samt datainsamling och dataanalys. I aktuell studie har

studieförfattarna beskrivit metodens alla delar för att ge underlag att stärka studiens överförbarhet.

Den kvalitativa metoden med semistrukturerade intervjuer gav informanterna möjlighet att tala fritt om sina erfarenheter för att försöka fånga fenomenet vilket stärker överförbarheten. Studieförfattarna ansåg därför att mycket information kan gå förlorad om man valt till exempel enkätstudie med förvalda svarsalternativ inom området. Antalet intervjuer ansågs som tillräckligt för ett accepterat resultat inom ramen för magisteruppsatsen, där mer material nödvändigtvis inte leder till ett bättre resultat utan snarare riskerar att bli svåröverskådligt (Polit & Beck, 2021). Studiens begränsning av tid och urvalsmetod kan ha haft viss påverkan på ett maximalt variationsutbud, vilket kan ha påverkat överförbarheten. För att stärka överförbarheten ytterligare skulle inkludandet av fler geriatriska avdelningar samt ett större geografiskt område vara önskvärt. Överförbarheten i en kvalitativ studie är kopplat till dess kontext, i detta fall inom den geriatriska vården på sjukhus.

### Autenticitet

Autenticitet refererar till i vilken utsträckning forskaren på ett rättvist sätt återspeglar verkligheten. Genom en rik beskrivning av informanternas upplevelse ges läsaren möjlighet att utveckla en känslighet för de frågor och ämnen som skildras, detta ger läsaren en möjlighet att känna in stämningen, känslorna, upplevelsen, språket och kontexten (Polit & Beck, 2021). Författarna har genom denna studie försökt ge en riklig beskrivning av kontexten samt att återskapa berättelsen genom bärande citat.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att studera sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård i sent skede och om det tillgodoser den äldre patientens omvårdnadsbehov. Nedan diskuteras resultat relaterat till den teoretiska referensramen *de 6 S:n* och utifrån forskning som berör framkomna data.

Resultatet visade att utgå från patientens behov ansågs som en grundläggande del där symtomlindring benämndes som en av de viktigaste aspekterna vid vård i livets slutskede, vilket går i linje med den palliativa vårdfilosofin (Socialstyrelsen, 2016b). Symtomen som inkluderades i vårdpersonalens bedömning utgick från bedömningsmallen för NVP. Saunders (1980) menar att människan bör ses som en enhet där smärta som förekommer hos en person som ska dö är både fysisk, psykisk, andlig och existentiell där den fysiska smärtan är lättast att förstå av vårdpersonalen. Ternstedt et al. (2017) betonar vikten av symtomlindring där symtom och dess innebörd kan förstås med hjälp av begreppen i modellen för *de 6 S:n*; självbild, självbestämmande, sociala relationer, sammanhang, symtomlindring och strategi för att skapa en personcentrerad vård. Personer som erhåller palliativ vård har grundläggande gemensamma behov men vad som anses vara en god död kan variera utifrån personens egen syn och livstolkning. Med bakgrund mot detta är det av vikt att palliativ vård är personcentrerad för att individer ska kunna ta emot vård som främjar ett så gott liv som möjligt utifrån personens egna behov och preferenser (Österlind & Hénoch, 2020), vilket går i linje med Ternstedts et al. (2017) modell kring personcentrerad palliativ vård.

Att ta till enkla omvårdnadsåtgärder sågs som en självklarhet samtidigt som sjuksköterskan belyste att palliativa läkemedel sattes in och användes slentrianmässigt vid en övergång till palliativ vård. I stället för att utgå från patienten och dennes behov var läkemedel något

handfast som gav snabba resultat men kanske inte uppfyllde patientens egentliga behov. Ternestedt et al. (2017) lyfter att objektiva tecken inte är det samma som de subjektiva upplevelserna av symtomen. Dock kan det ses som sjuksköterskans försök att lindra patienten och närstående från onödigt lidande genom adekvat smärtlindring och symptomkontroll. Genom regelbunden tillsyn kan vårdpersonalen lära sig läsa av patientens uttryck för exempelvis oro och smärta som skapar förutsättning för individanpassade åtgärder. Åtgärder för att lindra symptom måste ta hänsyn till patienten som person och utformas i samförstånd, parterna emellan (Ternestedt et al., 2017). Olssons et al. (2019) studie visar att det lätt fokuseras på de fysiska symtomen vid införande av standardiserade vårdplaner vid palliativ vård, samtidigt som det sätter patientens omvårdnadsbehov i större fokus (Andersson et al., 2018a). Ett önskemål är att det emotionella och psykosociala aspekterna får ett större utrymme i bedömningen vid palliativ vård (Olsson et al., 2019).

I resultatet framkom betydelsen av närståendes närvaro, vilket kunde ses som en resurs. Vårdpersonalen befann sig inne på rummet endast i samband med omvårdnadssituationer vilket gjorde närstående än viktigare för att patientens skulle ha någon hos sig. Johansson och Lindahls (2012) studie lyfter vikten av att ha någon närvarande hos sig i dödsögonblicket för att lindra oro och ångest. Den regelbundna symtomskattnings gav sjuksköterskorna en naturlig ingång för kommunikation med närstående som befann sig hos patienten. Öppen och frekvent kommunikation mellan patient, närstående och vårdgivare framstår som avgörande för upplevelsen av en tillfredsställd palliativ vård, där familjen önskar en regelbunden uppdatering om status och om vården kring sin närstående (Jackson et al. 2012). Ternestedt et al. (2017) beskriver värdet av, att genom närstående, få fram patientens önskemål kring den palliativa vården. När patienten inte har någon ställföreträdande som kan föra dess talan sätts vårdarens etiska grund på prov och blir än viktigare (Ternestedt et al., 2017). Andersson et al. (2018b) belyser genom sitt studieresultat fördelarna med att involvera och utnyttja närstående vid införandet av palliativ vård, där delaktiga närstående känner en större tillfredsställelse inombords. Brister inom vården upplevs lämna patient och närstående ensamma med sitt ansvar och sina frågor (Andersson et al., 2018b).

Studieresultatet framhöll att vissa av undersköterskorna ofta hade ett uppgiftsorienterat arbetssätt där alla delar för den palliativa vården inte inkluderades. Sjuksköterskorna kunde bättre se helheten för den palliativa vården och därmed tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan kunde inkludera fler delar så som närståendekontakt och medicinska frågor, vilket kan anses naturligt då det ingår i sjuksköterskans profession (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Vid vårdandet aktualiseras de existentiella frågorna för vårdpersonalen, vilket kan skapa känslomässig stress. Vårdpersonal som är nya i sin arbetsroll eller som har svårt att förhålla sig till svåra frågor kring liv och död kan inta ett uppgiftsorienterat arbete för att slippa gå in i djupare samtal kring svåra ämnen (Lai et al., 2018). Om inte vårdpersonalen kan närma sig obekväma frågor är det en del i den palliativa vården som går förlorad. Ternestedt et al. (2017) beskriver att vårdarens självförståelse är viktig där vårdaren måste ha mod att närma sig existentiella frågor för att ge patienten förutsättningar att skapa sammanhang och strategi. Sett utifrån ett sjukvårdsperspektiv har diskussioner förts om den rådande "snabbetskulturen" inom sjukvården ger utrymme för frågor som rör liv och död då den palliativa vården utgår från en långsamhetskultur där dessa frågor ibland kräver tid (Ternestedt et al., 2017). Ju färre svårigheter patienter upplever i sin passage mot döden, desto större sannolikhet är det att döden uppfattas positivt av sjuksköterskorna som vårdar patienten (Tornøe et al., 2015).

Studieresultatet visade att det fanns ett behov av ett strukturerat arbetssätt där tydlighet och kontinuitet ansågs som två centrala delar. Tydligheten skapades genom det strukturerade arbetssättet utgick ifrån med checklistor och förutbestämda tider för omvårdnaden vilket genererade en kontinuitet. Bjurling-Sjöbergs et al. (2017) studieresultat visade att implementering av standardiserade vårdplaner skapar förutsättningar för effektivitet och kontinuitet i vården som minskar oönskade variationer. Detta i sin tur förbättrar patientsäkerheten och vårdkvalitén som i sin tur gav personalen och chefer en känsla av trygghet.

Sjuksköterskorna upplevde en ökad trygghet och tydligare övergång till den palliativa vården efter införandet av NVP. Detta genom upplevelsen av att det fanns något att förhålla sig till då brytpunktsamtal och dokumentation ingår som en integrerad del. Bloomer et al. (2019) identifierar i sin studie att det finns en variation i hur en nära förestående död dokumenteras i patientjournalen vilket skapar oklarheter i vården kring patienten vilket också kan urskiljas i sjuksköterskornas svar. Lais et al. (2018) studieresultat beskriver att samtal kring patientens dåliga prognos och den slutliga behandlingen inleds för sent. Mycket kan ha sin utgångspunkt om samhällets syn på döden i stort i kombination med en atmosfär inom sjukvården som inkluderar aktiv behandling till livets slutskede (Bloomer et al., 2013; Lai et al., 2018). Sjuksköterskorna upplevde att läkaren många gånger ville rädda och behandla till varje pris utan att inkludera patient- och närståendeperspektiv. Ternestedt et al. (2017) betonar patientens och närståendes delaktighet där ett tidigt samtal om palliativ vård kan underlätta patientens förmåga att bevara självbild och självbestämmande då förmågan till självbestämmande avtar och förändras med sjukdomens fortskridande. Bloomer et al. (2019) såg i sin studie att behandlingsbegränsningar rutinmässigt fastställs vid ankomst till sjukhus men inga tecken till vidare planering för vården eller diskussioner om livet i stort sker vid inskrivning till slutenvården. Vidare såg Lind et al., (2017) i sin studie att det finns en problematisk inkonsekvens mellan akutvård och palliativ vård där Groenewouds et al. (2021) studieresultat lyfter att den palliativa vården bör vara integrerad och proaktiv i vårdförloppet. Erkännandet av en förestående död och snabb kommunikation till familjer identifieras som en betydande faktor för familjens tillfredsställelse av vård i livets slutskede (Jackson et al., 2012). Detta kan i likhet med studiens resultat urskiljas där sjuksköterskorna upplevde en otydlig flytande gräns för vilken vård som skulle bedrivas. När beslut tagits om övergång till palliativ vård kan dokumentation utifrån *de 6 S:n* underlätta upprätthållandet av en god vårdstruktur där dokumentationen bör gå från problembaserad till personcentrerad (Ternestedt et al. 2017).

Många av sjuksköterskorna ansåg sig ha goda kunskaper om att arbeta med den palliativa patienten där önskemål fanns att läkaren ibland skulle lyfta blicken och se patienten de vårdade där sjuksköterskans åsikt inte alltid inkluderades i bedömningen. Bloomer et al. (2013) framhöll i sitt studieresultat att sjuksköterskan intar en passiv roll och sällan inkluderas i att identifiera patientens övergång till den palliativa fasen där stort fokus fortfarande ligger på fysiska och uppgiftsorienterade uppgifter. Samtidigt som sjuksköterskan gör lite för att försöka ändra fokus på vården (Bloomer et al., 2013). I och med dagens åldrande befolkning, med tilltagande multisjuklighet och skörhet finns det önskemål att den palliativa vården ändrar fokus från diagnos till behov (Pollock & Seymour, 2018).

Resultatet visar att ett fungerande teamarbete ansågs som en viktig del i den palliativa vård. Om teamet kring patienten ska fungera krävs det att alla yrkeskategorier utgår från en fastställd vårdnivå för aktuell patient, där alla strävar mot samma mål. Campbell et al. (2020) framhåller i sin studie vikten av samarbete inom arbetslaget där kommunikation samt



delegering är en grundförutsättning för ett patientsäkert team. Vidare lyfter Campbell et al. (2020) att aktiviteter för att förbättra lagarbete är direkt relaterade till minskad utebliven omvårdnad samt förbättrad vårdkvalitet.

Teamet som togs upp i resultatet syftade till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor där undersköterskor och sjuksköterskor fanns närmast patienten. Eftersom sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig kan det tänkas att denne förväntas vara mer inne hos patienten. Resultatet visade att ett bra samarbete mellan sjuksköterska och undersköterska skapade förutsättningar för att delegera över omvårdnadsåtgärder där sjuksköterskan inte alltid behövde vara delaktig vid omvårdnadssituationerna. Att kunna kommunicera och delegera arbetsuppgifter visade både Campbells et al. (2020) samt Lee och Dorans (2017) studieresultat vara en nyckel i ett fungerande teamarbete. Även om sjuksköterskan och undersköterskan inte gjorde samma bedömning framhölls tillit som en viktig komponent där Gohs et al. (2020) studie menar att en förutsättning för det tvärprofessionella samarbetet var att ha rimliga förväntningar på sina kollegor. Studieresultatet visade att sjuksköterskan ansåg att det var undersköterskans ansvar att be om hjälp och handledning om inte tillräcklig kunskap fanns för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov, där handledning och kunskapsförmedling ingår i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). För att uppnå ett personcentrerat förhållningssätt krävs ett personcentrerat ledarskap där det ingår att se den unika medarbetarens förutsättningar. Alla innehar olika kompetenser som tillsammans kompletterar varandra vilket skapar förutsättning för en god vård (Ternstedt et al., 2017).

I resultatet framhölls att läkarna ibland kan vara svåra att få med i teamet, vilket författarna håller med om. Glasdam et al. (2019) beskriver i sin studie detta generella problem utifrån att läkaren förväntar sig att sjuksköterskan är dess "assistent". Bjurling-Sjöbergs et al. (2017) studieresultat lyfter vikten av ett interprofessionellt samarbete för att öka patientsäkerheten genom bland annat att komma ifrån de traditionella hierarkiska strukturer som fortfarande existerar inom hälso- och sjukvården. Flera av sjuksköterskorna beskrev problemet med läkarnas olika filosofier, vilket hindrade sjuksköterskan att framhäva patientens åsikter och omvårdnadsbehov för stunden. Gohs et al., (2020) studie visar att läkare som följt patienten över tid har bättre förutsättningar att se patientens förändrade omvårdnadsbehov.

Resultatet visade att de sjuksköterskor med längre erfarenhet i yrket ansåg att NVP inte tillförde något i deras omvårdnadsarbete, där sjuksköterskan gav samma omvårdnad som innan införandet. Dock påtalades det att arbetsstrukturen tillförde en likvärdig vård för alla palliativa patienter där all vårdpersonal utgick från samma bedömningsmall vilket ansågs som en fördel. Benners (1982) omvårdnadsteori *från novis till expert* bygger på teorin om att nya oerfarna sjuksköterskor saknar erfarenhet som kräver stöd i form av regler och riktlinjer i sitt arbete medan den mer erfarne kan och vågar luta sig tillbaka på sin samlade erfarenhet och ser det mest centrala i situationen. Att vara ny inom professionen betonas även av Willman et al. (2020) i sin studie som menar att det måste finnas acceptans och utrymme för nya sjuksköterskor bland både kollegor och ledning för att skapa förutsättningar för en bra introduktion i den nya yrkesrollen. Sett utifrån studiens resultat kan NVP fungera som ett bra stöd för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov samtidigt som det krävs egen reflektion och förmåga att kunna inhämta och värdera information utanför dokumentet. Jakobsson och Wann-Hansson (2013) lyfter i sin studie att vårdpersonalen upplever att de saknar inflytande vid utformandet av vårdplaner. Sjuksköterskorna varierade i ålder och hade varierande arbetslivserfarenhet. Goh et al. (2020) och Willman et al. (2020) betonar i sina studieresultat vikten av en variation i arbetsteamet vilket stärker det kritiska tänkandet genom ett ständigt

lärande. Det som framkommit i resultatet är en brist på uppföljning och fortbildning, där Willman et al. (2020) i sitt studieresultat trycker på vikten av kontinuerlig fortbildning. Jackson et al. (2012) menar att omsorgsfulla och mycket erfarna medarbetare gör att familjer kan känna sig bekväma med den vård deras nära och kära får. Fridh (2014) föreslår att utbildning om livets slutskede och en stödjande miljö är avgörande för att tillhandahålla god vård i livets slutskede för samtliga inom vårdteamet.

## Samhälleliga aspekter

Sett till dagens framsteg inom medicinsk utveckling verkar strävan vara att kunna bota och lindra alla sjukdomar. Detta är en god tanke men med det faktum att befolkningen blir allt äldre ställs ändrade krav på sjukvården och framförallt den palliativa vården (Ternstedt & Andershed, 2020). Att tillmötesgå det biologiska åldrandet, vilket gör att vi till slut kommer att lämna jordelivet av naturliga skäl, kan ses som en motpol (Beck, 2013).

Äldrevården idag bygger på kvarvarandepincipen (Socialtjänstlag [SoL], 2001) vilket leder till att de som är i behov av vård på sjukhus är i ett sämre skick än förr, samtidigt som det finns en snabbhetskultur inom sjukvården där kostnadseffektivitet står högt i kurs. Studier visar däremot att om en förutbestämd vårdplan och vårdnivå följs sjunker vårdkostnaderna över tid (Dalal & Bruera, 2017).

En patient bör inte vara ineliggande och belasta sjukvården längre än nödvändigt, vilket kan leda till att alltför många äldre sköra patienter skrivs hem för tidigt utan tydlig vårdplan för rätt vårdnivå där samma patient riskerar att komma åter med samma symtom och sjukdomsbild. För att få till en bra struktur inom den palliativa vården krävs välutbildad personal som tar sig an sin roll där teamarbetet utgör en viktig del. Samhällsvinster kan ses i att om vårdplaner används rätt är målet att alla kan få likvärdig och rätt vård i rätt tid samt att inga onödiga åtgärder sätts in (Fitzpatrick et al., 2018).

Medellivslängden ökar och befolkningen på äldre dagar blir alltmer multisjuka och sköra, vilket kommer kräva utrymme för mer adekvat palliativ vård i framtiden. Att införa NVP på bred front leder förhoppningsvis till att alla får dö på ett värdigt sätt, oavsett hemvist eller vårdmiljö (Norberg & Ternstedt, 2020).

## Vårdetiska aspekter utifrån klinisk relevans

Vård i livets slutskede ska ske på ett tryggt och värdigt sätt där vården för alla invånare ska vara likvärdig oberoende av sjukdom, ålder, kön, och geografisk hemvist. För att uppnå god kvalitet inom palliativ vård krävs ett strukturerat arbetssätt (Socialstyrelsen, 2016 a). För att kvaliteten även ska vara likvärdig oavsett var den palliativa vården bedrivs krävs ett standardiserat vårdförlopp vilket skapar en trygghet för patient, anhöriga och ansvarig sjuksköterska (Bjurling-Sjöberg et al. 2017). För att inkludera alla delar vid palliativ vård ställs ökade krav på vårdpersonalen för att tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella vårdbehov.

Att arbeta med stöd utifrån NVP skapar en likvärdig vård för patienten, i den palliativa fasen, där underlaget ska fungera som en guide snarare än en mall (Socialstyrelsen, 2016 b). Dock är den likvärdiga vården inte att förväxla med likadan vård där ett ökat ansvar hamnar på vårdpersonalens förmåga att lyfta blicken och se personen för att ge personcentrerad vård (Ternstedt et al., 2017).

## Slutsats

Att arbeta med stöd av NVP skapar förutsättning för struktur och kontinuitet vilket gynnar både patienter, närstående och vårdpersonal. Sjukvården står inför stora utmaningar dels utifrån den ökade andelen äldre i befolkningen dels utifrån sjukvårdens förmåga att möta upp samhällets efterfrågan om god palliativ vård. Mycket ansvar läggs på vårdpersonalen där ett etiskt och kritiskt tänkande är en förutsättning för att kunna arbeta med stöd av NVP för att uppnå en god vård för den enskilde patienten.

Studieförfattarna har förhoppningar att framkommet material ska bidra med kunskap om ett ökat stöd för sjuksköterskan. Detta kan generera bättre vårdkvalitet för patienten, i den palliativa fasen, vilket kan leda till att NVP implementeras på bred front inom sjukvården. Vidare är önskan att kunskapen och förståelsen i slutändan ska ge en mer likvärdig och kvalitativ personcentrerad vård, på samma villkor oavsett av vem, när eller var den palliativa vården bedrivs. Sett utifrån studiens resultat är NVP ett användbart instrument som bör implementeras ytterligare inom sjukvården.

## Förslag på fortsatt forskning

Med utgångspunkt från studiens resultat kan det ses som ett vårdområde som kräver mer forskning och engagemang. Sett till att befolkningen blir allt äldre samtidigt som vetenskapen och läkekonsten går starkt framåt kommer behovet av en kvalitetsförankrad geriatrisk och palliativ vård att krävas. Denna studie har sin utgångspunkt i sjuksköterskans subjektiva upplevelse vilket ger utrymme för vidare studier ur ett närståendeperspektiv eller andra yrkeskategorier om deras upplevelser av NVP. Även ett större geografiskt område och andra vårdinrättningar skulle vara intressant att studera.

## Självständighetsdeklaration

Båda författarna, Cecilia Gustafsson och Anders Kåwe, har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

## Litteraturoversikt

Andersson, S., Lindqvist, O., Fürst, C. J., & Brännström, M. (2018a). Care professional's experiences about using Liverpool Care Pathway in end-of-life care in residential care homes. *Scand J Caring Sci*, 2018; 32; 299–308. <https://doi.org/10.1111/scs.12462>

Andersson, S., Lindqvist, O., Fürst, C. J., & Brännström, M. (2018b). Family members' experiences of care of the dying in residential care homes where the Liverpool Care Pathway was used. *International Journal of Palliative Nursing*, 2018 24:4, 194-202. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.4.194>

Beck, I. (2013). *Att fokusera på "varandet" i en värld av görande. Stöd till personalen i ett palliativt förhållningssätt vid vård- och omsorgsboende för äldre*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet].

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.

Bjurling-Sjöberg, P., Jansson, I., Wadensten, B., Engström, G., & Pöder, U. (2014). Prevalence and quality of clinical pathways in Swedish intensive care units: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(1): 48-57. <https://doi.org/10.1111/jep.12078>

Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Jansson, I., & Nordgren, L. (2017). Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2):233-244. doi: [10.1080/13561820.2016.1255184](https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1255184)

Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M., & Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med*, 2013;27(8):757–64. doi: [10.1177/0269216313477176](https://doi.org/10.1177/0269216313477176)

Bloomer, M. J., Botti, M., Runacres, F., Poon, P., Barnfield, J., & Hutchinson, A. M. (2019). End-of-life care for older people in subacute care: A retrospective clinical audit. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 26(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.02.005>

Campbell, A. R., Layne, D., Scott, E., & Wei, H. (2020). Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: An integrative review. *J Nurs Manag*, 2020; 28: 1465–1472. <https://doi.org/10.1111/jonm.13083>

Dahm, M. F., & Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records - a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2137–2145. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02377.x>

Dalal, S., & Bruera, E. (2017). End-of-life care matters: Palliative cancer care results in better care and lower costs. *Oncologist*, 22(4), 361-368. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0277>

Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk*. (3 rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Di Leo, S., Romoli, V., Higginson, I. J., Bulli, F., Fantini, S., Sguazzotti, E., & Costantini, M. (2015). 'Less ticking the boxes, more providing support': A qualitative study on health professionals' concerns towards the Liverpool Care of the Dying Pathway. *Palliative medicine*, 29(6), 529–537. <https://doi.org/10.1177/0269216315570408>

Dobson, J. (2017). Providing high-quality care at the end of life: the role of education and guidance. *British Journal of Nursing: BJN*, 26(20), 1116–1120. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.20.1116>

Downar, J., Wegier, P., & Tanuseputro, P. (2019). Early Identification of People Who Would Benefit From a Palliative Approach—Moving From Surprise to Routine. *JAMA Netw Open*, 2(9):e1911146. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11146

Edberg, A. K., & Andersson, M. (2020). Att vara äldre och närma sig livets slut. I B. Andershed & B. M. Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (2 uppl., s. 441-456). Lund: Studentlitteratur.

Edlund, K. & Forsberg, A. (2013). *Evidensbaserade standardvårdplaner: ett instrument för högkvalitativ vård*. (2 rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ellershaw, J., & Wilkinson, S. (2011). *Care of the Dying: A Pathway to Excellence*. 2nd edn. OUP Press, Oxford.

Fitzpatrick, J., Mavissakalian, M., Luciani, T., Xu, Y., & Mazurek, A. (2018). Economic Impact of Early Inpatient Palliative Care Intervention in a Community Hospital Setting. *Journal of palliative medicine*, 21(7), 933–939. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0416>

Fridh I. (2014). Caring for the dying patient in the ICU - the past, the present and the future. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(6):306–11. doi: 10.1016/j.iccn.2014.07.004

Glasdam, S., Ekstrand, F., Rosberg, M., & van der Schaaf, A. (2019). A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 23, 141-152. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09918-2>

Glimelius, B. (2012). Kuration eller palliation. I Strang, P., & Beck-Friis, B. (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4 uppl., s. 15-22). Stockholm: Liber.

Goh, P. Q., Ser, T. F., Cooper, S., Cheng, L. J., & Liaw, S. Y. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *J Clin Nurs*. 2020; 29: 3802– 3811. <https://doi.org/10.1111/jocn.15410>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Groenewoud, A. S., Wichmann, A. B., Dijkstra, L., Knapen, E., Warmerdam, F., de Weerd-Spaetgens, C., Dominicus, W., Akkermans, R., & Meijers, J. (2021). Effects of an Integrated

Palliative Care Pathway: More Proactive GPs, Well Timed, and Less Acute Care: A Clustered, Partially Controlled Before-After Study. *JAMDA*, 22(2), 2021, 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.025>

Henoch, I., & Österlind, J. (2019). Development of the 6S Dialogue Tool to facilitate person-centred palliative care. *J Adv Nurs*, 75(11), 3138-3146. doi: 10.1111/jan.14115

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (4 uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Håkansson, C., Öhlén, 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(7), 744-51. doi: 10.1177/1403494815595774

Jackson, J., Derderian, L., White, P., Ayotte, J., Fiorini, J., Hall, R., & Shay, J. (2012). Family Perspectives on End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14 (4), 303-311. doi:10.1097/NJH.0b013e31824ea249

Jakobsson, J., & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 945-952. <https://doi.org/10.1111/scs.12009>

Jansson, I., Bahtsevani, C., Pilhammar-Andersson, E., & Forsberg, A. (2010). Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. *The open nursing journal*, 4, 25-34. <https://doi.org/10.2174/1874434601004010025>

Johansson, K., & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x

Johnston, B., & Smith, L. N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs*. 54(6), 700-709. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*, 2016 Dec;72(12):2954-2965. doi: 10.1111/jan.13031

Kristensson Ugglå, B. (2020). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård Från filosofi till praktik* (2 uppl., s. 58-105). Stockholm: Liber.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Svensk författningssamling 2003:2003:460 t.o.m. SFS 2021:920 - Riksdagen

Lai, X. B., Wong, F. K. Y., & Ching, S. S. Y. (2018). The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 116-116. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0372-7>

Lee, C. T., & Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 49(2), 75–93. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Lind, S. (2018). *Implementation of knowledgebased palliative care in acute care settings: Obstacles, opportunities and experiences*. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet].

Lind, S., Sandberg, J., Brytting, T., Fürst, C. J., & Wallin, L. (2018). Implementation of the integrated palliative care outcome scale in acute care settings – a feasibility study. *Palliative & Supportive Care*, 16(6), 698–705. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001158>

Lind, S., Wallin, L., Brytting, T., Fürst, C. J., & Sandberg, J. (2017). Implementation of national palliative care guidelines in Swedish acute care hospitals: A qualitative content analysis of stakeholders' perceptions. *Health Policy*, 121(11), 1194–1201. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.011>

Lindskog, T., Tavelin, B., & Lundström, S. (2015). Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality – A population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *European Journal of Cancer* (1990), 51(10), 1331–1339. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.04.00>

Lunder, S., Sauter, S., & Fürst, C. J. (2004). Evidence-based palliative care: beliefs and evidence for changing practice. *Palliat Med* 18(4): 265–6.

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Murray, S. A., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 330, 1007-1011. [doi: 10.1136/bmj.330.7498.1007](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007)

Norberg, A., & Ternestedt, B. M. (2020). Jämlikhet inför döden. I B. Andershed, B. M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (2 uppl., s. 49-64). Lund: Studentlitteratur.

*Offentlighets- och sekretesslag* (SFS 2009:400). Justitiedepartementet. Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) Svensk författningssamling 2009:2009:400 t.o.m. SFS 2021:921 - Riksdagen

O'Hara, T. (2011). Nurses' views on using the Liverpool care pathway in an acute hospital setting. *Int J Palliat Nurs* 17(5): 239–44. [doi: 10.12968/ijpn.2011.17.5.239](https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.5.239)

Olsson, C., Kling, E., Grundel Persson, K., & Larsson, M. (2019). Impact of the Liverpool Care Pathway on quality end-of-life care in residential care homes and home care—Nurses' perceptions. *Nursing Open*. 2019; 6: 1589– 1599. <https://doi.org/10.1002/nop2.364>

Palliativt Utvecklingscentrum. (2016). *Nationellt Vårdplan för Palliativ vård*. <https://palliativutvecklingscentrum.se/utveckling/varldutveckling/nationell-varldplan-nvp/>

Pandini, D. (2016). Biases in palliative care access for elderly patients dying in hospital: A prospective study in acute care. *Progress in Palliative Care*, 24(6), 310–314. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1230973>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition. International edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pollock, K., & Seymour, J. (2018). Reappraising 'the good death' for populations in the age of ageing. *Age and ageing*, 47(3), 328–330. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy008>

Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M., & Stajduhar, K. (2016). 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 2189–2199. doi: 10.1111/jocn.13256

Reinke, L. F., Hendricksen, M., & Lynn, J. (2018). Care Plan Standardization for Older Adults: Opportunities for Nursing Leadership. *Journal of Gerontological Nursing*., 44(12), 11–16. <https://doi.org/10.3928/00989134-20181109-02>

Saunders, C. (1980). *Den goda döden. Om vård av döende cancerpatienter*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 5(1): 4–8. doi: 10.4103/apjon.apjon\_43\_17

Sleeman, K. E., Koffman, J., & Bristowe, K. (2015). 'It doesn't do the care for you': a qualitative study of health care professionals' perceptions of the benefits and harms of integrated care pathways for end of life care. *BMJ Open* 2015;5:e008242. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008242

Socialstyrelsen. (2011). *Ojämlika villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården* (Artikelnr 2011-12-30). [Ojämliga villkor för hälsa och vård \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. (2016a). *Nationella riktlinjer- utvärdering. Palliativ vård i livets slutskede. sammanfattning med förbättringsområden. Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede.* (Artikelnr 2016-12-3) [Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. (2016b). *Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede: Indikationer och underlag för bedömningar.* (Artikelnr 2016-12-12) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om dödsorsaker 2019.* (Artikelnr 2020-6-6798) [Statistik om dödsorsaker 2019 \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. (u.å). *Socialstyrelsens termbank.* [Socialstyrelsen - Termbank](https://www.socialstyrelsen.se)

*Socialtjänstlag* (SFS 2001:453). Socialdepartementet. Socialtjänstlag (2001:453) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2021:738 - Riksdagen



Sundelöf, J. (2018). *Palliationspraktikan. Del 1 fakta och kliniska reflektioner*. Riga: Betaniastiftelsen

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tryckeri AB. ISBN-NR: 978-91-85060-10-8

Svenska palliativregistret. (2021). *Svenska palliativregistret. Vården i siffror - Statistik för kvalitets- och förbättringsarbete* (vardenisiffror.se).

Sveriges kommuner och regioner. (2 juni 2021). *Om nationella kvalitetsregister. Om Nationella Kvalitetsregister | Kvalitetsregister | SKR*

Tan, T., & Cheang, F. (2016). A single-center retrospective analysis of interventions provided to geriatric inpatients receiving end-of-life care. *Progress in Palliative Care*, 24(6), 332–338. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1188521>

Ternstedt, B. M., & Andershed, B. (2020). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed & B. M. Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (2 uppl., s 103-120). Lund: Studentlitteratur.

Ternstedt, B. M., Henoch, I., Österlind, J., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n : en modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(62), 62–62. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>

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

van der Padt-Pruijsten, A., Leys, M. B. I., Oomen-de Hoop, E., van der Heide, A., & van der Rijt, C. C. D. (2021). Effects of Implementation of a Standardized Palliative Care Pathway for Patients with Advanced Cancer in a Hospital: A Prospective Pre- and Postintervention Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 00 No. 00 xxx 2021. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.02.003

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (ISBN 9173070084). Vetenskapsrådet. [Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning \(vr.se\)](https://www.vr.se)

WHO. (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Widell, M. (2016). *Palliativ vård*. Stockholm: Sanoma Utbildning.

Wilkens, J. (2016). The 2015 National Cancer Program in Sweden: Introducing standardized care pathways in a decentralized system. *Health Policy*, 120(12), 1378–1382. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.008>

Willman, A., Bjuresäter, K., & Nilsson, J. (2020). Newly graduated registered nurses' self-assessed clinical competence and their need for further training. *Nursing Open*. 2020; 7: 720–730. <https://doi.org/10.1002/nop2.443>

Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A., & Strandberg, G. (2015). A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 277–287. <https://doi.org/10.1111/scs.12161>

Österlind, J., & Henoch, I. (2020). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 22(2), e12334. <https://doi.org/10.1111/nup.12334>

# Bilaga 1. Informationsbrev och samtycke

Ansökan om tillstånd av berörd enhetschef att genomföra studie för magisteruppsats.

Vi är två sjuksköterskor som genom utbildningstjänst läser en specialistutbildning *Vård av äldre* via Karolinska Institutet. I utbildningen ingår en magisteruppsats som examensarbete. Vi har i syfte genom vår magisteruppsats att studera *hur sjuksköterskan kan tillgodose den äldre patientens omvårdnadsbehov med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård*. Vår förhoppning är att studien ska bidra till att ge underlag till att införa Nationellt vårdprogram även på andra avdelningar på Centralsjukhuset i Karlstad för att dels säkerställa en jämlik vård oavsett diagnos dels ge vårdpersonalen verktyg för ett systematiskt arbete. Resultatet av studien kommer delas med studiedeltagare inom programmet samt publiceras på digitala vetenskapliga arkivet (DIVA).

Vi kommer själva identifiera deltagare för studien men behöver diskutera hur du ser på deras deltagande för studien inom deras arbetstid. Intervjuerna kommer ta 20–40 minuter och utföras under arbetstid i ett avskilt samtalsrum på avdelningen. Samtalet kommer att spelas in för att sedan transkriberas och därefter kodas. Detta gör att materialet blir konfidentiellt för att säkerställa deltagarnas anonymitet.

Ansvariga för studien: Cecilia Gustafsson & Anders Kåwe

Handledare: Anne-Marie Boström

## Bilaga 2. Intervjuguide

### Bakgrundsfråga

-Hur gammal är du samt vad har du för vårderfarenhet och hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

### Intervjufrågor

- Vad har du för erfarenheter av att vårda äldre patienter i ett sent palliativt skede?
- Kan du berätta om vilken erfarenhet du har av att patientens omvårdnadsbehov tillgodoses genom att arbeta med stöd av NVP?
- Utifrån omvårdnadsprocessen: Att bedöma, fastställa mål eller omvårdnadsdiagnoser, ordinera åtgärder och följa upp. - I vilken utsträckning anser du NVP stödjer omvårdnadsprocessen?
- Kan du berätta om de viktigaste omvårdnadsaspekterna inom palliativ vård i ett sent skede, enligt dig.
- I vad och hur har NVP hjälpt dig i ditt omvårdnadsarbete som sjuksköterska vid palliativ vård i livets slutskede?

För att förtydliga vissa områden kan nedanstående frågor inkluderas i den semistrukturerade intervjun

- Kan du utveckla...
- Berätta mer om...
- Hur menar du med...
- Du säger att, kan du utveckla det...
- Har du något exempel...

En fråga i taget, öppna frågor som stimulerar till ett bredare svar, tystnad för att vänta in informanten

Till sist: Lyssna! Till orden, rytmen, tonen, betoningar, pauser, förändringar i rytm, hostningar ... Iakttag kroppsspråket.

## Bilaga 3. Informationsbrev - deltagare

Information om deltagande inför genomförande av studie för magisteruppsats.

Vi är två sjuksköterskor som genom utbildningstjänst läser en specialistutbildning *Vård av äldre* via Karolinska Institutet. I utbildningen ingår en magisteruppsats som examensarbete. Vi har i syfte genom vår magisteruppsats att studera hur *sjuksköterskans kan tillgodose den äldre patientens omvårdnadsbehov med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård*. Vår förhoppning är att studien ska bidra till att ge underlag till att införa Nationellt vårdprogram även på andra avdelningar för att dels säkerställa en jämlik vård oavsett diagnos dels ge vårdpersonalen verktyg för ett systematiskt arbete. Resultatet av studien kommer delas med andra studerande specialistsjuksköterskor inom gruppen vård av äldre samt publiceras på digitala vetenskapliga arkiv (DIVA).

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och ingen enskild person som ingår i studien kommer att kunna identifieras. studiedeltagarna kommer även tilldelas ett nummer för att stärka anonymiteten ytterligare. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Allt inspelat material och transkribering förvaras i säkerhet till studien är slutförd då materialet kasseras som sekretessavfall. Som deltagare i studien har du rätt att ta del av dina individuella data respektive resultatet av hela studien.

Intervjuerna kommer ta 20–40 minuter och utföras under arbetstid i ett avskilt samtalsrum på avdelningen. Samtalet kommer att spelas in för att sedan transkriberas för att sedan kodas. Detta gör att materialet blir konfidentiellt för att säkerställa deltagarnas anonymitet.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande eller upplever att frågor eller behov av stöd uppkommer ska du kontakta de ansvariga för studien.

Studieansvariga: Cecilia Gustafsson & Anders Kåwe

Utbildning: Specialistsjuksköterska Vård av äldre, Karolinska Institutet.

Mejl: [cecilia.j.gustafsson@regionvarmland.se](mailto:cecilia.j.gustafsson@regionvarmland.se) [anders.kawe@regionvarmland.se](mailto:anders.kawe@regionvarmland.se)

Handledare: Anne-Marie Boström Mail: [anne-marie.bostrom@ki.se](mailto:anne-marie.bostrom@ki.se)

## Bilaga 4. Samtycke - deltagare

*Syftet är att studera hur sjuksköterskan kan tillgodose den äldre patientens omvårdnadsbehov med stöd av nationell vårdplan vid palliativ vård.*

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

Jag lämnar härmed samtycke i att delta i ovan nämnd studie.

Jag samtycker till att delta i intervjustudien “*Att studera hur sjuksköterskan kan tillgodoses patientens omvårdnadsbehov med stöd utifrån nationell vårdplan vid palliativ vård*”.

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Deltagarens underskrift: .....

Datum: .....