

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2023:106

Upplevelser av samverkan kring den palliativa patienten i
hemsjukvården
Distriktssköterskans roll och perspektiv

Beatrice Edberg

Ellen Manitski



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Upplevelser av samverkan kring den palliativa patienten i hemsjukvården - Distriktssköterskans roll och perspektiv		
Författare:	Beatrice Edberg och Ellen Manitski		
Huvudområde:	Vårdvetenskap		
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng		
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning	med	inriktning mot distriktssköterska
Handledare:	Thomas Eriksson		
Examinator:	Wivica Kauppi		

Sammanfattning

Palliativ vård ges när det inte längre finns någon bot på sjukdomen. Den palliativa vården syftar till att lindra lidande och öka livskvaliteten hos patienten och närstående. Palliativ vård kan ges i hemmet med hjälp av hemsjukvård. I hemsjukvården arbetar distriktssköterskan i samverkan med andra professioner och instanser. Distriktssköterskan har en ledande roll i samverkan. Vårdande samtal är en viktig del inom palliativ vård då det ger utrymme för patienten att berätta om sina tankar och känslor. Delaktighet i vården är också en viktig del inom palliativ vård som leder till trygghet för patienten. Syftet med examensarbetet var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av samverkan vid palliativ vård i hemsjukvården. Metoden som användes var en kvalitativ intervjustudie med induktiv inriktning. Resultatet presenteras i två huvudkategorier med sju subkategorier. Den första är samverkan genom kunskap som beskriver upplevelsen att kunskap och kompetens spelar en stor roll i den palliativa vården och i samverkan med andra professioner, patienten och närstående. Den andra är kompetens och samverkan genom kommunikation och tillgänglighet som beskriver vikten av en fungerande kommunikation vid samverkan med andra professioner, patienten och närstående. Vidare beskriver det betydelsen av tillgängliga läkare och hur organisationen i kommunen kan påverka samverkan. Sedan framkom det även sju underkategorier. Distriktssköterskan har en central roll för att samverka med andra professioner, instanser, patienten och närstående vid palliativ vård i hemsjukvården. Det är viktigt att samverkan fungerar för att patienten ska bli delaktig i sin vård och känna en trygghet, annars kan ett vårdlidande skapas.

Nyckelord: *Distriktssköterska, palliativ vård, samverkan, hemsjukvård*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Palliativ vård, hörnstenarna och de sex s:en	1
Vård i hemmet	2
Distriktssköterskans roll i samverkan vid palliativ vård i hemmet	2
Vårdande möten och samtal	3
Delaktighet och trygghet	4
Lidande	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Forskningsdesign	6
Urval	6
Datainsamling	6
Förförståelse	7
Dataanalys	8
Etiska övervägande	9
RESULTAT	10
Samverkan genom kunskap och kompetens	10
Tvärprofessionella- och egna kompetensens betydelse för trygghet	10
Tvetydigt förhållningssätt skapar otrygghet	11
Utmaning att upprätthålla patientsäkerhet	11
Samverkan genom kommunikation och tillgänglighet	12
Vikten av en fungerande kommunikation	12
Konsekvenser av bristande kommunikation	13
Betydelsen av tillgängliga läkare	14
Kommunikationens betydelse för närstående	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Distriktssköterskans roll för samverkan	18
Teamsamverkan	18
Samverkans betydelse för symtomlindring	19
Kommunikationen påverkar patientsäkerheten	20
Samverkan och kommunikation påverkar tryggheten	20
Samverkans betydelse för patienten och närstående	21
Hållbar utveckling	22
SLUTSATSER	23

REFERENSER	24
<i>Bilagor</i>	28
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29
Bilaga 3	31

INLEDNING

Palliativ vård ges till de patienter som har en obotlig och livshotande sjukdom där kurativ behandling inte längre är möjligt. Den palliativa vården inriktar sig på att öka livskvaliteten och minska lidande hos patienten och närstående. När patienten får palliativ vård kopplas ofta hemsjukvården in så patienten får vård i sitt hem. I hemsjukvården samverkar distriktssköterskan med sjuksköterskor, hemtjänst, fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare och ibland palliativa specialistteam från sjukhuset. Även patienten själv och dennes närstående räknas in i teamet som samverkar. Det är ofta distriktssköterskan som är den som träffar patienten mest samt är den som ansvarar för samverkan i teamet. Vi har valt att skriva om distriktssköterskans upplevelse av samverkan i den palliativa vården i hemsjukvården på grund av att det viktigt att samverkan fungerar mellan olika instanser, professioner, patienten och närstående. En god samverkan behövs för att tillgodose patienten och närståendes behov vid palliativ vård.

BAKGRUND

I denna uppsats kommer både sjuksköterska och distriktssköterska användas som begrepp då vissa material som används i bakgrund och diskussion nämner både sjuksköterskor och distriktssköterskor.

Palliativ vård, hörnstenarna och de sex s:en

Definitionen av palliativ vård enligt WHO är att *”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom”* (Nationella rådet för palliativ vård 2022a). I Sverige dör varje år cirka 90 000 personer och av dessa bedöms ca 80 procent ha varit i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen 2018). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska en god och säker vård bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, i samråd med patienten i den mån det går. Palliativ vård eller vård i livets slutskede erbjuds till patienter med obotlig och livshotande sjukdom där kurativ behandling inte längre är möjlig, där patienten kan ha allt ifrån år till timmar kvar att leva. Döden ses som en normal process och vården syftar varken till att snabba på eller förlänga döden utan till att skapa värdighet och välbefinnande (Nationella rådet för palliativ vård 2022b). Den palliativa vården grundar sig på fyra hörnstenar. Den första är symtomlindring som syftar till att lindra symtom som kan uppkomma. Vid palliativ vård ordineras ofta trygghetordinationer som är läkemedel som ges vid bland annat smärta, oro, andnöd, rosslighet samt mot illamående. Den andra hörnstenen är teamarbete där samverkan mellan olika professioner arbetar tillsammans för att tillgodose patienten och närståendes behov. Den tredje hörnstenen handlar om att ha en god kommunikation och relation mellan alla professioner i teamet som vårdar patienten samt med närstående och patienten. Den sista delen i hörnstenarna är närståendestöd som innebär att närstående ska erbjudas stöd och delaktighet (Regionala cancercentrum 2023, ss. 24-25). Den palliativa

vården ska vara personcentrerad och genom att följa de sex s:en möjliggör det en personcentrerad vård. I de sex s:en ingår självbild, symtomlindring, självbestämmande, sociala relationer, sammanhang och strategier. Med hjälp av dessa delar kan en vårdplan utformas som alla i teamet kan följa. Det är också ett lärande för alla professioner som vårdar patienten då det väcker reflektioner som gruppen kan prata med varandra om. Även samtal med närstående kan utgå från dessa punkter (Regionala cancercentrum 2023, ss. 85-87). Forskning visar att inom den palliativa vården finns det ofta flera olika behov hos både patienten och närstående, det är inte ovanligt med svåra komplexa fall (Arnaert & Wainwright 2009).

Vård i hemmet

Vid palliativ vård kan patienten få vård och behandling i sitt hem med hjälp av hemsjukvård (Midbøe, Andersson & Estling 2019, ss. 78-79). Vårdaren behöver vara lyhörd, flexibel, kreativ, ha en öppenhet, visa respekt och medkänsla (Midbøe, Andersson & Estling 2019, ss. 65-69). Tidigare forskning har visat att det behöver finnas en trygghet hos patienten och närstående när patienten vårdas i hemmet. Trygghet skapas genom att hemsjukvården går att nå dygnet runt och att patienten vet att det går att få hjälp. Om det saknas en trygghet kan det leda till att patienten ringer mer efter hjälp och oftare söker vård (Söderberg, Rydell Karlsson & Löfvenmark 2015). Forskning visar också att goda relationer mellan vårdaren, patienten och närstående skapar en trygghet och är viktig i hemsjukvården. Planering för hjälpmedel, läkemedel och medicinsk utrustning behövs för att vårda patienten i hemmet. Det behöver skapas en bra miljö för patienten och närstående i hemmet. Genom samverkan mellan distriktssköterska, läkare och sjukhus kan förberedelser göras inför patientens hemgång vilket skapar en trygghet för patienten (Danielsson, Sand, Rosland & Førland 2018). Tidigare forskning visar också att det behövs en god samverkan mellan sjukhus, hemsjukvård, patienten och närstående för att ge en god vård i hemmet (Arnaert & Wainwright 2009). Inom hemsjukvården saknas ibland tillräckligt med stöd för att bedriva palliativ vård av hög kvalitet i hemmet. Det kan innebära brist på resurser, utrustning och tillgång till information (Penz & Duggleby 2012). Patientsäkerheten är viktig i hemmet. Trots att patienten har hemsjukvård så kan det vara så att patienten är ensam i många timmar varje dygn. Palliativa patienter är ofta svårt sjuka och har komplexa vårdbehov. Ofta används medicinsk utrustning och potenta läkemedel. För att patienten ska få en bra och säker vård krävs det en god samverkan mellan olika professioner, patienten och närstående (Alvariza & Holm 2019, ss. 86-92).

Distriktssköterskans roll i samverkan vid palliativ vård i hemmet

I hemsjukvården arbetar distriktssköterskan tillsammans med andra professioner som ingår i teamet som vårdar patienten (Flink & Ekstedt 2019, ss. 271-272). En central del i sjuksköterskans roll är att samverka i team. Sjuksköterskan ska ansvara för att det finns kompetens inom omvårdnad, leda omvårdnaden samt planera och samverka med teamet och andra aktörer för att säkerhetsställa kontinuitet och säkerhet för patienten. Detta är centrala delar för att bedriva en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening 2023). Vidare står det i kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor att distriktssköterskan

har en ledande och utvecklande roll inom omvårdnad och i det multiprofessionella teamet runt patienten. Det kräver kunskap om ledarskap och en förmåga att organisera och utveckla omvårdnad i teamet. Distriktssköterskan kan i sin profession skapa förtroende, tillit och trygghet hos patienten och närstående (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2019). Forskning visar att distriktssköterskan med sin fördjupade kunskap kan bidra med stöd och kunskap till sina sjuksköterskekollegor (Arnaert & Wainwright 2009).

I teamet som vårdar patienten ingår distriktssköterska, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal som är kopplade till hemsjukvården. Det ingår även läkare och palliativa team som tillhör landstinget. Även patient och närstående ingår i teamet. Eftersom det ofta är flera olika vårdgivare inblandade i patientens vård fordras samverkan och en gemensam planering mellan de olika vårdgivarna, patienten och närstående (Flink & Ekstedt 2019, ss. 269-272). En del av distriktssköterskans arbete innebär att delegera ut uppgifter till omvårdnadspersonalen. Det kan vara att delegera så omvårdnadspersonalen får ge läkemedel till patienter. Vid delegering finns det olika problem såsom att det saknas kunskap eller finns språkförbristningar hos den som ska få en delegering (Gransjö, Grape, Ringnell & Westerbotn 2016). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) får en uppgift endast delegeras ut om god och säker vård kan uppnås. Den som delegerar ut uppgiften har även som skyldighet att se till att den som får delegering har förutsättningar att kunna fullfölja den. Enligt Gransjö, Grape, Ringnell och Westerbotn (2016) hinner distriktssköterskan inte alltid följa upp delegeringar trots att det finns en skyldighet att göra det. När omvårdnadspersonalen som är delegerad brister i sin kunskap kan det leda till en hotad patientsäkerhet. God kommunikation mellan distriktssköterskan och omvårdnadspersonalen är viktigt för att undvika fel i bland annat läkemedelshanteringen (Gransjö, Grape, Ringnell & Westerbotn 2016). Forskning visar att det är viktigt med en god samverkan och en bra relation till patienten och närstående för att kunna ge en god palliativ vård i hemmet. Det kräver att distriktssköterskan och teamet visar empati och är lyhörda för patientens och närståendes behov (Danielsson, Sand, Rosland & Førlund 2018). Tidigare forskning visar att närstående ofta är till stor hjälp och en resurs eftersom de träffar patienten varje dag och kan assistera vårdpersonalen. Närstående kan bland annat lära sig att ge vissa läkemedel (Arnaert & Wainwright 2009). Forskning visar också att det är viktigt att finnas som stöd till närstående och hur mycket stöd som behövs kan variera under sjukdomens förlopp. För närstående är det viktigt med god samverkan, kommunikation och återkoppling (O'Sullivan, Alvariza, Öhlen & Larsdotter 2021).

Vårdande möten och samtal

Vid vårdande möten och samtal ska det finnas öppenhet och följsamhet för livsvärlden. Vårdaren ska samverka med patienten genom att lyssna till patientens egna berättelser genom en medvetenhet om livsvärlden. Genom att göra detta kan fördjupade följdfrågor ställas som exempelvis kan spegla patientens uttryck och ge tankar, kraft och känslor som patienten inte trodde fanns. Patienten kan genom vårdande samtal få hjälp att uttrycka sina tankar och känslor (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 200-206). Tidigare forskning visar att det är komplext med vårdande möten. Vårdaren kan inte innan mötet veta om det kommer bli ett vårdande möte. Det är patientens och närståendes upplevelse av mötet som avgör om det blir ett vårdande möte eller inte. Det finns olika delar som spelar en stor roll

kring vårdande möten. Tydlig kommunikation där patienten och närstående förstår innebörden av det som sägs behövs för ett vårdande möte. Som vårdpersonal är det viktigt att välja vilka ord som används då varje ord kan spela en stor roll. Viktiga delar i samtal med patienten och närstående är att lyssna, kunna trösta och visa att man är tillgänglig (Gustafsson, Snellma & Gustafsson 2013). Vid samtal med patienten är det viktigt att ta reda på vad patienten vet om sin sjukdom samt vad sjukdomen innebär. Distriktssköterskan ska samverka med patienten för att identifiera och tydliggöra patientens behov och utefter det skapa en vårdplan. Vårdplanen utgår från patientens egna upplevelser av sin sjukdom. Vid samverkan med patienten kan distriktssköterskan uppmuntra patienten att hitta egna lösningar och strategier för att hantera sjukdomen (Nunstedt, Rudolfsson, Alsen & Pennbrant 2017). Genom ett vårdande möte skapas förtroende, säkerhet och trygghet hos patienten och närstående. Patienten och närstående är ofta i en utsatt situation och då behöver vårdaren vara pålitlig, osjälvisk, professionell, visa medkänsla och ge en trygghet (Gustafsson, Snellma & Gustafsson 2013).

Delaktighet och trygghet

Trygghet är en grundläggande känsla som är kopplad till självkänslan. Trygghet kan vara kopplat till yttre faktorer som exempelvis goda relationer, en bra miljö, kunskap och att ha kontroll. Trygghet kan också vara en inre känsla som handlar om att känna mening och sammanhang. Trygghet och hälsa har en relation till varandra. När det finns ett hot om sjukdom och ohälsa påverkas tryggheten. En trygghet kan ändå skapas genom att få en viss kontroll över sin situation. Kontroll kan skapas genom att patienten förstår sin sjukdom, förstår vilken vård som ges och att veta att det finns hjälp att få (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 83-85). Tidigare forskning visar att delaktighet i sin vård leder till trygghet för patienten. Delaktighet skapas genom att patienten får vara med och bestämma över sin vård. För att vara med och bestämma över sin vård och behandling behöver patienten kunskap om sin sjukdom och behandling. Med stöttning från olika professioner och genom samverkan kan patienten bli delaktig i sin vård (Hamlin, Jemsson, Rahm & Henricson 2013). Forskning visar att en tillgänglig hemsjukvård som känner patienten och som samverkar med andra professioner skapar en trygghet för patienten (Söderberg, Rydell Karlsson & Löfvenmark 2015). En del i teamet som skapar en trygghet är hemtjänsten som åker på regelbundna besök samt svarar på larm om patienten behöver hjälp. Det är viktigt att hemtjänsten har tid att hjälpa patienten, annars kan det skapa en otrygghet. För att skapa trygghet kräver det också att närstående är informerade. Närstående, familjen, vänner och en bekant hemmiljö är delar som skapar en trygghet för patienten (Söderberg, Rydell Karlsson & Löfvenmark 2015). Samverkan med närstående kan göra att närstående kan hjälpa till med behandlingar vilket skapar en trygghet för patienten (Hamlin, Jemsson, Rahm & Henricson 2013).

Lidande

Lidande innebär att inte känna sig hel och komplett som person. Det är att behöva fråga om hjälp för grundläggande behov, upplevelsen av att ingen annan ser eller förstår vad man behöver och att inte kunna uppleva sitt fulla värde (Bergbom, Honorary, Nåden & Nyström 2021). Lidande kan delas in i sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande

(Arman 2022, ss. 48-49). Sjukdomslidande kan orsaka ett fysiskt lidande med bland annat fysiska smärtor i kroppen men det kan också orsaka ett psykiskt och andligt lidande genom att till exempel känna skam och skuld över att vara sjuk (Bergbom, Honorary, Nåden & Nyström 2021). Livslidande hör i sin tur ihop med livet och dess förändringar. Det kan handla om förändringar i livet som skapar otrygghet och som i sin tur blir till lidande. Det kan exempelvis handla om att drabbas av sjukdom (Arman 2012, ss. 48-49). Livslidande innebär att det finns ett hot mot människans existens och att det inte längre finns möjlighet att göra vissa saker. Det handlar om ett lidande som är kopplat till livet och innebörden av att leva (Bergbom, Honorary, Nåden & Nyström 2021). Vårdlidandet är det lidande som människor utsätts för i möten med hälso- och sjukvården. När lidande människor inte får den vård eller lindring som de förväntar sig så kan detta leda till ett ökat lidande istället för ett lindrande (Arman 2022, ss. 48-49). Vårdlidande kan orsakas av att patienten känner sig kränkt eller att patienten inte får den vård som behövs. Det går att lindra lidande genom att patienten får känna sig bekräftad och förstörd samt att människan får den vård och behandling som behövs (Bergbom, Honorary, Nåden & Nyström 2021). Att lindra lidande är grunden för hälso- och sjukvården. Om inte lidande fanns så hade inte heller behovet av vård funnits. Ingens lidande är den andras lik och distriktssköterskan kommer i sitt arbete ständigt stöta på nya situationer av lidande. Det ställer krav på medmänsklighet, förståelse och personlig utveckling för att kunna lindra lidande och bidra till hälsa (Arman 2022, s. 47).

PROBLEMFÖRMULERING

Palliativ vård bedrivs idag till stor del i det egna hemmet. Palliativa patienter är ofta svårt sjuka och har ett stort vårdbehov. Vård i hemmet ställer krav på att det finns en planering för hjälpmedel, läkemedel och medicinsk utrustning. Detta kräver samverkan mellan alla professioner i teamet. Distriktssköterskan i hemsjukvården är den som har en ledande roll vid samverkan. Bland annat genom att ansvara för att det finns rätt kompetens, organisera och utveckla omvårdnaden samt planera med teamet. Tidigare forskning visar att det kan förekomma brist på resurser, utrustning och information, vilket kan försvåra den palliativa vården i hemmet. Vid vård i hemmet visar tidigare forskning även på att patienten och närstående behöver känna trygghet och delaktighet. Trygghet och delaktighet skapas genom att distriktssköterskan är tillgänglig och har en god relation med patienten och närstående. Vårdande möten och samtal kan skapas genom en god kommunikation mellan vårdaren och patienten samt närstående. En viktig del i allt är en god samverkan mellan olika professioner, patienten och närstående för att skapa trygghet och bedriva en patientsäker vård. Samverkan med olika professioner är en viktig del för att patienten även ska bli delaktig i sin vård. För distriktssköterskan ställer samverkan krav på ledarskap. Det kräver att det finns en stor kunskap kring den palliativa vården och hur olika professioner kan samverka för att ge en god palliativ vård. Fungerar inte samverkan kan detta innebära ett lidande för patienten, då nödvändig vård kan utebli eller fördröjas. Genom att beskriva distriktssköterskans upplevelser av samverkan vid palliativ vård kan det skapas en medvetenhet kring styrkor och svagheter kring samverkan. Detta skulle i sin tur kunna leda till en förbättring av samverkan i teamet.

SYFTE

Syftet var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av samverkan vid palliativ vård i hemsjukvården.

METOD

Forskningsdesign

Studien genomfördes med en kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod syftar till att studera personers erfarenheter av ett fenomen, vilket var anledningen till att denna metod valdes. Genom intervjuer blir ord och beskrivningar från de intervjuade informanterna föremål för analys och tolkning (Henricson & Billhult 2017, ss. 111-112).

Urval

Urvalet gjordes genom ett strategiskt urval. Vilket innebär att de inkluderade personerna behöver ha erfarenhet av det som undersöks för att bäst kunna ge underlag som kan besvara syftet (Henricson & Billhult 2017, ss. 116) Inklusionskriterier för att delta i studien var att deltagaren skulle ha varit anställd som distriktssköterska i hemsjukvården och ha vårdat palliativa patienter. Förfrågningar gällande intresse för deltagande skickades till verksamheter som har distriktssköterskor som arbetar i hemsjukvård. Frågan om deltagande ställdes även genom grupper på internet för distriktssköterskor och till distriktssköterskor som författarna hade kontakt med via respektive arbetsplatser. Enligt Henricson och Billhult (2017, ss. 115) är det vid kvalitativa studier oftast få deltagare som deltar, därför är det viktigt att ha deltagare med en stor bredd. I studien deltog deltagare mellan 39 och 70 år som hade varit grundutbildade sedan tio till 35 år och specialistutbildade i åtta månader till 25 år. Sju av deltagarna var kvinnor och en var man. Utav dessa var en pensionerad, en timanställd i hemsjukvården och två jobbade i palliativa teamet. Resterande hade nuvarande sysselsättning i hemsjukvården. Deltagarna arbetade under olika tider på dygnet. Tre av deltagarna arbetade ofta natt men hade även erfarenhet av att arbeta dagtid. En av deltagarna arbetade enbart dagtid. Resterande av deltagarna arbetade både dag och kväll. De flesta arbetade i mindre kommuner men en deltagare arbetade i en storstad och en annan deltagare arbetade i en mellanstor stad.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer med åtta distriktssköterskor. De semistrukturerade intervjuerna bestod av öppna frågor formulerade med viss struktur enligt Danielsson (2017a, ss. 145). Frågorna formulerades på ett sätt som gjorde det möjligt att svara på examensarbetets syfte. Frågorna ställdes inte i samma ordning utan anpassades efter den berättelse som deltagarna framförde under intervjun. Då syftet var att belysa distriktssköterskors upplevelser ansågs semistrukturerade intervjuer som en passande metod för att få in så mycket data som

möjligt. Intervjuerna skedde i en trygg och lugn miljö för att intervjun skulle bli så ostörd som möjligt. Nedan följer exempel på intervjufråga och följdfråga. Se bilaga 1. för samtliga frågor som förbereds inför intervjuerna.

Tabell 1. Exempel på intervjufråga

Fråga:	Följdfråga:
Berätta om din upplevelse av samverkan kring den palliativa patienten i hemsjukvården?	Hur menar du då?

Enligt Danielsson (2017a, ss. 149) kan en provintervju göras för att utvärdera om de tänkta frågorna och upplägget passar frågeställningen samt hur lång tid intervjun tar. Den tekniska utrustningen bör även testas. En provintervju genomfördes där det undersöktes om de förberedda frågorna fick deltagaren att svara på syftet. Visa frågor lades till och vissa behövde utvecklas för att få intervjun att flyta på och för att svaren skulle gå in mer på djupet. Provinervjun bedömdes kunna bidra till att svara på syftet, därför användes denna i resultatet. Ljudinspelningen gjordes under intervjuerna. En av intervjuerna utfördes både på fysisk plats och genom videomöte, för att båda författarna skulle kunna delta. De andra sju intervjuerna skedde enbart via videomöte. Intervjuerna tog mellan 15 och 30 minuter. Båda författarna medverkade under sex intervjuer, det var två intervjuer där enbart en medverkade. Under intervjuerna kunde båda tolka kroppsspråk, tonläge och andra känslouttryck. Danielsson (2017a, ss. 151) skriver att det är viktigt att den som intervjuar är neutral, anpassar sig efter det som framkommer under intervjun och har ett samspel med den som blir intervjuad. Det är också av stor vikt att den som blir intervjuad lyssnas in, får tala till punkt och att eventuella följdfrågor kommer då den som blir intervjuad har pratat färdigt. Intervjun anpassades efter det som framkom under intervjun och genom att ställa följdfrågor anpassade efter det som deltagaren berättade. När båda var med på intervjun var det en som höll i intervjun och i slutet kunde den andra ställa följdfrågor relaterat till det material som framkommit under intervjun. Deltagarna fick under intervjun tänka till, tala till punkt och själva ställa följdfrågor om det var något som var oklart. Efter varje intervju transkriberades dessa i efterhand ordagrant.

Förförståelse

Enligt Priebe och Landström (2017, ss. 38) så finns värderingar och erfarenheter med sedan innan, vilket skapar en förståelse som kan influera examensarbetet. Genom att beskriva sin förförståelse och reflektera kring denna kan pålitligheten stärkas. Båda författarna har erfarenhet av att jobba med palliativ vård inom hemsjukvården. Den ena författaren jobbar i hemsjukvården och har flera gånger samverkat med andra professioner vid palliativ vård i hemsjukvården. Den andra författaren har erfarenhet av samverkan vid palliativ vård från sitt arbete på vård- och omsorgsboende. Detta gör att det finns en medvetenhet gällande att viss förförståelse kan förekomma. Detta skulle kunna påverka vilka frågor som ställts under intervjuerna samt hur de transkriberade intervjuerna har analyserats. För att undvika detta har författarna ständigt tänkt på om förförståelsen kunnat påverka analysen. En handledare som inte har erfarenhet av

fenomenet har fått läsa igenom materialet vilket kan minska risken för att förförståelsen har påverkat analysen och resultatet.

Dataanalys

Analysen utfördes genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats, utgående ifrån metoden beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Genom kvalitativ innehållsanalys har innehållet i den data som framkommit vid intervjuerna objektivt och systematiskt bearbetats. Analysen har genomförts i tre faser; förberedelsefas, organiseringsfas och rapporteringsfas. I förberedelsefasen lästes de transkriberade intervjuerna i sin helhet flertalet gånger, både enskilt och båda författarna tillsammans. Det gjordes för att få en god uppfattning av innehållet och för att skapa en helhetsbild över materialet. Det identifierades då vad i intervjuerna som var relevant för att kunna svara på syftet. I organiseringsfasen analyserades det transkriberade materialet genom kodning, skapande av kategorier samt abstraktion (Elo & Kyngäs 2008). Meningsbärande enheter identifierades genom att färgmarkeras och ord och fraser fick olika koder. Genom att sätta koder i materialet kunde skillnader och likheter identifieras. Koder som tolkades ha liknande innebörd kunde sedan sättas in i subkategorier. Subkategorier med liknande innehåll genererades till sist i huvudkategorier genom abstraktion, som innebär att en beskrivning av innehållet kan göras vilket i sin tur leder till skapandet av kategorier. Samtliga delar i analysprocessen sattes in i en tabell för att skapa en tydlig överblick. Kodning och innehåll diskuterades under hela analysprocessen. Detta underlättade identifiering av likheter och skillnader samt att innehållet inte riskerades att tolkades olika. Tabell 2 visar exempel på hur innehållsanalysen gick till. Rapporteringsfasen är den sista fasen, där genereras ett resultat baserat på innehållet i subkategorierna och huvudkategorierna.

Tabell 2: Exempel på dataanalys

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
”Och jag tycker liksom, det känns som man får påminna om att man ska vända och har du gjort munvård? Jag tycker att ska man sitta extravak då borde man ha fått den informationen om vad man ska göra, tycker jag. Det tycker jag inte funkar så bra.”	Information, kompetens.	Utmaning att upprätthålla patientsäkerhet	Samverkan genom kunskap och kompetens

Etiska överväganden

I lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) står det att studier och forskning som utförs på avancerad nivå under högskoleutbildning inte behöver genomgå en etikprövning. Därför gjordes inte en ansökan om etikprövning. Innan studien genomfördes skickades det ut ett underlag med en godkänd projektplan, informationsbrev och samtyckesblankett till verksamhetschefen för att begära tillstånd att göra studien enligt högskolan i Borås riktlinjer för magisterarbete (Akademin för vård, arbetsliv och välfärd Högskolan i Borås 2021). Samtyckesblanketter skickades ut till distriktssköterskor med information om studiens syfte samt hur den kommer att gå till, blanketten skrevs under innan intervjuerna genomförs. Om någon av deltagarna ändrar sig under studiens gång och inte vill vara med kommer materialet från den deltagaren att tas bort. Samtyckesblankett till verksamhetschef ses under bilaga 3 och samtyckesblankett till deltagare ses under bilaga 2.

Det insamlade materialet från intervjuerna förvarades under examensarbetets gång i det egna hemmet hos respektive författare, på lösenordsskyddade datorer. Det egna hemmet var även det enda stället där materialet bearbetades. Materialet var under hela arbetet anonymiserat genom att varje intervju fick ett nummer. Enligt Danielsson (2017a, ss. 147) kan detta minska risken för att deltagarna identifieras. Då examensarbetet var slutfört raderades allt material.

Det finns olika etiska principer att följa vid forskning. Författarna har till detta examensarbete valt att följa principerna respekt för personen, göra-gott principen och rättvisepincipen. Enligt Kjellström (2017, ss. 61-64) innebär respekt för personen att deltagarens autonomi respekteras och skyddas. I detta examensarbete har det följts genom att det funnits ett informerat samtycke där deltagaren har fått information om syftet och själv kunna ta ett beslut om att vara med i studien. Göra-gott principen bygger på att minimera risker, väga risker och nytta med varandra samt skydda konfidentialitet. Det har tillgodosetts genom att alla deltagarna var anonyma och att inga namn eller arbetsplatser nämndes. Rättvisepincipen innebär att sårbara grupper ska skyddas och att deltagarna ska behandlas likvärdigt. Principen används för att rättfärdiga det valet som görs av deltagare till studien. I examensarbetet har detta tillgodosetts genom att alla deltagare har erfarenhet från det valda fenomenet och därför kommer att kunna svara på syftet.

RESULTAT

Resultatet beskriver distriktssköterskors upplevelser av samverkan kring palliativ vård i hemsjukvården. Resultatet presenteras i två huvudkategorier, *Samverkan genom kunskap och kompetens* och *Samverkan genom kommunikation och tillgänglighet* med tillhörande sju subkategorier (Tabell 3).

Tabell 3: Sammanställning av subkategorier och huvudkategorier

Subkategorier	Huvudkategorier
Tvårprofessionella- och egna kompetensens betydelse för trygghet Tvetydigt förhållningssätt skapar otrygghet Utmaning att upprätthålla patientsäkerhet	Samverkan genom kunskap och kompetens
Vikten av en fungerande kommunikation Konsekvenser av bristande kommunikation Betydelsen av tillgängliga läkare Kommunikationens betydelse för närstående	Samverkan genom kommunikation och tillgänglighet

Samverkan genom kunskap och kompetens

Tvårprofessionella- och egna kompetensens betydelse för trygghet

Distriktssköterskor beskriver att alla professioner som samverkar kring den palliativa patienten är viktiga eftersom alla har olika kunskaper och erfarenheter som påverkar den palliativa vården. Distriktssköterskorna upplevde att en del distriktssköterskor och sjuksköterskor i hemsjukvården hade med sig erfarenheter av palliativ vård från andra arbetsplatser som bidrog till en högre kunskapsnivå. Att ha andra kollegor som har erfarenhet inom områden, som till exempel onkologi eller palliativ vård bidrog till en högre kunskapsnivå. Distriktssköterskorna upplevde att det underlättade samverkan i hemsjukvårdsgruppen att olika kunskaper och erfarenheter kunde delas mellan varandra. Erfarenhet och goda kunskaper upplevdes leda till att distriktssköterskan vågade ta mer eget initiativ och egna beslut. Distriktssköterskor upplevde att den egna

kompetensen i hemsjukvårdsgruppen är god men att det finns utvecklingspotential. De flesta kände sig trygga i sin roll och i sin kompetens, dels på grund av sin specialistutbildning men mestadels på grund av lång erfarenhet av arbete med just palliativ vård i hemsjukvården. Distriktssköterskor upplevde att samverkan med närstående fungerar bättre om de själva har tillräckligt med kunskap.

”Har man mer erfarenhet så är man ju inte så rädd. Då tar man kanske inte den allra minsta dosen utan man vågar öka på lite, så är det ju”

Tvetydigt förhållningssätt skapar otrygghet

Samverkan med palliativa teamet upplevdes fungera bra då kompetensnivån och kunskapen var hög, vilket distriktssköterskor upplevde skapa trygghet både för sig själva men också för patienten och de närstående. De upplevdes av distriktssköterskorna att professioner som arbetar i palliativa teamet var experter på sitt område och hade kunskaper kring vilka utmaningar som kan uppstå och hur dessa kunde lösas. Samverkan med primärvårdsläkare upplevdes varierande beroende på deras kunskap och kompetens. En del hade lång erfarenhet och mycket kunskap gällande palliativ vård medan andra läkare saknade viss kunskap. Det upplevdes att dessa läkare kunde ha svårare för att ta ställningstagande till palliativ vård och det kunde vara svårare att få tillgång till trygghetsordinationer. Även kunskapen gällande att hålla i brytpunktssamtal kunde brista hos läkare inom primärvården. Upplevelsen fanns att dessa brytpunktssamtal inte alltid var lika tydliga som de brytpunktssamtal som hölls av läkare i palliativa teamet. Distriktssköterskorna upplevde att det hade behövts mer stöd till vissa av läkarna inom primärvården. Under jourtid i hemsjukvården fick kontakt tas med jourläkare om det behövdes exempelvis trygghetsordinationer. Vid kontakt med jourläkare upplevdes det att kunskapen och kompetensen var väldigt varierande och en del hade svårt för ställningstagande till om patienten skulle få trygghetsordinationer.

“Jag hade nog turen tror jag att jobba mot bra läkare helt enkelt. Som hade lång erfarenhet och som var intresserade. Jag tror att jag i mitt område hade tur, det var nog inte alltid så lätt”

Utmaning att upprätthålla patientsäkerhet

Det fanns upplevelser av att kunskapen hos distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor borde vara högre. Upplevelsen var att det saknades tillgång till den senaste forskningen om palliativ vård i hemsjukvården. Distriktssköterskor upplevde att utbildning, föreläsningar och studiebesök kunde öka kunskapen. Det kunde saknas kunskap hos dem själva om medicintekniska produkter som inte förekom så ofta. Det fanns också en upplevelse av att det saknades en del kunskap kring läkemedelshantering. Samverkan med den omvårdnadspersonalen som hade utbildning eller lång erfarenhet fungerade oftast bra. Vissa kommuner hade omvårdnadspersonal som enbart jobbade med palliativ vård alternativt att de fick anmäla sig frivilligt om det fanns palliativa patienter, det skapade trygghet för distriktssköterskan och underlättade samverkan. De distriktssköterskor som inte hade omvårdnadspersonal i hemtjänsten som enbart arbetar

med palliativ vård upplevde att det hade varit bra med ett palliativt team med omvårdnadspersonal. Det upplevdes att det förekom både språkförbristningar och kunskapsbrist hos omvårdnadspersonalen. Det gjorde att samverkan blev svårare då omvårdnadspersonalen hade svårt att förmedla patientens mående så som besvärliga symtom som kunde uppstå. Kunskap saknades även om bland annat munvård och trycksårsförebyggande vård vilket gjorde att patienten inte alltid fick den vården som behövdes. Distriktssköterskor upplevde att det kunde vara vikarier utan utbildning och erfarenhet som satt hos patienten den sista tiden i livet. Det påverkade samverkan genom att distriktssköterskan behövde påminna om att ge munvård och vända patienten. Distriktssköterskor upplevde därför behov av ökad kompetens och utbildning av omvårdnadspersonalen. Flera distriktssköterskor uttryckte att de gärna tagit sig tid till att utbilda omvårdnadspersonal för att öka kunskapen hos dem. I en kommun hade man anställt en sjuksköterska som enbart skulle arbeta med palliativ vård och framför allt med att utbilda omvårdnadspersonal vilket upplevdes positivt av distriktssköterskan.

“Har man inte utbildning blir det svårt att se olika symtom. Då blir det svårt att meddela distriktssköterskan”

Samverkan genom kommunikation och tillgänglighet

Vikten av en fungerande kommunikation

Samverkan med det palliativa teamet varierade. Vissa palliativa team var snabba på att höra av sig när en patient skrevs in så distriktssköterskan från hemsjukvården kunde medverka vid inskrivningssamtalet. Andra team hörde av sig några dagar efter inskrivningssamtalet vilket innebar att distriktssköterskan i hemsjukvården upplevde att det missades information som sagts på det första mötet. Det kunde leda till att vissa insatser från hemsjukvården kunde fördröjas. De missade även att då träffa patienten och närstående vilket gjorde att distriktssköterskan inte alltid kunde svara på frågor som dök upp efter mötet. Annars upplevdes samverkan med det palliativa teamet fungera bra med kontinuerlig kontakt och regelbundna uppföljningar. Det var en tydlig ansvarsfördelning och ofta en god samverkan med förberedelser inför hemgång från sjukhus. Upplevelsen var hos distriktssköterskor att det fanns stort förtroende mellan hemsjukvård och palliativa teamet. Detta underlättade arbetet då patienten snabbare kunde få nödvändig hjälp då distriktssköterskan och palliativa teamet litade på varandras kompetens och erfarenhet. Palliativa teamet fanns i vissa kommuner tillgängliga dygnet runt för rådfrågningar och läkemedelsordinationer. Palliativa teamet brukade komma ut på hembesök om distriktssköterskan upplevde att det fanns behov av detta. När distriktssköterskan deltog vid inskrivning och brytpunktssamtal med det palliativa teamet visste alla vad som var bestämt vilket skapar en trygghet. Samverkan med det palliativa teamet skapade trygghet för distriktssköterskan, patienten samt närstående och var av stort värde i teamet. Vissa palliativa team var underbemannade vilket medförde att tillgängligheten till teamet kunde vara mer begränsad än vad det beskrevs vara för några år sedan.

“Jag upplever att patienten och närstående känner sig mer trygga med sjuksköterskan i palliativa teamet, det är mycket deras ord. Så här sa sjuksköterskan i palliativa teamet och då gör vi så här”

Samverkan och kommunikationen mellan distriktssköterskor och sjuksköterskor i hemsjukvården upplevdes fungera bra. Överrapportering mellan skiften upplevdes välfungerande, vilket skapade en tydlighet kring vilka insatser som gjorts. Distriktssköterskor upplevde att det kunde vara mycket att göra vid vård av palliativa patienter men att kollegor hjälpte till att avlasta varandra för att dessa patienter skulle kunna prioriteras. Samverkan och kommunikationen upplevdes fungera bättre när det var mindre verksamheter och kortare beslutsvägar i kommunen. Kommunikation upplevdes fungera bra när omvårdnadspersonal, distriktssköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och chefer satt nära varandra och träffades regelbundet, detta ledde till en god samverkan. När organisationen blev för stor kunde det upplevas att vissa inte tog sitt ansvar utan istället lade över beslutstagandet åt någon annan. Det kunde ibland upplevas svårt med samverkan med biståndshandläggare då det kunde dröja med att bevilja nödvändiga insatser. Då distriktssköterskan bedömt behov av att omvårdnadspersonal skulle sitta hos patienten sista tiden i livet kunde det ibland upplevas ett visst motstånd från enhetschefer gällande om det verkligen var nödvändigt. Distriktssköterskan upplevde att det hade varit skönt om det fanns ett färdigt kit med insatser som sattes in vid palliativ vård. När det blev mycket jobb med palliativa patienter kunde chefen bevilja att extra personal sattes in efter kommunikation med distriktssköterskan.

“Vi bor i ett litet samhälle, liten kommun. Vi har bra samarbete med vår hemtjänst och rehab. Jag upplever att vi är ganska snabba på att sätta in de insatserna som behövs”

Konsekvenser av bristande kommunikation

Distriktssköterskor beskriver att samverkan främst fungerade bra med de palliativa avdelningarna på sjukhuset. Många patienter hade öppen retur och fick komma in vid behov om det behövdes någon behandling eller läkemedelsförändring som inte kunde genomföras i det egna hemmet. Med andra avdelningar var upplevelsen att det fanns mycket brister gällande samverkan genom framförallt dålig informationshantering. Informationen från sjukhuset kunde vara bristfällig, vilket kunde ge en felaktig bild av patientens vårdbehov. Patienter var inte alltid bedömda palliativa på sjukhuset trots att det var tydligt att patienten var i ett palliativt skede. När patienter har följts på olika mottagningar på sjukhuset upplevdes det ibland att patienten inte fått information om hur sjuk den är och att ingen tagit medicinskt ansvar för patienten. När patienten då kom hem och var i dåligt skick kände sig distriktssköterskan väldigt ensam då ingen tog ansvar för att stötta upp. Det kunde leda till att patienter kom hem utan att det fanns tillräckligt med hjälpmedel i hemmet och att det inte hade planerats för de insatser som behövdes. Det upplevdes även att konsultationer på sjukhuset kunde vara svåra att få tag på gällande frågor eller ordinationer, samt att det kunde dröja med att få information gällande patienter.

“Det är väldigt svårt att förstå hur dålig patienten är. De är ofta sämre än vad det står och svårt att samordna insatserna för det är väldigt bristfällig information från sjukhuset”

Betydelsen av tillgängliga läkare

Distriktssköterskors upplevelser av samverkan med primärvården var varierande. En del upplevde en god samverkan med patientansvarig läkare (PAL), att vårdcentralen var lättillgänglig och hade den tid som behövdes. En distriktssköterska hade erfarenhet av att kunna ringa PAL dygnet runt i slutskedet hos patienten vilket skapade en stor trygghet för både distriktssköterskan, patienten och närstående. Det kunde i vissa fall dröja innan hembesök gjordes av PAL men för det mesta fungerade det bra med brytpunktssamtal och trygghetsordinationer. I de hemsjukvårdsgrupper där det saknades en PAL så fanns det mer brister i samverkan och i vården. Distriktssköterskor upplevde sig ibland behöva tjata på läkaren för att erhålla bedömning. Dokumentationen kring vad som utförts kunde brista och brytpunktssamtal utfördes inte alltid. Om en patient blev försämrad på jourtid kunde det ibland upplevas att det fanns vissa brister gällande framförhållning. För det mesta var det ordnat med palliativa läkemedelsordinationer men det förekom att det kunde bli en fördröjning av detta. Denna brist på framförhållning upplevdes förekomma både för patienter inskrivna i det palliativa teamet och i primärvården. Under jourtid behövde jourläkare ibland kontaktas för ordinationer. Samverkan med jourläkare kunde vara svår då jourläkaren ibland ifrågasatte varför ordinationer inte ordnats under dagen. Upplevelsen var att det ibland kunde vara svårt att få nödvändiga ordinationer. Ofta hjälpte det att ge tydlig och noggrann information till jourläkaren för att kunna få trygghetsordinationer.

“Det är svårt när man ser att ordinationerna man har kanske inte räcker till på jourtid. Då är det inte alltid så lätt att ringa en jourläkare och förklara hela situationen”

Kommunikationens betydelse för närstående

Distriktssköterskor upplevde att samverkan och kommunikationen med närstående varierade beroende på hur insatta de var i situationen samt vilka kunskaper och erfarenheter de själva hade med sig. Om närstående hade fått tillräckligt med information fungerade ofta samverkan bra. Det krävde att läkaren hade varit tydlig vid brytpunktssamtalet. Det upplevdes också att det var viktigt att distriktssköterskan tog sig tid för att kommunicera med närstående och att kommunikationen var tydlig, ärlig och öppen. Under natten upplevdes det vara lugnare och att det fanns mer tid för samtal med patienten och närstående. Det var viktigt att skapa förtroende och en god relation. Därför var det viktigt med en tidig kontakt mellan patienten, närstående och distriktssköterska. Ju tidigare kontakten togs desto mer delaktig kunde patienten bli i sin vård. Om informationen brast till närstående kunde det skapa konflikter och oro. Distriktssköterskor upplevde ibland att närstående kunde uppleva att distriktssköterskan inte gjorde något och att vården brast. Det kunde också leda till att närstående inte förstod hur stort omvårdnadsbehov som kan uppstå vilket gjorde att distriktssköterskan behövde utföra

mer omvårdnad, vilket det inte fanns tid för. Det var viktigt att vara trygg och tydlig i sin roll som distriktssköterska. Då var närstående ofta mer informerade och var beredda på saker som kunde inträffa och åtgärder som behövdes göras. Det fanns också svårigheter med samverkan och kommunikationen när patienten och närstående inte hade haft en bra relation. Kommunikation och delaktighet var därför två viktiga aspekter för en god samverkan med patienten och närstående upplevdes det av distriktssköterskan. Tillgång till präst eller kurator kunde hjälpa till att skapa en bra samverkan. Ofta fick patienten, närstående och distriktssköterskan en nära relation samt ett stort förtroende.

“Jag känner att precis som vid födseln ska det vara ett fint minne. Det ska vara likadant i livets slutskede för det får inte vara traumatiskt för patienten och närstående. Därför är det så viktigt att man ger det tiden som det behövs”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av samverkan vid palliativ vård i hemsjukvården. Forskningsdesignen som användes var kvalitativ metod med ett induktiv ansats som genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ metod syftar till att beskriva upplevelser (Henricsson & Billhult 2017, ss. 114), vilket gjorde metoden relevant för examensarbetet. Upplevelser av samverkan inom palliativ vård i hemsjukvård har vid sökning av tidigare studier inte visat sig vara särskilt väl utforskat varför det är rimligt att anta en induktiv inriktning. Då induktiv ansats enligt Henricson (2017, ss. 53) är relevant att använda då det inte finns så mycket forskning i ämnet. Induktiv ansats syftar enligt Elo och Kyngäs (2008) till att det transkriberade materialet genom abstraktion bryts ned till ett resultat med kategorier och subkategorier. Detta gör det möjligt att beskriva det som undersökts samt skapar en förståelse och genererar kunskap. Eftersom syftet med examensarbetet var att beskriva upplevelser så var därför den valda metoden en styrka. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017, ss. 430) handlar överförbarhet om att resultatet i arbetet kan överföras till andra grupper, kontexter eller situationer och i vilken grad det kan överföras. För att överförbarhet ska kunna bedömas ska resultatet vara tydligt beskrivet och trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet behöver vara konfirmerade. För att bedöma studiens trovärdighet och pålitlighet så bör det göras en bedömning kring om forskningsdesignen är lämplig för att kunna ge ett svar på syftet. Det bör även bedömas om vald design är tillförlitlig gällande att täcka in alla aspekter i det som undersöks. Forskningsmiljön har lärt kännas innan studien gjordes genom att läsa på om metoden som användes samt hur intervjuerna skulle genomföras. Frågor skapades innan intervjuerna gjordes och dessa vara kopplade till det fenomen som undersöktes. Detta kan skapa ökad trovärdighet enligt Mårtensson och Fridlund (2017, ss. 431-432).

Styrkan i att använda semistrukturerade intervjuer är att det finns utrymme till att diskutera frågor som uppkommer spontant under samtalet, vilket kan ge en ökad bredd i det som diskuterades. Spontana frågor bör dock ändå bidra till att svara på syftet (Wibeck

2017, ss. 174). Oplanerade frågor samt följdfrågor kunde därför ställas, som hjälpte till att utveckla deltagarnas svar, vilket ses som en styrka. Det gjorde också att författarna kunde få mer utvecklade svar och att deltagarna fick chans att prata om sådant som författarna kanske inte kommit på att fråga om, men som var aktuellt för att svara på syftet. Danielsson (2017, ss. 151) skriver att det är viktigt att den som intervjuar är neutral, anpassar sig efter det som framkommer under intervjun och har ett samspel med den som blir intervjuad. Det är också av stor vikt att den som blir intervjuad lyssnas in, får tala till punkt och att eventuella följdfrågor kommer då den som blir intervjuad har pratat färdigt. Genom att göra intervjuerna själva kunde tonläge och kroppsspråk läsas av under intervjuerna. Att båda författarna deltog gav också möjlighet till att båda gavs möjlighet att ta del av icke-verbal kommunikation. Enligt Danielsson (2017a, ss 151) så kan observation av tonfall, gester och kroppsspråk underlätta identifieringen av deltagarens känslor inför det som beskrivs. Detta kan i sin tur ha betydelse för tolkningen av de transkriberade intervjuerna. Författarna hade inte utfört en kvalitativ studie med intervjuer tidigare, vilket gjorde att det saknades erfarenhet kring att utföra intervjuer. En styrka blev därför att det utfördes en provintervju. Enligt Danielsson (2017a, ss. 149) ger detta intervjuaren tillfälle att känna på hur det är att intervjuas samt kunna justera frågorna som ställs. Provintervjun resulterade i att frågorna justerades för att bättre kunna svara på syftet. Det gjorde att ett bredare material kunde fås vid intervjuerna. En svaghet var att deltagarna inte alltid svarade med sin egna upplevelse utan ibland kunde berätta om att de hade hört något från någon annan eller beskrev hur det bör fungera. Enligt Danielsson (2017a, ss.143) är det deltagarnas egna erfarenheter som med egna ord ska beskrivas. Beskrivning av andras erfarenheter istället för de egna resulterade därför i begränsningar av materialet, som gjorde att vissa delar inte kunde användas. En annan svaghet var att författarna inte transkriberat material innan. Enligt Danielsson (2017a, ss. 152) är det en fördel att intervjuaren själv transkriberade intervjun då detta kan öka förståelsen för innehållet i intervjun. Författarna valde därför att själva transkribera materialet, vilket blev en styrka då intervjun fick höras i sin helhet av båda författarna i efterhand. En svårighet med examensarbetet var att det var problematiskt att få tag på tillräckligt med deltagare. I vissa fall berodde det på att det inte gavs någon återkoppling på skickade förfrågningar, i andra fall berodde det på att intervjuer behövde ställas in pga sjukdom. Danielsson (2017b, ss. 289) beskriver att för litet antal deltagare kan leda till begränsning av data. Samtidigt bör det varken vara för få eller för många deltagare i en studie (Danielsson 2017a, s. 149). Författarna fick tillslut åtta stycken deltagare som intervjuades, vilket ansågs tillräckligt då dessa var av olika kön samt i olika åldrar. Deltagarna har arbetat i storstad, mellanstor stad samt på landsbygd. Deltagarna har arbetat olika länge både som sjuksköterskor och distriktssköterskor samt olika lång tid i hemsjukvården. Enligt Henricson och Bilhult (2017, ss.115) är det en styrka att det är en variation i urvalet av deltagare då detta kan ge en större variation i intervjuerna. Författarna tänker att om intervjuerna skulle utföras med enbart kvinnor i 50-års ålder, som jobbat ungefär lika länge och bor i en storstad, så skulle resultatet kunna vara ett annat än om undersökningen i stället utförs med yngre distriktssköterskor som bor på landsbygden och som inte har lika lång erfarenhet. Elo och Kyngäs (2008) beskriver vikten av en tydlig beskrivning av analysprocess och resultat för att det ska vara tydligt hur analysen gick till och för att det ska framgå tydligt vilka styrkor och svagheter som finns. Det beskrivs vidare att en tydlig koppling mellan resultatet och den insamlade datan ökar tillförlitligheten i examensarbetet. Författarna har i examensarbetet beskrivit analysen av de transkriberade intervjuerna både i text och med

användning av en tabell som påvisar exempel på hur analysen gått till. Enligt Elo och Kyngäs (2008) kan användning av tabeller och bilagor göra att kopplingen mellan data och resultat blir tydligare. Författarna anser att alla delar i metoden är tydligt beskrivna. Vilket enligt Elo och Kyngäs (2008) stärker tillförlitligheten och överförbarheten, då läsaren tydligt kan följa med i hur examensarbetet har utförts.

Mårtensson och Fridlund (2017, ss. 431-433) menar att bekräftelsebarheten ökar om analysprocessen tydligt har beskrivits och kontinuerligt har verifierat ställningstaganden under hela forskningsprocessen. Genom att vara neutrala och låta andra personer läsa igenom och granska materialet underlättar det för att vara neutral. En handledare har läst igenom arbetet och materialet som användes till resultatet, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017, ss. 432) kan öka trovärdighet och bekräftelsebarhet. De menar att då texten granskas av andra ögon kan en diskussion skapas gällande innehållet och det kan underlätta att förståelsen inte färgar resultatet. Eftersom båda författarna sedan innan hade erfarenhet av palliativ vård så fanns en medvetenhet kring att förförståelsen kunnat påverka. Det hade bland annat kunnat påverkat vilka frågor som valts att ställas vid intervjuerna. Även vid analysen av de transkriberade intervjuerna finns det risk för påverkan av resultatet då det finns förförståelse i ämnet. Detta har försökt undvikas genom att vid analys vara medveten om denna förförståelse. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017, ss. 432) kan en beskrivning av den egna förförståelsen öka pålitligheten. Författarna har beskrivit sin förförståelse för fenomenet och sina erfarenheter av att göra en datainsamling och dataanalys vilket skapar en ökad pålitlighet. När det kommer till etiken beskriver Sandman och Kjellström (2018, ss. 380) att en studie behöver uppfylla tre krav för att kunna kalla sig etisk. Det ska handla om väsentliga frågor, studien ska ha en god vetenskaplig kvalitet och den ska genomföras på ett sätt som är etiskt. Författarna anser att detta uppfylls genom att examensarbetets syfte handlar om frågor som är relevanta för hälso- och sjukvårdsverksamheter, såsom hemsjukvård, men kan även vara relevant för sjukhus och primärvård. God vetenskaplig kvalitet anses av författarna uppnås genom att en kvalitativ metod användes för att svara på syftet. Etiska principer följdes under examensarbetet vilket gör att examensarbete av författarna anses ha genomförts på ett etiskt sätt.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att distriktssköterskan upplever att samverkan kring den palliativa patienten i hemsjukvården varierar. Samverkan med palliativa teamet och kollegor i hemsjukvården upplevs ofta fungera väl. Distriktssköterskor upplever att samverkan med läkare i primärvården, jourläkare och omvårdnadspersonalen varierar, ofta brukar samverkan fungera bättre när de olika professionerna har en god kunskap om palliativ vård. Distriktssköterskor upplever att när samverkan inte fungerar och vården brister så beror det ofta på bristande kommunikation och kunskap. När samverkan inte fungerar upplever distriktssköterskan att det leder till fördröjningar av vård och insatser samt en bristande trygghet. Eftersom betydelsen av kompetens, kommunikation och tillgänglighet är återkommande delar i distriktssköterskors upplevelser av samverkan så kommer diskussionen grunda sig i detta.

Distriktssköterskans roll för samverkan

Teamarbete är en av hörnstenarna i palliativ vård. Teamet ska tillsammans samverka för att tillgodose patientens behov (Regionala cancercentrum 2023, ss. 24-25). Resultatet visar att distriktssköterskor upplever att de har en central del i teamet och är den som har huvudansvar för samverkan. I Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (2023) står det att en central del för sjuksköterskan är att samverka i team och kunna leda omvårdnaden. Enligt Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019) är kunskap kring ledarskap och organisering ett krav för distriktssköterskan, för att kunna leda teamet. Midlöv och Lindberg (2020) skriver i sin studie att distriktssköterskor upplever att huvudansvaret för samverkan ligger hos dem, vilket ställer krav på en bred kompetens. Även Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) skriver att sjuksköterskan har en central roll i teamet som samverkar med andra professioner, patienter och närstående. Sullivan, Mann, Mullen och Chang (2021) skriver om att ömsesidigt förtroende till andra professioner är grunden till att kunna säkerhetsställa att patientens behov tillgodoses av teamet. Enligt Lindberg (2022, ss. 311-313) måste ett ledarskap som utgår från ett vårdvetenskapligt perspektiv inkludera människors existentiella dimensioner. Det kan exempelvis handla om att möta patienters sorg istället för att blunda för det. Det är sjuksköterskan som har kunskap och sjukdomar och behandlingar. Därför måste sjuksköterskan göra patienten delaktig i sin vård genom att stötta patienten. Genom att använda ett vårdvetenskapligt perspektiv i sin ledarroll kan det bästa för patienten ses i situationen. Genom kunskapen som sjuksköterska har kan ett behov av vård upptäckas och genom att vara lyhörd och bestämd kan en tillit skapas i vårdandet. Bergbom, Honorary, Nåden och Nyström (2021) skriver att ett vårdlidande kan skapas om patientens vårdbehov inte tillgodoses.

Teamsamverkan

Distriktssköterskor uttrycker i resultatet att den egna kompetensen kring palliativ vård är hög men att både den egna samt andra sjuksköterskors kompetens hade kunnat förbättras. Mikaelsson, Midlöv och Lindberg (2020) och Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) beskriver att palliativ vård kräver stor kunskap och erfarenhet. Enligt Penz och Duggleby (2012) saknas ibland tillräckligt med stöd för att hemsjukvården ska kunna bedriva en tillräckligt god vård. Enligt resultatet upplever distriktssköterskorna att kunskap och kompetens bör öka genom utbildning och träning. Distriktssköterskans fördjupade utbildning kan enligt Arnaert och Wainwright (2009) bidra med stöd och kunskap till sina kollegor. Appelin och Berterö (2004) beskriver patienters upplevelse av att kompetenta distriktssköterskor skapar trygghet för patienten. Detta stämmer även in på Söderberg, Rydell Karlsson och Löfvenmark (2015) som även de beskriver att en god kompetens hos vårdpersonal har betydelse för patientens känsla av trygghet. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 300-301) ansvarar sjuksköterskan för att all omvårdnad är evidensbaserad. Det gäller även den vården som omvårdnadspersonalen utför. Inom omvårdnad ingår det att bland annat hjälpa människor med att få en fridfull död. Sjuksköterskan ska se till att det bedrivs en patientsäker vård och att kvaliteten på vården är god. Sjuksköterskan är ansvarig för att leda omvårdnaden och samverka med andra professioner för att se till att det finns tillräckligt med kunskap hos alla professioner i teamet. Enligt Söderberg, Rydell Karlsson och Löfvenmark (2015) upplever patienter att en annan del av vården som skapar trygghet är omvårdnadspersonalen i hemtjänsten, med regelbundna besök och trygghetslarm.

Resultatet visar att distriktssköterskor upplever att samverkan med omvårdnadspersonalen till stor del fungerar bra. Framför allt då det förekommer omvårdnadspersonal som har god kunskap och kompetens kring palliativ vård. Smedman, Gustafsson och Flensner (2015) skriver att samverkan mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska var viktigt för att omvårdnadspersonalen skulle känna en trygghet vid palliativ vård. Enligt Lindberg (2022), ss. 306-307 är sjuksköterskan ansvarig för att samverka med och leda teamet som vårdar patienten, i detta team ingår även patienten och närstående. Teamet ska utgå från ett patientperspektiv i vårdandet. Sjuksköterskan ska kunna leda omvårdnadsarbetet och se till att de olika kompetenserna i teamet används korrekt. Genom sjuksköterskans ledarskap ska vården vara av god kvalitet. Vården ska utgå från patientens erfarenheter, vilja, önskingar och behov. Enligt Bergbom, Honorary, Nåden och Nyström (2021) kan ett vårdlidande undvikas om patienten känner att vårdpersonalen lyssnar och patienten känner sig bekräftad och förstådd. Arman (2022), s. 47 skriver att grunden för hälso- och sjukvård är att lindra lidande. För att lindra lidande och bidra till hälsa behöver distriktssköterskan och andra professioner visa medmänsklighet och förståelse.

När det kommer till kunskap och kompetens hos läkare i primärvården och hos jourläkare så visar resultatet på att distriktssköterskor upplever den som varierad. Törnquist, Andersson och Edberg (2012) beskriver att sjuksköterskor upplever att läkare inte alltid lyssnar och kan neka nödvändiga ordinationer. Distriktssköterskor upplever i resultatet att vissa läkare hade svårt för ställningstagande och att det kunde vara svårt att få trygghetsordinationer. Enligt Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) är det uppskattat av distriktssköterskan att ha ett multiprofessionellt team att luta sig tillbaka på. Det är då viktigt att läkarna lyssnar och kan svara på frågor, för att det ska bli en god vård. För att ge en god palliativ vård är det även en förutsättning att en vårdplan görs i förväg. Regionala cancercentrum (2023, ss. 85-87) skriver att genom att följa de sex s:en kan en vårdplan utformas som alla professioner kan följa som arbetar med patienten. Det bidrar också till en mer personcentrerad vård där patienten och närstående kan bli mer delaktiga i vården. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 108-110) är delaktighet en viktig del för att patientens egna medverkan spelar en stor roll för att resultatet av vården ska bli bra samt att det ska vara en patientsäker vård. För att kunna ge en god vård behöver patienten dela med sig av sin erfarenhet. Att göra patienten delaktig i sin vård handlar också om att samverka mellan vårdaren och patienten ska fungera där bådas kunskap respekteras och hörsammas.

Samverkans betydelse för symtomlindring

Symtomlindring är också en av hörnstenarna i palliativ vård (Regionala cancercentrum 2023, ss. 24-25). Symtomlindring är även ett av de sex s:en. De sex s:en kan användas för att göra vården mer perscentrerad (Regionala cancercentrum 2023, ss. 85-87). Teamet som vårdar patienten ska tillsammans samverka för att lindra symtom som kan uppstå (Regionala cancercentrum 2023, ss. 24-25). Resultatet visar att distriktssköterskor upplevde att palliativa teamet hade stor kunskap och kompetens om den palliativa vården. Upplevelsen var också att samverkan ofta fungerade väl med palliativa teamet. Enligt Nationella rådet för palliativ vård (2022b) är målet med palliativ vård att lindra lidande, stärka livskvalitet och förbättra välbefinnandet. Enligt Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) är samverkan med palliativa team en viktig del för att uppnå tillräcklig symtomlindring, då

dessa har specialiserad utbildning och erfarenhet av palliativ vård. Distriktssköterskor upplever att kunskapen hos palliativa teamet skapar trygghet både hos hemsjukvården, patienten och närstående. Söderberg, Rydell, Karlsson och Löfvenmark (2015) skriver att vid vård i hemmet behöver patienten och närstående känna trygghet. Den välbekanta hemmiljön skapar i sig en trygghet för patienten men rädsla fanns för att försämring skulle ske under tiden då patienten var ensam, vilket gav upphov till otrygghet. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 83-84) är trygghet en viktig del i relation till hälsa och välbefinnande. Trygghet är en grundläggande känsla som kan utgå från olika delar. Det kan exempelvis handla om en god miljö, kunskap och kontroll. Genom att patienten får kunskap och kontroll av sin sjukdom och symtom så kan det skapa en trygghet. Resultatet visade på att distriktssköterskor upplevde att kunskapen och kommunikationen med omvårdnadspersonalen påverkades av bristande kunskap och brister i språket. Distriktssköterskor upplevde att det gjorde det svårt att få fram information om symtom patienten upplevde. Arman (2017, ss. 221-222) framhåller att det är viktigt att känna igen tecken på lidande hos patienter för att vården ska kunna lindra patientens symtom. Vårdaren ska kunna kommunicera med patienten genom att lyssna på deras berättelser och frågor men även genom att läsa av kroppsspråk för att upptäcka lidande.

Kommunikationen påverkar patientsäkerheten

En annan del som ingår i de fyra hörnstenarna är kommunikation. Enligt resultatet upplever distriktssköterskor att kommunikationen brister vid samverkan. Detta gäller framförallt samverkan med sjukhuset. Det saknas ofta tillräckligt med information gällande patienternas behov av vård. Även i det palliativa teamet kan samverkan brista gällande kommunikationen då hemsjukvården inte alltid kontaktas i god tid när patienter ska skrivas in i palliativa teamet. Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) anser att det är viktigt att alla känner till patientens status och att det finns en trygghet kring det som bestämts. Mikaelsson Midlöv och Lindberg (2020) instämmer i att det skapas en trygghet hos patienten och närstående om alla vet vad som kommer hända. Vidare beskrivs att när olika instanser har olika journalsystem kan detta leda till brist i samverkan genom att kommunikationen brister och det finns en risk att information inte når fram. Arnaert och Wainwright (2009) beskriver att det är viktigt att samverka mellan sjukhus, hemsjukvård, patienten och närstående fungerar för att bedriva en god och säker vård. Enligt Danielsson, Sand, Rosland och Førland (2018) krävs det att samverkan fungerar gällande planering för hjälpmedel, läkemedel och medicinsk utrustning för att kunna ge en god och patientsäker vård i hemmet. Enligt Arman (2022), ss. 48-49 kan det skapas ett vårdlidande om det saknas en god och säker vård. Det kan leda till ett ökat lidande hos patienten genom att det exempelvis kan skapa en osäkerhet eller att patienten inte får den vård som behövs.

Samverkan och kommunikation påverkar tryggheten

Distriktssköterskor upplever att planering gällande läkemedel och trygghetsordinationer är varierande. Distriktssköterskor upplever att samverkan med palliativa teamet och PAL oftast fungerar gällande brytpunktssamtal och att ordinera trygghetsordinationer. De är

ofta även tillgängliga för frågor. När det saknades en PAL kunde det upplevas att samverkan var sämre och att bland annat brytpunktssamtalet var otydligt med den läkare som fick utföra det. Mikaelsson, Midlöv och Lindberg (2020) skriver att distriktssköterskor upplever att en fungerande samverkan med läkare är en grund för att patienten, närstående och distriktssköterskan ska känna en trygghet. För att samverkan ska fungera krävs det att läkaren är tillgänglig och prioriterar palliativa patienter. När det brister upplevs det bero på att det saknas kontinuitet, tillgänglighet, intresse och kompetens. Wu, Hseih, Kuo och Wu (2022) beskriver att om läkare inte finns tillgängliga skapar detta en otrygghet hos distriktssköterskan. De skriver vidare att kontinuitet skapar ett förtroende samt att problem tidigare kan identifieras och åtgärdas. Enligt Sullivan, Mann, Mullen och Chang (2021) blir distriktssköterskans arbete lättare om det finns en god samverkan i teamet. Enligt Hamlin, Jemsson, Rahm och Henricson (2013) behöver patienten kunskap om sin sjukdom och behandling för att undvika en osäkerhet. Om patienten själv får vara med och bestämma över sin vård skapas en delaktighet som i sin tur skapar en trygghet. Vårdpersonal kan hjälpa patienten att bli delaktig i sin vård. Gustafsson, Snellma och Gustafsson (2013) beskriver att tydlig kommunikation där innebörden av det som sägs är förstådd skapar ett vårdande möte. Detta kan i sin tur skapa förtroende, säkerhet och trygghet hos patienten och närstående. Dahlberg och Segesten (2010), ss. 86-88 skriver att trygghet är ett fenomen som kan visa sig på olika sätt beroende på situationen patienten är i. Trygghet är en del som skapas av bland annat att få stöd och hjälp, leva med någon, att ha kontroll över kroppen och behandlingen. Det kan också vara att tro på sjukvårdssystemet, de olika professionerna som samverkar kring patienten och de läkemedel som ges. Vid allvarlig sjukdom kan en otrygghet skapas, men det kan infinna sig en trygghet i att hoppas på att slippa en långsam och plågsam död. Trygghet och otrygghet är en del som kan skapa ett lidande där exempelvis en otrygghet kan skapa ett livslidande.

Samverkans betydelse för patienten och närstående

Regionala cancercentrum (2023) beskriver närståendestöd som en del av de fyra hörnstenarna. Söderberg, Rydell Karlsson och Löfvenmark (2015) beskriver att patienter upplever oro gällande sina närstående och att det därför var viktigt med tydlig information för att patienten och närstående skulle uppleva trygghet. Även Appelin och Berterö (2004) beskriver att patienten tycker det är viktigt med stöd till närstående och att trygghet ska skapas för båda parter. Tydlig kommunikation beskrivs i resultatet som något som distriktssköterskor upplever underlättar samverkan med närstående. En god relation och förtroende för patienten och närstående är även det av vikt. Det kräver en tidig kontakt och att distriktssköterskan är trygg och tydlig i sin roll upplever distriktssköterskor. Mikaelsson, Midlöv och Lindberg (2020) skriver att det är svårt med kommunikationen när patienten och närstående inte är införstådda eller inte accepterar situationen. De skriver vidare att distriktssköterskor med kunskap och erfarenhet har lättare att ta de svåra samtalen som kan uppstå än de kollegor som har mindre erfarenhet. När patienten försämras kan närstående bli oroliga och då är det viktigt att informera om vad som händer. Gustafsson, Snellma och Gustafsson (2013) beskriver att det är viktigt att vara tydlig och välja vilka ord som används vid kommunikation med närstående för att kunna ge stöd. Det är också viktigt i det vårdande samtalet att lyssna och visa att man är tillgänglig. Resultatet visar att distriktssköterskor upplever att det kan förekomma

tidsbrist men att kollegor försöker avlasta varandra så palliativ vård kan prioriteras. Enligt Wu, Hsieh, Kuo och Wu (2022) och Sullivan, Mann, Mullen och Chang (2021) skapas en trygghet genom att sjuksköterskan är tillgänglig och går att kontakta.

Enligt Appelin och Bertrö (2004) vill många patienter få dö i det egna hemmet. Alvariza och Holm (2019, ss. 86-92) beskriver att patienten kan vara ensam en stor del av dygnet, även om hemsjukvård och andra team sköter patienten. Detta ställer krav på patientsäkerheten. Enligt Söderberg, Rydell Karlsson och Löfvenmark (2015) upplever patienter att ett vårdande team i det egna hemmet var en trygghet då detta kunde innebära att patienten inte behövde åka till sjukhuset vid försämring. Sjukhuset med sina långa väntetider och korta vårdtider, med okänd personal, skapade otrygghet för patienten och närstående. Danielsson, Sand, Rosland och Førland (2018) visar att god samverkan och goda relationer är viktigt för att kunna bedriva palliativ vård i hemmet. Enligt Flink och Ekstedt (2019) ställer detta krav på god samverkan och gemensam planering mellan alla i teamet. Söderberg, Rydell, Karlsson och Löfvenmark (2015) skriver vidare att tillgänglighet och kännedom i teamet skapar en trygghet för patienten. Enligt Hamlin, Jemsson, Rahm och Henricson (2013) är även delaktighet i vården viktig för patientens trygghet, det kräver att patienten får kunskap och stöttning gällande sin vård. Enligt resultatet upplevde distriktssköterskor att tydlig kommunikation och delaktighet var viktigt för ett gott samarbete med patienten och närstående. Ekebergh (2022, s.19) framhåller att ett vårdande med livsvärlden som grund innebär att patientperspektivet står i fokus. När patientperspektivet står i fokus betyder det att vårdaren ska lyssna på patientens berättelse med en öppenhet av patientens upplevelser och erfarenheter. Patienten ska ses som en expert på sin hälsa, sjukdom och lidande. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är vårdande samtal en viktig del för att lyssna till patientens livsvärld. För att genomföra ett vårdande samtal krävs det att man talar med patienten och inte till patienten. Vårdande samtal uteblir ofta när möten är hårt styrda och fokus ligger på rutiner sedan tidigare. Patienter väntar ofta på att vårdaren ska ta sig tid till att lyssna på deras berättelser vilket krävs för att skapa ett vårdande möte. Hamlin, Jemsson, Rahm och Henricson (2013) skriver att delaktighet skapas genom att patienten får vara med och bestämma över sin vård. Detta kan göras genom att olika professioner samverkar och stöttar patienten.

Hållbar utveckling

Distriktssköterskeföreningen (2019) beskriver att distriktssköterskan i sin profession inte bara ansvarar för hälsoarbete utan ska även bidra till hållbar utveckling inom vården. Detta genom att göra medvetna val som gynnar den hållbara utvecklingen. Genom hållbar utveckling kan dagens behov tillfredsställas utan att framtida generationers möjlighet att tillfredsställa sina behov äventyras (Globala målen 2017). Att arbeta med just folkhälsoarbete menar Bringsén och Nilsson Lindström (2019, ss. 250) på att det inte bara skapar hälsa och folkhälsa utan att det också bidrar till en hållbar utveckling. Arnesson & Furenbäck (2019, ss. 155-156) beskriver att vid hälsofrämjande arbete ställs det krav på samverkan gällande tydlighet kring hur organisationen är strukturerad. Det behöver också vara tydligt vilka mål som finns med verksamheten samt att den egna individen har förståelse kring sin yrkesroll och arbetsuppgifter. Det kräver också att det finns tillräckligt med resurser, tydliga riktlinjer, motivation, engagemang, delaktighet och möjlighet till

att påverka. I samverkan kring palliativ vård dras därför slutsatsen att en tydlig ansvarsfördelning och tydliga vårdplaner bidrar till en hållbar utveckling. Bland annat genom att rätt insatser sätts in i tid och för att skapa trygghet, delaktighet, vårdande möten och lindra lidande. Detta kan leda till minskat behov av ineliggande vård och mer effektivt användande av kostsamma och miljöpåverkande läkemedel.

SLUTSATSER

Resultatet i examensarbetet visar att distriktssköterskor till stor del upplever att samverkan mellan professionerna i teamet fungerar bra, men att det förekommer vissa brister. En väl fungerande kommunikation är viktig för att samverkan ska fungera bra, då det behöver finnas en tydlig planering och ansvarsfördelning. Detta skapar trygghet för både distriktssköterskan och patienten och skapar förutsättningar för ett vårdande möte. Brister i kommunikationen kan leda till att samverkan inte fungerar då information inte kommer fram och att insatser som är viktiga för patienten kan fördröjas. För distriktssköterskan kan detta innebära svårigheter i samverkan med patienter och närstående, då det blir svårare att skapa vårdande möte. Erfarenhet och kunskap är även det något som återkommande beskrivs ha påverkan på samverkan. Upplevelsen är att teamet har en hög kompetens, men att samtliga professioner hade kunnat utveckla det mer. Slutsatsen är att distriktssköterskor upplever att kommunikation och kompetens är grunden till en god samverkan. En god samverkan skapar i sin tur möjligheter för distriktssköterskan att lindra patienters och närståendes lidande, och skapa mer trygghet, delaktighet och vårdande möten för patienten och närstående.

Examensarbetet tillför ytterligare kunskap om de olika delarna gällande samverkan i den palliativa vården i hemsjukvården då den lyfter brister och styrkor som förekommer. Förslag till fortsatt forskning är att göra en multiprofessionell studie gällande faktorer som hade kunnat förbättra kommunikationen och öka kompetensen, för att teamet tillsammans ska kunna skapa en bättre samverkan.

Implikationer för vårdande:

- Synliggöra vilka brister som förekommer gällande samverkan. Kan skapa förbättringsarbeten som syftar till att förbättra samverkan och därmed skapa en god och säker vård.
- Medvetenhet kring samverkans betydelse för patienter och närstående kan ge förutsättningar till en bättre vård, där trygghet, delaktighet och vårdande möten skapas och lidande lindras.
- Indikerar att brister i kunskap och språk kan leda till att samverkan uteblir och att patientsäkerheten påverkas.

REFERENSER

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd Högskolan i Borås. (2021). Riktlinjer för examensarbete på magisternivå i huvudområdet vårdvetenskap. Hämtad från: [h21-riktlinjer---magister_exarbete_vardvet.pdf \(hb.se\)](#) [2023-05-21]

Alvariza, A. & Holm, M. (2019). Palliativ vård i hemmet. I Ekstedt, M. & Flink, M. (red.) *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. Liber, ss. 83-100.

Appelin G, Berterö C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nurse*. (1):65-70. doi: 10.1097/00002820-200401000-00008.

Arman, M. (2022). Lidande och lindrat lidande. (red). I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. *Teoretiska grunder för vårdande*. Liber, ss. 44-66.

Arman, M. (2017). Lidande. (red). I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, ss. 213-224.

Arnaert, A. & Wainwright, M. (2009). Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 7(3), ss. 357-364. Doi: 10.1017/S1478951509990290

Arnesson, K. & Furenbäck, I. (2019) Samverkan gynnas promotivt av ett konfliktperspektiv. Bringsén, Å. & Nilsson Lindström, P. (red.) *Hälsopromotion i teori och praktik – olika arenor och målgrupper*. Liber, ss. 145-162.

Bergbom, I., Honorary, E., Nåden, D. & Nyström, L. (2021). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian journal of caring sciences*. 36(3), ss. 782-790. Doi: 10.1111/scs.13036

Bringsén, Å. & Nilsson Lindström, P. (2019) Hälsopromotion som verksamhetsområde. Bringsén, Å. & Nilsson Lindström, P. (red.) *Hälsopromotion i teori och praktik – olika arenor och målgrupper*. Liber, ss. 250-257.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur och kultur.

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

Danielsson, E. (2017a) Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Btj, ss. 143-154.

Danielsson, E (2017b). Forskningsetik. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur, ss. 285-299.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019). *Kompetensbeskrivning på avancerad nivå*. Hämtad från <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf> [2023-11-05]

Ekebergh, M. (2022). Att vårda med livsvärlden som grund. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red). *Teoretiska grunder för vårdande*. Liber, ss. 19-23.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008), The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115. doi:[10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x)

Flink, M. & Ekstedt, M. (2019). Kontinuitet och integrerad vård. I Ekstedt, M. & Flink, M. (red.) *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. Liber, ss. 267-281.

Globala målen. (2017) Hämtad från <https://www.globalamalen.se/fragor-och-svar/vad-betyder-hallbar-utveckling/> [2023-10-16]

Gransjö, Å., Grape, C., Ringnell, K. & Westerbotn, M. (2016). Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personnel in residential care homes. *Journal of clinical nursing*. 25 (21-22), ss.3189-3198. Doi: 10.1111/jocn.13335

Gustafsson, L-K., Snellma, I. & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing inquiry*. 20(4), ss. 363-371. Doi: 10.1111/nin.12013

Hamlin, M., Jemsson, M., Rahm, A-S. & Henricson, M. (2013). Patienters upplevelse av delaktighet i sin självdialys - en intervjustudie. *Sage journals*. 33(4), ss. 14-18. doi: [10.1177/010740831303300404](https://doi.org/10.1177/010740831303300404)

Henricson, M (2017). Forskningsprocessen. Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur, ss. 43-56.

Henricson, M. & Billhult, M. (2017) Kvalitativ metod. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Btj, ss. 111-120.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur, ss. 57-80.

Lindberg, E. (2022). Patientperspektivet som ledstjärna i sjuksköterskans perspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red). *Teoretiska grunder för vårdande*. Liber, ss. 306-317.

Midbøe, L., Andersson, A. & Estling, E. (2019). Vad är hemsjukvård? I Ekstedt, M. & Flink, M. (red.) *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. Liber, ss. 61-82.

Mikaelsson Midlöv, E. & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 40(1), ss. 15-24. Doi: [10.1177/2057158519857002](https://doi.org/10.1177/2057158519857002)

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Btj, ss. 421-436.

Nationella rådet för Palliativ vård. (2022a). Hämtad från [Palliativ vård - vad är det? | Nationella rådet för palliativ vård \(nrpv.se\)](https://www.nrpv.se/2022/05/03/palliativ-vard-vad-ar-det/) [2023-05-03]

Nationella rådet för palliativ vård (2022b). Hämtad från [Definition-enligt-WHO.pdf \(nrpv.se\)](https://www.nrpv.se/2022/05/01/definition-enligt-who/) [2023-05-01].

Nunstedt, H., Rudolfsson, G., Alsen, P. & Pennbrant, S. (2017). Strategies for healthcare professionals to facilitate patient illness understanding. *Journal of clinical nursing*. 26 (23-24), ss.4696-4706. Doi: 10.1111/jocn.13820

O'Sullivan, A., Alvariza, A., Öhlen, J. & Larsdotter, C. (2021). Support received by family members before, at and after an ill person's death. *BMC palliative Care*. 20(1), ss. 1-12. Doi: 10.1186/s12904-021-00800-8

Penz, K. & Duggleby, W. (2012). "It's Different in the Home ..." The Contextual Challenges and Rewards of Providing Palliative Nursing Care in Community Settings. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 14 (5), 365-373. doi: 10.1097/NJH.0b013e3182553acb.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Btj, ss. 25-42.

Regionala cancercentrum. (2023). *Palliativ vård - Nationellt vårdprogram*. Hämtad från [Nationellt vårdprogram för palliativ vård \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se/2023/10/08/palliativ-vard-nationellt-vardprogram/) [2023-10-08]

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken - Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet.

Smedman, A., Gustafsson, K. & Flensner, G. (2015). Att vårda äldre personer på särskilt boende under livets slutskede - Undersköterskornas perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*. 5 (2), ss. 79-92. Doi: [10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-02](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-02)

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.

Socialstyrelsen (2018) *Förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf> [2023-08-29]

Sullivan, S., Mann, C., Mullen, S. & Chang, Y-P. (2021). Homecare nurses guide goals for care and care transitions in serious illness: A grounded theory of relationship-based care. *Journal of advanced nursing*. 77(4), ss. 1888-1898. Doi: 10.1111/jan.14739

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf> [2023-11-05]

Söderberg, A-C., Rydell Karlsson, M. & Löfvenmark, C. (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35 (4), ss. 201-209. Doi: 10.1177/0107408315587800

Törnquist A, Andersson M, Edberg AK. (2012). In search of legitimacy--registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scand J Caring Sci*. (3):651-8. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x.

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur, ss. 169-185.

Wu, Y-H., Hseih, H-Y., Kuo, Y-L. & Wu, C-Y. (2022). The experiences and needs of nurses providing home-based palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of palliative care*. 0 (Ahead of print), ss. 1-13. Doi: 10.1177/08258597221105167

Bilagor

Bilaga 1

Intervjufrågor

Vad är din ålder? Vilket kön har du? Hur många år har du arbetat som sjuksköterska? Hur många år har du arbetat som distriktssköterska? Hur länge har du varit verksam i hemsjukvården? Vart har du arbetat som distriktssköterska i hemsjukvården? Vad har du för nuvarande jobb eller sysselsättning?

Frågor relaterat till studien

Berätta om din upplevelse av samverkan kring den palliativa patienten i hemsjukvården? Berätta om en eller flera upplevelser där samverkan hade brister kring den palliativa patienten i hemsjukvården? Kan du ge exempel?

Berätta om en eller flera upplevelser där samverkan var god kring den palliativa patienten i hemsjukvården? Kan du ge exempel?

Hur upplever du att kunskapen är inom palliativ vård i hemsjukvården och teamet som samverkar?

Berätta om dina upplevelser kring att samarbeta med närstående vid palliativ vård i hemsjukvården? Kan du ge exempel?

Vilka svårigheter upplever du att det finns i samband med samverkan i den palliativa vården i hemsjukvården?

Vilka moment tycker du fungerar bra i samband med samverkan i den palliativa vården i hemsjukvården?

Vad är din upplevelse av samverkan kring brytpunktssamtal i hemsjukvården? Kan du ge exempel?

Hur upplever du att kommunikationen fungerar i teamet?

Vad är din upplevelse av att teamet tillsammans kan lindra olika symtom?

Berätta om hur du upplever kommunikationen med närstående?

Har du något du själv känner att du vill tillägga?

Bilaga 2

Information angående ett examensarbete om palliativ vård inom hemsjukvården.

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete (*Distriktssjuksköterskans upplevelse av samverkan vid palliativ vård inom hemsjukvården*). Vi är 2 sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Palliativ vård är vård i livets slutskede där ingen kurativ vård längre går att erbjuda. Distriktssjuksköterskor som jobbar inom hemsjukvården kommer att vårda människor som är i ett palliativt skede, i patientens egna hem. Detta för med sig vissa utmaningar som distriktssköterskan kan komma att ställas inför, så som samarbete med sjukhus och andra vårdgivare, behov av anpassningar i hemmet och skapandet av trygghet i att bli vårdad i det egna hemmet. Vårdandet inkluderar inte bara patienten utan även dennes närstående. Syftet med examensarbetet är att undersöka distriktssjuksköterskans upplevelse av samverkan inom palliativ vård i hemsjukvården.

Du tillfrågas då du är utbildad distriktssköterska med erfarenhet av palliativ vård inom hemsjukvården och är därför lämplig att inkludera som deltagare i examensarbetet.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Datainsamlingen kommer att ske genom enskilda intervjuer, antingen digitalt över Zoom eller på fysisk plats. Detta innebär att du kommer bli intervjuad av en av oss som gör studien medan den andra är åhörare, så vi båda får ta del av intervjun. Syftet är att du som deltagare ska dela med dig av dina tankar, erfarenheter och kunskaper gällande ämnet. Intervjuerna kommer att ske vid en tid som passar dig och beräknas ta ca 45 min. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan kunna transkriberas och användas till ett resultat som svarar på syftet med examensarbetet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

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, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer) kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som

deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Ellen Manitski

Telefonnummer: 0730486088. E-post: ellen.manitski@hotmail.com

Beatrice Edberg

Telefonnummer: 0706429007. E-post: beatriceedberg@hotmail.com

Handledare: Thomas Eriksson

E-post: thomas.eriksson@hb.se

Kurs: Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans arbete

Samtycke om deltagande

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanter till deltagande i examensarbetet och behandling av informanternas personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledarens namnteckning

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet (*Distriktssjuksköterskans upplevelse av palliativ vård inom hemsjukvården*) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Bilaga 3

Verksamhetschefens godkännande för datainsamling:

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Distriktssköterskeprogrammet vid Högskolan i Borås och gör nu ett examensarbete på avancerad nivå där vi kommer att skriva om distriktssköterskans erfarenhet gällande samverkan vid palliativ vård i hemsjukvården. Med detta informationsbrev ansöker vi härmed om ditt samtycke och godkännande att få ta kontakt med dina medarbetare som kan tänka sig vara med i vår studie.

Palliativ vård är vård i livets slutskede där ingen kurativ vård längre går att erbjuda. Distriktssjuksköterskor som jobbar inom hemsjukvården kommer att vårda människor som är i ett palliativt skede, i patientens egna hem. Detta för med sig vissa utmaningar som distriktssköterskan kan komma att ställas inför, så som samarbete med sjukhus och andra vårdgivare, behov av anpassningar i hemmet och skapandet av trygghet i att bli vårdad i det egna hemmet. Vårdandet inkluderar inte bara patienten utan även dennes närstående. Syftet med examensarbetet är att belysa distriktssjuksköterskans upplevelse av samverkan vid palliativ vård inom hemsjukvården. Vårt syfte är att få ta del av distriktssköterskors tankar och erfarenheter gällande samverkan vid palliativ vård i hemsjukvården

Hur arbetet går till:

Vi använder oss av en kvalitativ intervjustudie där vi intervjuar distriktssköterskor som har erfarenhet av palliativ vård i hemsjukvården. Deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Om deltagare väljer att inte delta eller vill avbryta sitt deltagande behöver inte uppge varför. För att delta behöver vi verksamhetschefens och deltagarnas samtycke. Intervjun beräknas ta ca 45 min per deltagare och utförs på deltagarens arbetsplats. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det i enlighet med gällande lagstiftning. Det datamaterial som samlats in kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör. Under examensarbete handleds vi av nedanstående handledare.

Du är välkommen att svara på denna förfrågan via mail. Vid godkännande kommer vi att kontakta dina medarbetare inom en vecka för att bestämma tid för intervju. Vi är tacksamma om du godkänner vår förfrågan och att ni bidrar till vårt examensarbete.

Handledare:

Thomas Eriksson

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. Institution för vårdvetenskap

e-post: thomas.eriksson@hb.se

Studenter:

Ellen Manitski, tel: 07304860. E-post: ellen.manitski@hotmail.com

Beatrice Edberg, tel: 0706429007. E-post: beatriceedberg@hotmail.com

Samtycke från verksamhetschef

Härmed intygas att ansvariga studenter Ellen Manitski och Beatrice Edberg har fått godkännande att genomföra datainsamling enligt ovan given information.

