

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:58

Behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar
patienter i livets slutskede.
Kommunala enhetschefers uppfattning.

Luisa Borgqvist
Malin Liedman Laine



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar patienter i livets slutskede. Kommunala enhetschefers uppfattning.

Författare: Luisa Borgqvist, Malin Liedman Laine

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Distriktssköterskeutbildning fristående kurs 15 poäng.

Handledare: Isabell Fridh

Examinator: Lise-Lotte Jonasson

Sammanfattning

Allt fler patienter som vårdas i livets slutskede avlider utanför sjukhusen, det kan röra sig om vård i ordinärt boende, på korttidsboende, särskilt boende eller hospice. För att distriktssköterskan som vårdar ska kunna utföra sitt arbete på ett så professionellt sätt som möjligt och kunna lindra symtom och erbjuda största möjliga livskvalitet till patienten krävs det olika former av stöd från arbetsgivaren. Det stöd som behövs kan vara regelbunden handledning, tid för reflektion och utbildning inom den palliativa vården till exempel tid för hospitering på vårdavdelningar. Distriktssköterskan behöver också få utrymme i sin arbetsplanering att vara hos den svårt sjuke, så att patienten känner att distriktssköterskan är närvarande och inte är på väg någon annanstans. Detta för att kunna lyssna till de önskemål som uppkommer och erbjuda det som behövs. I de undersökta kommunerna är enhetschefen inom kommunal hälso- och sjukvård distriktssköterskornas närmaste chef och den som är ansvarig för att underordnad personal får stöd och fortbildning.

Syftet med studien är att belysa kommunala enhetschefers uppfattning om behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar patienter i livets slutskede.

I studien har författarna använt sig av en kvalitativ intervju metod där kommunala enhetschefer intervjuades. Sex intervjuer genomfördes och analyserades. Resultatet presenteras i tre teman: Organisatoriskt stöd, individuellt stöd och teambaserat stöd. De subteman som framkom var: enhetschefens betydelse, ekonomins betydelse, stöd att planera arbetet, utbildning som stöd, handledning som stöd, reflektion som stöd, distriktssköterskors stöd till varandra samt tvärprofessionellt samarbete som stöd. Studien visar att den kommunala enhetschefen kan hjälpa distriktssköterskan att växa i sin yrkesprofession genom olika former av stöd. Författarna finner att regelbunden handledning är ett viktigt stöd för distriktssköterskorna för att de ska våga möta sina egna existentiella rädslor.

Nyckelord: Vård i livets slutskede, stöd till distriktssköterskor, kommunala enhetschefers uppfattning, patient, lidande, existentiell.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Den palliativa vården.....	1
Den kommunala hälso-och sjukvårdens organisation och ledarskap	4
Patientens behov av stöd vid vård i livets slut.....	4
Närståendes behov av stöd	5
Distriktssköterskors behov av stöd.....	7
Att lindra lidande	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE.....	9
METOD	10
Kvalitativ forskningsansats.....	10
Urval	10
Datainsamling.....	11
Dataanalys	11
Etisk reflektion	12
RESULTAT	12
Organisatoriskt stöd	12
Enhetschefens betydelse	12
Ekonomins betydelse	13
Stöd att planera arbetet	13
Individuellt stöd.....	14
Utbildning som stöd	14
Handledning som stöd	15
Reflektion som stöd.....	15
Teambaserat stöd	15
Distriktssköterskors stöd till varandra	15
Tvärprofessionellt samarbete som stöd	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Slutsatser.....	23
Fortsatt forskning.....	24
Kliniska implikationer	24

REFERENSER.....	25
-----------------	----

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

INLEDNING

I arbetet som distriktssköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård har författarna erfarenhet av att vårda människor i livets slut som är i stort behov av lindring av fysiska symtom och stöd när det gäller psykosociala och existentiella frågor. För patientens välbefinnande gäller det att distriktssköterskan kan se kommande behov och ge hela familjens samtalsstöd. Att vårda en människa i livets slut och möta dennes familj i den kris det innebär kräver tid, kunskap och engagemang. Författarna har ofta upplevt att det inte finns utrymme i arbetet för att ge det engagemang som behövs. Att vårda en patient i livets slut kräver gedigen planering för att distriktssköterskan fullt ut ska kunna visa patienterna den medmänsklighet som de behöver. Hur vi som distriktssköterskor förhåller oss till och identifierar oss med den döende människan och hennes familjsituation är individuellt och beroende av vår egen livssituation och de erfarenheter vi har.

En professionell och god vård innebär, förutom symtomlindring och ökat välbefinnande för patienten, att distriktssköterskan erbjuder sin absoluta närvaro och inte räknar med att få något i gengäld. Arbetsgivaren måste underlätta den professionella vårdrelationen genom att hjälpa distriktssköterskan att prioritera så att utrymme ges till den som är svårt sjuk trots att det är många som behöver vård (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, ss. 46-47).

Hur distriktssköterskan påverkas i sitt arbete med vård i livets slutskede beskriver Norton, Hobson & Kulms (2011) i sin litteraturstudie. I den framkommer att arbetet kan leda till stress, utbrändhet och depression. Vård i livets slutskede innebär den vård som ges de sista veckorna i livet. Den innefattar även den döendes familj och det stöd som ges till dem efter att patienten gått bort. Distriktssköterskor som arbetar med döende människor är ofta smärtsamt medvetna om sina egna förluster. De påverkas av sin egen oro för personliga förluster och sin egen död.

För att distriktssköterskan ska kunna prioritera och utföra sitt arbete med vård i livets slutskede på ett så professionellt sätt som möjligt behövs stöd från arbetsgivaren i olika former. Den palliativa vården i livets slutskede ska prioriteras, vilket framgår i slutbetänkandet av prioriteringsutredningen från Socialdepartementet (1995), där fem prioritetsnivåer i sjukvården ingår. Palliativ vård i livets slutskede är inom samma prioritetsområde som vård vid akuta livshotande sjukdomar, prioritetsgrupp 1. Arbetsgivaren bör underlätta för distriktssköterskan så att möjlighet ges att bearbeta och reflektera över sina tankar och känslor kring döendet. Med anledning av detta vill författarna därför undersöka kommunala enhetschefers uppfattning om behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar patienter i livets slutskede.

BAKGRUND

Den palliativa vården

Ordet palliativ härstammar från ordet pallium som är latin och betyder kappa eller mantel. Något som skyddar och håller om (Widell, 2003, s. 11). Den palliativa vården

innebär en helhetssyn på människan, där distriktssköterskan stödjer patienten att leva med största möjliga välbefinnande och värdighet fram till livets slut. Detta oavsett diagnos och ålder (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

Under 2010 avled över 90 000 personer i Sverige. Av dem behövde 80 procent palliativ vård. Den palliativa vården i livets slut ges på slutna avdelningar på sjukhusen, i hemmet och i kommunens särskilda boenden. Många människor vill dö i sitt eget hem, men de val människor gör när de är friska är inte alltid desamma som när de befinner sig i ett palliativt slutskede. Det beror också på vilka praktiska förutsättningarna den som är sjuk har, sjukdomsförloppet och hur stödet som kan ges av närstående ser ut, samt den professionella hjälpens utformning. De senaste två årtiondena har möjligheten att få medicinsk hjälp i hemmet ökat. Fler än hälften av personer över 65 år har sedan 1992 avlidit utanför sjukhus. Innan ädelreformen 1992 avled en fjärdedel utanför sjukhusen (Socialstyrelsen, 2013).

I slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede (Socialdepartementet, 2001) står att WHO:s definition av palliativ vård innebär att i det skede när patienten inte svarar på botande behandling ska en aktiv helhetsvård ges. Lindring av fysiska symtom är viktigt, men även stöd när det gäller psykologiska, sociala och existentiella frågor. Den palliativa vården bejakar livet och ser döendet som en normal process. Målet är att uppnå den bästa livskvaliteten som är möjlig för patienten och familjen, utan att påskynda döden eller förlänga lidandet.

Med palliativ vård i livets slutskede menas att döden är oundviklig, att den kommer att ske inom snar framtid. Fokus ligger på att lindra symtom, och inte längre förlänga ett liv. När den behandlande läkaren bedömer att den döende går in i denna fas ska ett brytpunktssamtal genomföras (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2013).

Förr hade inte läkarvetenskapen mycket att erbjuda för att bota, döden var ett vardagligt inslag i människors liv. De andliga frågorna var mer framträdande och en så god omvårdnad som möjligt fick ges. Vanligast var att den döende vårdades i sitt eget hem, men redan under antiken ordnades med härbärgen där omvårdnad kunde ges. En önskan att hjälpa den sjuke har sedan länge funnits. Efter det att penicillinet kom, kirurgin utvecklades och olika behandlingsmetoder blev möjliga, så har vården från 1950-talet och framåt inriktat sig alltmer på kurativ behandling. Det ledde till att de som var döende vårdades på sjukhus och döden blev främmande för människorna i samhället. Döden blev något som andra tog hand om (Widell, 2003, ss. 9-11).

Den palliativa medicinen är sprungen ur hospicerörelsen som började som en motreaktion på de begränsningar som den högteknologiska medicinen hade för att ta hand om patienter med långt framskriden, obotlig sjukdom. Cicely Saunders grundade den moderna hospicerörelsen och startade St Christopher´s hospice i London 1967 (Kaasa, 2001, s.13). Cicely Saunders och andras arbete inom hospicerörelsen har utvecklats till dagens palliativa vård genom forskning, utbildning och politisk förankring.

Statliga utredningar i Sverige har lett fram till att hemsjukvården utökats och att den palliativa vården hör till det som ska prioriteras (Widell, 2003, ss. 13-14).

I Socialdepartementets (2009) utredning anges att det är viktigt att arbeta fram ett nationellt vårdprogram för palliativ vård och öka registreringen i Svenska palliativregistret. Socialstyrelsen fick år 2009 i uppdrag av regeringen att arbeta fram ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård. Syftet med kunskapsstödet för palliativ vård är att det ska stödja vårdgivarna att ge en likvärdig vård till alla, arbeta med kvalitetssäkring, göra uppföljningar och utveckla den palliativa vården. Det är främst beslutsfattarna inom socialtjänsten och hälso-och sjukvården som är målgrupp för kunskapsstödet, men även personalgrupper som arbetar med den palliativa vården. Kunskapsstödet innehåller utgångspunkter från de fyra hörnstenarna i palliativ vård i livets slut; relation, kommunikation, symtomlindring och multiprofessionellt samarbete och därutöver stödet till närstående (Socialstyrelsen, 2013).

I Socialdepartementets (2001) slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede står att den palliativa vården ska vila på följande fyra hörnstenar; symtomkontroll av fysiska, sociala, psykiska och existentiella/andliga behov. Samarbete av ett mångprofessionellt team, såsom läkare, distriktssköterskor, undersköterskor med flera. Det ska vara en god kommunikation och relation mellan dem i arbetslaget och gentemot patienten och dennes närstående. Stöd till de närstående under sjukdomstiden och efter dödsfallet ska ges. Flera kvalitetskriterier ska vara uppfyllda för att människor ska kunna vårdas hemma. En god vårdkvalitet behöver en tydlig arbetsledning och att all personal arbetar utifrån samma värderingar samt har den kompetens som krävs.

I Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014 tydliggörs den palliativa vårdens värdegrund som består av närhet, helhet, kunskap och empati. Människan vill inte känna sig ensam i den process som döendet innebär och behöver därför känna närhet av närstående, vårdpersonal eller andra som ger stöd. De närstående behöver också få stöd för att klara av sin närståendes sista tid. Som vårdpersonal är det viktigt att lyssna och vara närvarande i samtalen för att fånga upp de behov som finns. Det krävs att olika yrkesgrupper runt patienten samarbetar för att tillgodose dessa. Både kroppen och själen påverkas och varje människa har rätt att bli bemött som den hon är och med värdighet. För att den som är sjuk ska kunna känna största möjliga livskvalitet och få den bästa vården behöver vårdpersonal förutom utbildning och fortbildning även få tillgång till forskningsmöjligheter för att kunna medverka i utvecklingen av den palliativa vården. Att känna in hur en människas situation är och visa omtanke med ett professionellt förhållningssätt är den palliativa vårdens kärna. Vårdpersonalens förmåga att känna empati är en förutsättning för ett ömsesidigt givande och tagande mellan vårdaren och den som är sjuk (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2013) bör handledning och fortbildning erbjudas till dem som arbetar med vård och omsorg inom socialtjänsten och hälso-och sjukvården. Syftet är att öka livskvaliteten och lindra symtom hos dem som befinner sig i livets slutskede.

Den kommunala hälso-och sjukvårdens organisation och ledarskap

Distriktssköterskans arbete inom den kommunala hemsjukvården innefattar vård av människor i alla åldrar som bor i det egna hemmet. Hemsjukvården är en del av det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Målet är att stötta patienten i sin sjukdom så att möjlighet ges att bo kvar i det egna hemmet genom hälsofrämjande, sjukdomsbehandlande, lindrande och palliativ vård (Distriktssköterskeföreningen i Sverige - DSF, 2008,s.7; Nilsson, 2001, s. 5).

I enlighet med DSF (2008, s.7) ska distriktssköterskan ha ett förhållningssätt gentemot patienten som vårdas i hemmet som skapar förutsättningar för en nära relation och ändå hålla professionell distans. All personal som är legitimerad inom hemsjukvården arbetar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). Bedömningar och sjukvårdsinsatser utförs enligt denna lag. För att en patient ska vara berättigad till hemsjukvård görs en bedömning enligt den så kallade tröskelprincipen, vilket innebär att den som är i behov av vård inte kan ta sig till vårdcentralen eller att det skulle innebära en så stor ansträngning att resten av dagen går åt till vila. Vården som ges i hemmet ska också kunna utföras på ett säkert och tryggt sätt (Drevenhorn (red.) 2010, ss. 92-93). Begreppet patient används ofta inom den kommunala hälso- och sjukvården (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, Fagerberg, 2003, ss. 51-52). Ordet patient är latin med betydelsen ”den som lider”. Att vårda en patient är att vårda en människa som är unik utifrån sina specifika behov och den historia hon bär på (Rahm-Sjögren & Sjögren, 2002, ss. 80-81).

Kommunala organisationer kan se olika ut. Den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen kan bestå av tre led. I första ledet sitter förvaltningschefen/socialchefen, i andra ledet finns verksamhetschefen, som i sin tur är chef för enhetscheferna. I den kommunala enhetschefens ansvarsområden ingår ansvar för verksamhet, ekonomi och olika personalgrupper, till exempel distriktssköterskor (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Enhetschefer har många administrativa arbetsuppgifter som ger dem mindre tid till sitt ledarskap. Beslut och olika lösningar tas inom standardiserade ramar i större organisationer. Det innebär att det finns lite utrymme för individen i en sådan organisation (Alvesson & Svenningsson, 2007, ss. 314,453-454).

Patientens behov av stöd vid vård i livets slut

I en kvalitativ studie av Melin-Johansson, Ödling, Axelsson Danielsson (2008) undersöktes vad som ger livskvalitet till patienter som får palliativ vård i hemmet. Undersökningspersonerna i studien hade levt med metastaserad cancer under flera månader. Upplevelsen av trygghet och större självständighet ökade när patienten fick vara i sin egen hemmiljö med det palliativa teamet som stöd. Det palliativa teamet var flexibelt med tiderna och patienterna kunde styra den hjälp som gavs efter sina behov. Det palliativa teamet mötte snabbt upp vid behov för att ge symtomlindring och patienterna hade möjlighet att vara delaktiga i den medicinska behandlingen. Att inte känna smärta, sömnlöshet och matleda gav många dagar med livskvalitet. Det ökade känslan av optimism och hoppfullhet om att få må väl den sista tiden. Att inte känna det fysiska lidandet gav dem möjlighet att fundera över de existentiella frågorna och att kunna vara delaktiga i sin familjs samvaro. Deltagarna i studien upplevde ett starkt stöd

från det palliativa teamet som lyssnade på dem och gav dem möjlighet att ge uttryck för sådant som de inte ville delge sina familjemedlemmar.

Browall, Melin-Johansson, Strang, Danielsson & Hensch (2010) har undersökt distriktssköterskors uppfattning om existentiella problem bland patienter med cancer och hur personalen bemöter dessa patienter. De fick fram fyra huvudkategorier; liv, död, mening, frihet att välja relationer-ensamhet. Patienter uttryckte uppskattning över att distriktssköterskor pratade om andra saker än sjukdomstillståndet och döden, såsom till exempel trädgårdsarbete, att få fokusera på livet och glädja sig över små vardagliga saker som ett glas vin på fredagen. Distriktssköterskorna upplevde att patienterna ville fokusera på glädjeämnen i livet och såg att patienternas acceptans av den egna bortgången skiftade. Allt från ett tidigt accepterande till oro, ångest och en kamp att få leva. Yngre människor uttryckte ofta att de kände en stor orättvisa i att de skulle dö. Frågeställningar om vad som händer efter döden och om Gud finns väcktes.

Browall et.al (2010) skriver vidare att patienterna uttryckte hopp om framtiden. De kunde prata om en annalkande vår, trots att de bara hade veckor kvar att leva. Tro stärkte patienterna mot slutet. Tron på en högre makt eller en annan dimension. Varje patient hade sin egen bild av vad som händer sedan. Patienterna kunde uppleva känslor av skuld. Frågeställningar som vad de gjort för att drabbas av sjukdom? Var det ett straff för något? De led också av att deras integritet drabbades, att behöva hjälp av vårdpersonal. Alla familjer har sina olika sätt att tackla allt det svåra, men det underlättade om familjemedlemmarna hade ett öppet sinnelag för den sjukes existentiella frågor. En del patienter hade oavslutade relationer och deras sorg över detta upplevdes som svår för vårdpersonalen att hantera. Patienter med barn kämpade för att överleva för deras skull och uttryckte oro över vad som skulle ske i barnens liv därefter och sorgen över att inte få se dem växa upp. Personalen kunde uppfatta när patienterna ville prata genom det kroppsspråk och ögonkontakt som de visade.

I Griffiths, Ewing & Rogers (2010) studie undersöktes på vilket sätt distriktssköterskorna gav psykologiskt stöd i den palliativa vården. I studien intervjuades både distriktssköterskor och patienter och observationer gjordes vid hembesöken. Distriktssköterskorna menade att relationen till patienten kan byggas upp genom dagliga hembesök med småprat i ett tidigt skede. Då kan man se patientens vårdbehov tydligare genom förändringar i kroppsspråk och tillstånd. Att ha byggt upp en relation gör det lättare att ge psykologiskt stöd och användes som strategi bland distriktssköterskorna. Flera av patienterna tyckte att det stannade vid småprat och att de inte hade riktiga samtal, att distriktssköterskorna var undfallande. Uttryck från distriktssköterskor som berömmar patientens frånvaro av klagan trots allt som denne drabbats av kan göra att patienten inte uttrycker sina känslor för att skydda distriktssköterskan.

Närståendes behov av stöd

Enligt WHO (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2013) ska den palliativa vården ta hänsyn till inte bara de psykosociala-, utan även de andliga aspekterna vid vård av palliativa patienter i livets slutskede, oavsett om vården sker i hemmet eller på till

exempel hospice. De närstående ska stöttas i sin sorg, detta genom att arbeta tvärprofessionellt och fokusera på patientens och de närståendes behov.

Förr i tiden vårdades de svårt sjuka av sina närstående i hemmet på ett helt annat sätt, men på 1900-talet ansågs det att den palliativa vården skulle institutionaliseras. Närstående åsidosattes och fick allt mindre insyn. Under senare decennier har detta åter förändrats och nu ställs allt större krav på närstående att ta ansvar. Anledningen till det är att vårdtiderna på sjukhus har blivit allt kortare och kommunerna har fått ta över alltmer av vården. Det som många gånger blir fel är att fokus är på patienten och inte på helheten det vill säga patienten och dess närstående. Så länge som den närstående känner att situationen är hanterbar, så kan patient och närstående till och med komma varandra närmare, men om det övergår till en känsla eller uppfattning av att bära på en börda, så kan det leda till en negativ relation. Genom ökad medvetenhet hos vårdpersonalen ökar chanserna att förebygga att det går för långt och blir för pressat. Inriktning på att stödja närstående till exempel med egenvårdsaktiviteter är ett sätt. Närstående bör dessutom involveras i patientens vård genom att diskutera problem och farhågor. En resursperson kan också vara en form av stöd, det vill säga en person som har tid att lyssna och hjälpa närstående att hantera stressiga situationer. Stödgrupper är också ett alternativ, att få träffa andra som är i samma situation (Strömberg 2005, ss. 249-259).

Det är svårt att vara närstående till en palliativ patient. Munck, Fridlund och Mårtensson (2008) beskriver att det är komplicerat för närstående att vara tillgängliga dygnet runt i hemmet, att de saknar professionellt stöd, till exempel att få vara mer involverad i den medicinska beslutsprocessen. För att klara av att vårda en patient i livets slutskede i hemmet, så krävs ett starkt engagemang från närstående. Det är dock inte alltid som det fungerar, utan det slutar istället med att en annan typ av vårdform väljs, som hospice eller dylikt. För att undvika oönskade förflyttningar av patienten, måste anledningen identifieras till varför sådana omflyttningar är nödvändiga och framförallt ta reda på vilken typ av stöd som närstående behöver. En viktig del i detta är att säkerställa att både patienten och närstående har fått all information som de behöver för att kunna fatta rätt beslut för dem. Patienten som ska dö i hemmet, ska tycka att det känns rätt.

När palliativ vård sker i hemmet är det av yttersta vikt att både patienten och närstående får allt stöd de behöver och att inte hjälpen begränsas på grund av avstånd och personalbrist. Ibland kan det räcka med nattlig hjälp för att närstående ska orka. Vid planering av palliativ vård i hemmet så måste information ges till patienten och närstående om att olika vårdgivare är nödvändiga för att det ska fungera, till exempel både hemtjänst och annan professionell hjälp, samt att det görs i ett tidigt skede. Att involvera de närstående i vården och vara öppen med symtom och läkemedel är också ett viktigt stöd. Att lägga över ansvaret på dem är vanligtvis en praktisk lösning, men då finns stor risk att de inte orkar med situationen. Närstående ska tillåtas att få vara närstående, så att de orkar vara närvarande (Munck et al 2008).

Exempel på stöd som kan ges till närstående är att upprätta en personligt anpassad plan där helheten ligger i fokus. Planen kan innehålla stöd i form av information, råd om ekonomi och bidrag, olika hjälpmedel som kan behövas för att det ska fungera rent praktiskt samt vägledning i sorg (Ryan, Howell, Jones & Hardy 2008). Enligt Nationella

Rådet för Palliativ Vård (2013) ska den palliativa vården bedrivas med en helhetssyn där närstående ingår.

För att distriktssköterskan ska kunna förstå patienten, så behöver hen tillämpa en helhetssyn i sitt arbetssätt. Om patienten lever i en familj, är den en helhet. Vården innefattar därmed även närstående. Med ökad förståelse minimeras också risken att patienten kränks, då vården grundar sig i närhet och inlevelse (Kirkevold & Stromsnes Ekern (red.) 2003, s. 217).

Distriktssköterskors behov av stöd

Skilbeck & Payne (2003), Ferrell, Virani, Malloy & Kelly (2010) och Whittaker, Kernohan, Hasson, Howard & McLaughlin (2006) beskriver i sina studier att distriktssköterskor saknar kvalificerade kunskaper i palliativ vård och kunskaper gällande nationella riktlinjer när hen ska sköta en patient i hemmet. Skilbeck & Payne (2003) och Ferrell et.al (2010) och Griffiths, Ewing & Rogers (2010) studier visar att distriktssköterskorna som utför palliativ vård är i behov av utbildning i att kommunicera med patienter och deras familjer. De får inte tillräckligt med utbildning när det gäller psykologiskt stöd, de behöver mer kunskap i kommunikation. Att kunna lyssna aktivt till patienten är nyckeln till effektiv kommunikation. Det är viktigt för att inte patienten ska överväldigas av sina egna känslor och uppleva hjälplöshet. Strategin bland distriktssköterskorna kan vara att undvika att prata med patienter kring deras känslor. Det är lättare för distriktssköterskorna när de praktiskt kan hjälpa sina patienter. Flera faktorer identifierades som orsaker till att distriktssköterskorna undviker samtal kring känslor. Det handlar om den egna rädslan för döden, oro för patienternas förmåga att kämpa, brist på tid och bristande färdigheter i sitt yrkesutövande.

Genom att vara närvarande i nuet, skapa lugn atmosfär, släppa lite på personliga krav, samt måna om sig själva och kollegorna kan distriktssköterskorna bli hjälpta i sitt arbete inom palliativ vård menar Ferrell et.al (2010). Det är nödvändigt att distriktssköterskor lever ett balanserat liv med kost, motion, nöje och tid för reflektion. Distriktssköterskor ska dela med sig av kunskap till varandra och stödja varandra i arbetet.

Dunne, Sullivan & Kernohan (2005) genomförde en intervjustudie om distriktssköterskors erfarenhet av palliativ vård av cancersjuka patienter. Distriktssköterskorna upplevde att patienternas smärta, svårigheter att andas och deras känslor var en svår del att möta inom deras yrkesutövning. Distriktssköterskor kände trygghet i möjligheten att kunna kontakta ett palliativt team för stöd, de önskade att det palliativa teamet skulle vara tillgängligt även på jourtid. En distriktssköterska uttryckte att det fanns en rädsla kring döden bland flera av hennes kollegor. Inställningen kunde vara att åka till patienten och göra det de skulle och hoppas att patienten eller familjen inte frågar någonting innan de hinner åka. En annan distriktssköterska menade att det svåraste var att hantera patienten eller familjens ilska, att det var lätt att ta det personligt. Det upplevdes väldigt stressande att förhålla sig lugn och samtidigt säga de rätta orden. I studien framkom vidare att distriktssköterskorna ofta hanterade patienters ilska genom att distansera sig. Distriktssköterskorna tyckte också att det var svårt när de hamnade mellan patienten och dennes närstående, som ibland kunde be om att patienten inte skulle informeras om till exempel diagnos eller prognos. Likaväl som patienten själv i bland vill skydda sin familj från information. Distriktssköterskorna menade att ett öppet, ärligt förhållningssätt är det bästa. I intervjuerna framkom att den palliativa vården kan

vara dränerande och att det inte är mycket stöd som ges. En distriktssköterska som fått stöd från ett palliativt team av sjuksköterskor menar att arbetet ändå var svårt (Dune, Sullivan & Kernohan, 2005).

Nilsson (2001, s. 129) beskriver i sin avhandling omvårdnadskompetensen inom hemsjukvård. Där framgår att distriktssköterskorna använder olika strategier för att bemöta patienter som väcker frågor om livets mening och lidande vid vård i livets slut. Det upplevs som en av de situationer som är svårast inom hemsjukvården. De strategier som används bygger på förmågan att kunna leva sig in i och ha förståelse för patientens situation. Valet av strategi beror på den enskilde vårdarens kompetens. Det känslomässiga engagemanget gör att den professionella rollen i bland få karaktären av vänskapsband. Det är viktigt att kunna känna var gränsen går och göra gränssättningar. För det krävs kunskap inom beteendevetenskap om närhet och distans och hur de egna känslorna styr den enskilde individen.

Det är av vikt att med kritiska ögon granska det som annars tas för givet, det vill säga problematisering av tyst eller praktisk kunskap. Med handledning som stöd i det dagliga arbetet som distriktssköterska kan problem i vården av patienter i livets slut ses mer objektivt. Distriktssköterskor kan tillsammans kritiskt granska problemet och på så sätt utveckla kunskap som kan leda till ny kollegial kunskap (Dahlberg, 1997, s. 18). Genom reflektion i det dagliga arbetet kan distriktssköterskan få en djupare förståelse för patienten. Det bör ingå i den dagliga rutinen (Widell, 2003, s. 19).

Att lindra lidande

Forskning angående patientens behov av stöd vid livshotande sjukdom visar att patienterna har ett stort behov av stöd från distriktssköterskan. Patienterna har ofta behov av emotionellt och existentiellt stöd. Distriktssköterskorna kan ibland upplevas som undfallande i existentiella frågor. Att som distriktssköterska undvika att tala med svårt sjuka patienter om existentiella frågor, är att svika patienten och att inte bekräfta dennes lidande (Arman & Rehnsfeldt, 2006, ss. 74-76).

Alla människor har i sina liv ständigt någon form av lidande. Hur mycket lidande personen har är beroende på vilken fas i livet hen går igenom. Graden av lidande påverkas bland annat av hur mycket stress som personen upplever. Ju mer stress desto mer påverkbar är personen. Att till exempel som patient få ett besked om att cancer är obotlig, eller att vara närstående till en patient som får det beskedet är en oerhört stressande situation, och det skapar ett stort livslidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, s.32).

När patienter drabbas av lidande orsakat av sjukdom kallas det sjukdomslidande. Sjukdomslidandet kan bestå av olika komponenter förorsakade av grundsjukdomen såsom andfåddhet, bensvullnad, ascites och så vidare. Ibland kan det bestå av en mer djupgående dimension som ensamhet, att vara ensam i sin sjukdom, sårbar och utlämnad, en känsla av att bära allting själv. En del människor undviker den sjuka, och det kan framkalla en upplevelse av sjukdomslidande hos den döende i form av känslor av saknad, skam och så vidare (Dahlberg et al, 2003, s.33).

Om en patient missköts av vårdpersonal kan denne drabbas av vårdlidande. Det kan bero på att patienten inte får någon vård alls eller att patienten får fel vård. Oftast är vårdlidandet inte förorsakat av vårdpersonalen på ett medvetet plan, därför är det väldigt viktigt med stöd i form av till exempel utbildning, handledning och reflektion (Dahlberg et al, 2003, ss.34).

Arman & Rehnsfeldt (2006, ss. 27, 28, 29) menar att distriktssköterskor kan vara oroliga för att de ska öppna upp för ett lidande hos patienten om de tar upp existentiella frågor. I deras studie har de tvärtom funnit att människor vill tala om sitt lidande eller det lidande som varit. Att kapsla in sina existentiella frågor inom sig skapar ett större lidande än om frågorna lyfts fram och bekräftas av distriktssköterskan.

Enligt Arman & Rehnsfeldt (2006, ss. 76, 77, 79) är det varje vårdares mognad, val och insikt om vårdlidandet som är grunden för förmågan att ta upp och bemöta existentiella frågor. Inom vården kan det finnas en förväntan på patienten att anpassa sig till sin situation och det lidande det innebär. Om patienten förminskar sitt lidande och visar upp en nöjd fasad så skonas vårdpersonalen. Patienterna hör vårdpersonalen säga att de måste skynda vidare på grund av hög arbetsbelastning, men de förstår att det egentligen handlar om vårdarens val att inte se eller bemöta lidandet.

Arman & Rehnsfeldt (2006) beskriver vad det är att vara en ”...vårdare som tål...” (s.95); ”Att vara en vårdare som tål innebär att man kan och vågar bevittna den andres lidande i alla dess uttryck” (s.95). De menar att vårdare måste reflektera över sin moraliska integritet det vill säga vad som händer med vårdaren själv i vårdandet i mötet med svårt sjuka patienter. Författarna diskuterar även hur vårdarens organisation påverkar vårdandet och att organisationen måste kunna stödja vårdarens strävan efter att ge en god vård.

PROBLEMFORMULERING

Den palliativa vården i kommunal regi ökar och beräknas öka ännu mer framöver. Författarna tror att reflektion, utbildning och handledning för distriktssköterskor är en förutsättning för att kunna öka patientens livskvalitet i livets slutskede. Forskning visar att distriktssköterskor har ett stort behov av stöd, men att de inte alltid får det. Stöd behövs för att kunna förhålla sig professionell i sin yrkesutövning, vilket kommer både patienter och närstående till nytta. Informanterna i denna studie är alla arbetsledare för distriktssköterskor och ansvariga för vårdkvalitet och arbetsmiljö. Vilken uppfattning har enhetscheferna om distriktssköterskors behov av stöd i arbetet med patienter i livets slutskede, samt vilka resurser och befogenheter har enhetscheferna har att tillgodose detta behov?

SYFTE

Att belysa kommunala enhetscheferns uppfattning om behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar patienter i livets slutskede.

METOD

Kvalitativ forskningsansats

Författarna har valt en kvalitativ ansats eftersom frågeställningen berör intervjupersonernas uppfattning om någonting. Nyberg & Tidström (red.) 2012, ss. 95, 125) skriver att just de frågor som rör bland annat vem, hur, vad, varför och på vilket sätt oftast kräver en kvalitativ ansats. Polit & Beck (2008, ss.17-20) beskriver den kvalitativa insamlingen av material och analys som ett sätt att förstå den mänskliga upplevelsen så som den levs.

Genomgång av tidigare forskning om hur patienters-, närståendes- och distriktssköterskors behov av stöd och vilka författningar som finns gällande vård i livets slut har gjorts. Vidare har tidigare forskning sökts om arbetsgivares stöd till distriktssköterskor vid vård i livets slut. Det är viktigt att skaffa sig förkunskaper inom det område som ska undersökas eftersom syftet med en kvalitativ studie är att hitta nya företeelser (Svensson & Starrin, 1994, s.60). Det finns delade meningar om huruvida litteratursökning ska göras innan insamling av data sker till en kvalitativ studie. Vissa anser att studieresultatet kan påverkas begreppsmässigt och tycker att litteratursökning görs efter insamling av data. Andra menar att det hör till att först göra en litteratursökning till bakgrunden innan (Polit & Beck, 2008, s. 69).

Urval

Intervjupersoner ska väljas på ett omsorgsfullt sätt så att de uppfyller krav på både generaliserbarhet och representativitet. Valet av intervjupersoner ska motiveras. De som ska intervjuas ska kontaktas i ett tidigt skede till exempel per telefon, ett bra tidsperspektiv är cirka fyra veckor innan intervjun ska ske (Nyberg & Tidström (red.) 2012, ss. 128-130).

Författarna har valt att intervju kommunala enhetschefer för distriktssköterskor som arbetar med vård i livets slut. Intervjuerna genomfördes i olika kommuner för att få en så bred bild som möjligt av problemområdet. Enhetschefer i åtta kommuner i västra Sverige kontaktades via mail och ett informationsbrev översändes (bilaga 1). Enhetscheferna informerades i brevet om syftet med studien och att deltagande var helt frivilligt, samt att intervjun när som helst kunde avbrytas. Enhetschefer som var intresserade att delta i studien fick fylla i ett samtyckesformulär (bilaga 2). Sex kvinnliga enhetschefer, i åldern 46-62 år, accepterade att medverka. Enhetscheferna kom från fem olika kommuner och deras anställda distriktssköterskor arbetade inom hemsjukvården med patienter som antingen bodde hemma, i ordinärt boende, eller på särskilt boende. En del distriktssköterskor ansvarade även för korttidsboende med palliativa platser och en distriktssköterskegrupp arbetade på hospice.

Urvalet i en intervjustudie är beroende av det problem som väljs. Det kan handla om till exempel utbildning, yrke, ålder eller klasstillhörighet enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008, ss. 78-79), som vidare skriver att ett strategiskt urval där man begränsar

undersökningsgruppen gör att man i ett senare skede kan se att resultatet rymmer färre aspekter än man önskat.

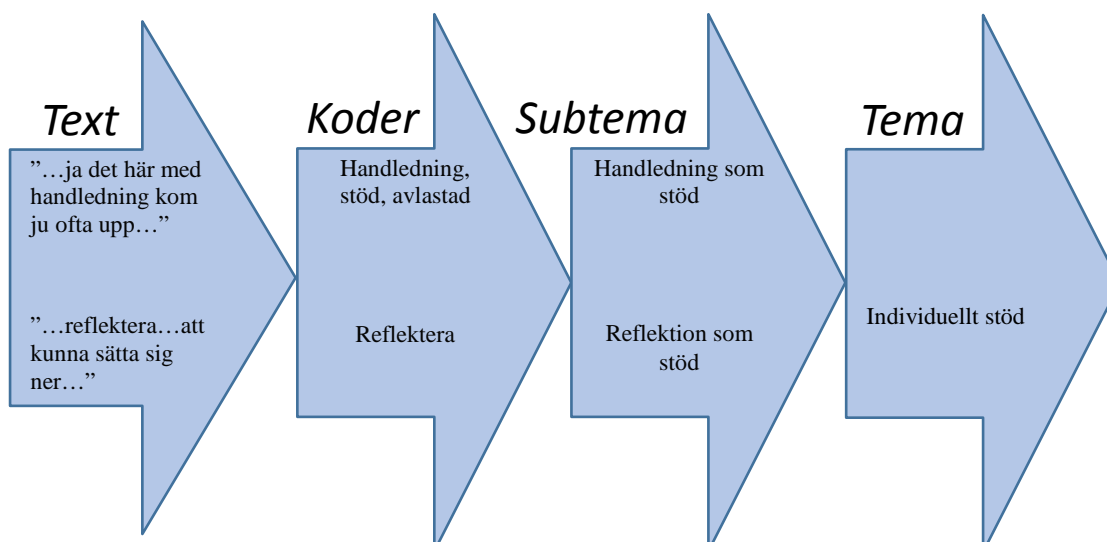
Datainsamling

Informanterna fick bestämma tid och plats för intervjuerna. Samtliga intervjuades på sin arbetsplats utifrån tio intervjufrågor (bilaga 3) och intervjuerna varade i cirka 30 minuter. Bägge författarna deltog vid varje intervju och hade var sin bandspelare. Sex intervjuer genomfördes. Tre intervjuer vardera transkriberades ordagrant och därefter skrevs de ned i löpande text. Kommunerna avidentifierades och alla informanter var anonyma. Kvaliteten på de data som kommer fram i en kvalitativ intervju beror på intervjuarens färdigheter och ämneskunskaper. Det krävs mycket träning för att bli en kvalificerad intervjuare. Kvalitativa forskningsintervjuer sker i ett socialt samspel mellan den som intervjuar och informanten (Kvale & Brinkman, 2010, s. 98).

Dataanalys

Författarna utförde dataanalysen enligt Kvale & Brinkmann (2010, ss. 217-219) samt Granskär & Höglund-Nielsen (2012, s. 193) genom öppen kodning, där målet var att finna koder som tar fram essensen ur intervjupersonernas berättelser. Intervjuerna skrevs först ut på papper och författarna läste alla intervjuerna på var sitt håll om och om igen, bekantade sig med innehållet, strök under och ringade in, jämförde likheter och olikheter, och slog sedan ihop fynden. På så sätt kunde de stärkas, fynden abstraherades och benämndes med en kod. Analysen gjordes med hjälp av datastyrd kodning, vilket innebar att författarna började utan färdiga koder, istället utvecklades koder genom analys av det material som framkommit. Genom att koda meningen av texten kunde olika subteman ses och därmed gick det att titta på, jämföra och slutligen besluta sig för vilka teman som skulle användas (exempel på analysprocessen visas i figur 1). Analysen resulterade i följande tre teman: Organisatoriskt stöd, individuellt stöd och teambaserat stöd. De subteman som framkom var: enhetschefens betydelse, ekonomins betydelse, stöd att planera arbetet, utbildning som stöd, handledning som stöd, reflektion som stöd, distriktssköterskors stöd till varandra samt tvärprofessionellt samarbete som stöd.

Beskrivning av analysprocessen



Figur 1.

Etisk reflektion

Inom den kvalitativa forskningen är ett etiskt förhållningssätt ett centralt begrepp. Forskaren vill under intervjun få ut så mycket som möjligt utav intervjupersonen, det är en balansgång att formulera frågorna så att det ger så djupgående information som möjligt, men ändå inte kränker. Om intervjupersonen känner sig förolämpad, så kan det hända att det blir en låsning. Å andra sidan om ämnet endast berörs på ytan så kanske intervjun inte ger så mycket som man hade önskat (Kvale & Brinkmann 2010, s. 190).

Vetenskapsrådet (1990) anger fyra huvudregler som gäller inom den humanistiska- och samhällsvetenskapliga forskningen. Den första regeln är att forskaren ska informera intervjupersonen angående syftet med studien, att medverkande är frivilligt, konfidentiellt samt vilka villkor som gäller. För det andra ska intervjupersonen och forskaren gemensamt skriva på en samtyckesblankett (bilaga 2), som anger att man är överens om deltagandet i studien. Detta gjordes både skriftligen och muntligen genom informationsbrev (bilaga 1), samtyckesblankett (bilaga 2) och före inspelningen började vid varje intervju. Den tredje regeln innebär att intervjupersonen har rätt att avbryta sitt deltagande i studien när som helst. Detta var också något som informerades om både skriftligen och muntligen (bilaga 2). Slutligen anger den fjärde regeln att intervjupersonen inte får utsättas för påtryckningar, negativa konsekvenser eller liknande som kan påverka resultatet (Vetenskapsrådet, 1990). I den här studien intervjuades enhetschefer utav två distriktssköterskestudenter.

RESULTAT

Analysen av de kommunala enhetschefernas svar på intervjuerna resulterade i tre teman med åtta subteman. Dessa belyser deras uppfattning om vilken typ av stöd som distriktssköterskorna behöver inom den palliativa vården idag. De teman som ringades in var följande: Organisatoriskt stöd, individuellt stöd och teambaserat stöd. De subteman som framkom var: enhetschefens betydelse, ekonomins betydelse, stöd att planera arbetet, utbildning som stöd, handledning som stöd, reflektion som stöd, distriktssköterskors stöd till varandra samt tvärprofessionellt samarbete som stöd.

Organisatoriskt stöd

Enhetschefens betydelse

En majoritet av enhetscheferna såg sig själva som en resurs till stöd för distriktssköterskorna genom att vara tillgängliga för samtal för den som behöver och menade att distriktssköterskorna kunde ringa eller komma in på kontoret spontant för att prata. I hälften av kommunerna fångade enhetscheferna upp anställda som hade det svårt genom att ha en stående punkt på arbetsplatsträffarna (APT).

”...hur har du det på jobbet...fångar upp...frågar jag om de behöver något individuellt stöd...om de tycker att det är svårt...så ringer de...naturlig kontakt...”

Att det finns bra rutiner och riktlinjer som skapar säkerhet och tydlighet är enhetscheferna eniga om och att det är deras uppgift att föra ut dem. I majoriteten av kommunerna finns tydliga riktlinjer och rutiner framarbetade. Nästan alla kommuner har arbetat fram dem i samarbete mellan en palliativ grupp och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Ibland är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som tar fram dem, då det inte finns någon palliativ grupp. Samtliga enhetschefer var positiva till en palliativ grupp och såg att det kunde vara ett bra stöd för distriktssköterskorna.

”vi har en palliativ grupp... de arbetar mer med kvalitetssäkring ... checklistorna, rutinerna ... och som sagt var att det blir samma vård för alla patienterna...”

Ekonomins betydelse

Den ekonomiska budgeten i kommunerna kan vara ett hinder för att kunna erbjuda distriktssköterskorna stöd. Det stöd som erbjuds måste rymmas inom budgetens ramar. Den resurs som samtliga enhetschefer tog upp som ett självklart stöd var företagshälsovården eller annat företag som det finns avtal med gällande personalhälsan. Det är en kontakt som den enskilde själv kan ta. I ett par av kommunerna såg inte enhetscheferna ekonomin som ett hinder för att ge stöd. Stödet sågs i det här fallet som något som fick ges då behov uppkom, inte som ett förebyggande eller utvecklande stöd i distriktssköterskans palliativa arbete.

”...de skulle behöva handledning tättare...för att våga ta upp de här svårare situationerna man har varit med om...önska lite mer pengar men det lär väl inte komma...”

Hälften av enhetscheferna lyfte fram de pengar som en aktiv registrering i palliativ registret kunde ge som en viktig ekonomisk resurs där de kunde lägga pengarna på till exempel utbildning.

” ... nu har vi sen 2010 fått ersättning från palliativregistret som gjort att vi då under flera år har kunnat försöka tillgodose ... så att vi tänker att en bra basutbildning...”

Stöd att planera arbetet

För att få tid till reflektion och handledning krävs planering. För att frigöra tid behövs tillräckligt med bemanning för att kunna planera.

”...den bemanning jag har...att kunna frikoppla personal för att kunna vara i handledning...någon som kan passa larmtelefonen...alla kan inte gå iväg samtidigt...”

Enligt flera av enhetscheferna är det är upp till distriktssköterskorna att se till att tid frigörs. Tid skulle kunna frigöras genom att några tar fler åtgärder så att ett par distriktssköterskor kan sitta och reflektera, vissa åtgärder skulle kunna flyttas till en annan dag och så vidare. Genom att bland annat planera om och skjuta på åtgärder så skulle tid enligt dem kunna frigöras. Att ta in extra personal för att frigöra tid är inte möjligt utav olika anledningar. Flera enhetschefer talar om att distriktssköterskorna lägger fokus på sina egna patienter, istället för att hjälpas åt och ta ett gemensamt ansvar för alla patienter. Distriktssköterskorna får då svårt att komma ihop sig och arbeta som ett team. Detta kan göra att det blir problematiskt att planera på ett sådant sätt att tid frigörs.

”...gett uttryck för tid...att reflektera...sätta sig ner och prata med varandra i lugn och ro...”

Individuellt stöd

Utbildning som stöd

Att ge individuellt stöd genom intern-utbildning för arbetsgruppen var vanligt förekommande. Ofta hade några distriktssköterskor utsetts som är engagerade i den palliativa vården och själva valt att fördjupa sig inom området. Dessa distriktssköterskor höll sedan utbildningar och informations-möten för var och en av sina kollegor, och de fungerade även som ett stöd inom den palliativa vården. Några externa utbildningar erbjöds inte. I någon kommun erbjöds en betald studiedag i månaden vid studier på högskola. Ledighet för studier försökte alla att ge i möjligaste mån.

”...palliativa gruppen...utbildning för sina kollegor...pågående internutbildning i palliativ vård...”

Enhetscheferna talade om att studiebesök kan göras på sjukhus för att individuellt lära sig använda medicinsk-teknisk utrustning som används inom palliativ vård. Det framkom att en del enhetschefer vill att alla ska ha gått en grundutbildning i palliativ vård. Utbildningen riktar sig till både läkare, distriktssköterskor och undersköterskor. Enhetscheferna beskriver också att de olika kommunerna ibland bjuder in varandra när det är föreläsningar.

”...så vi har utbildningar som vi vill att alla ska ha gått på just när det gäller palliativ vård...”

Handledning som stöd

Regelbunden handledning individuellt i arbetsgrupperna tyckte enhetscheferna i samtliga kommuner var ett viktigt stöd om det utförs på ett sätt så att det tillför individen något. Om handledning ska erbjudas är det viktigt att uppdraget är tydligt. Majoriteten tyckte att vid de tillfällen de haft handledning så tenderade individerna inom arbetsgruppen att fastna i frågor kring arbetssätt.

”påverka... dialog med handledaren vilket stöd... de just nu behöver...att de fastnade i verksamhetsfrågor på sin handledning...hur vi skulle göra med cytostatikaavfall...”

Handledning var något som de flesta individerna arbetsgrupperna efterfrågade. När det gällde handledning vid vård av yngre palliativa patienter var förståelsen från enhetscheferna stor för behovet av stöd, men de menade att distriktssköterskorna ofta prioriterade bort handledningen när den väl var. Enhetscheferna upplevde att de individer som var trygga i sin distriktssköterskeroll var i mindre behov av stöd. Att intresset hos distriktssköterskorna inte varit så stort när handledning erbjudits.

”... så jag känner ju att de sköterskor jag har i dag är väldigt trygga i sin roll... jag vet att det har erbjudits vid vissa tillfällen handledning bland annat ... det har väl inte varit så jättestort intresse...”

Reflektion som stöd

Det finns en medvetenhet bland informanterna om reflektionens betydelse i en arbetsgrupp. Att individuellt få reflektera var en fråga som distriktssköterskorna ganska ofta lyfte och önskade få möjlighet till. En del enhetschefer försökte stötta sina distriktssköterskor genom att hjälpa till att planera in tid för reflektion i arbetet. Det var inte ovanligt att distriktssköterskorna ville veta innan vad som skulle diskuteras.

”...tid att reflektera, tid att kunna sätta sig ner och prata med varandra i lugn och ro...”

Reflektion var något som enhetscheferna ansåg var bra, och merparten av dem överlät till distriktssköterskorna att själva ordna med det.

”... Fortlöpande stöd i vardagen i gruppen är något sjuksköterskorna ofta får jobba med själva...där man kanske sitter en stund...”

Teambaserat stöd

Distriktssköterskors stöd till varandra

Mycket utav ansvaret på om, hur och när distriktssköterskorna fick stöd, lade enhetscheferna på distriktssköterskorna själva. Förväntningar ställdes på dem att vara

öppna med om de behövde hjälp och stöd, samt att de skulle vara lyhörda gentemot varandra och fånga upp om de såg att någon kollega hade hög arbetsbelastning.

”...man kan ju stötta varandra ganska så mycket bara genom att prata...någon kollega som följer med...man får vara lyhörd...alla inte säger ifrån att detta är jättejobbigt...bekräftat att man gjort rätt...”

Enhetscheferna anser att de äldre erfarna distriktssköterskorna är ett stöd för de yngre. Distriktssköterskorna ska vara flexibla och avlasta varandra om det känns tungt. Den inre trygghet som kunskap och erfarenhet av palliativ vård ger och egen personkännedom lyftes fram av enhetscheferna som en stor tillgång.

”Trygga...goa kvinnor ... inte rädda för någonting...en del är ju bara födda till det...”

De såg också möjligheten att åka två till patienter där situationen känns svår. Även när det gäller de medicinsk-tekniska produkterna tog en enhetschef upp hur distriktssköterskorna stöttade upp varandra.

”...har dom väldigt komplicerade patienter så ska de ju åka två stycken...om de känner att de behöver det och ta stöd i varandra...”

Samtliga enhetschefer var positiva till en palliativ grupp som stöd för distriktssköterskorna även om det inte fanns i alla kommuner. I de palliativa grupperna ingår distriktssköterskor från arbetsgruppen som verkar som ett stöd för de övriga i den palliativa vården.

”...det här med palliativ grupp...den skulle ju kunna fungera som ett mentorskap...hur gör vi här...hur ska vi tänka nu...det tror jag absolut skulle vara jättebra...”

Tvärprofessionellt samarbete som stöd

Vissa svårigheter med tvärprofessionellt samarbete kan ses bland annat när vård ges till svårt sjuka barn i hemmet. Om de dör, så dör de oftast på sjukhus. Det är dock inte ovanligt att de får mycket hjälp i hemmet med olika antibiotika-kurer, dropp eller liknande. I en kommun uppgav enhetschefen att distriktssköterskorna såg detta upplägg som en brist, då behandlande läkare var på barnsjukhuset och inte ingick i deras läkarteam. På så sätt upplevde de att det brast i team-känslan kring dödsfallen.

”...som har barnen...det är Drottning Silvia...bekymmer...i samband med dödsfall...stödet...teamkänslan kring dödsfallen...”

Inom vissa verksamheter är arbetssättet mer utpräglat som ett team kring patienten med regelbundna möten och avstämningar, handledning tillsammans med rehabiliterings-enheten till exempel. I andra kommuner nämndes inte rehabiliterings-enheten, utan istället lyftes läkarens stödjande roll fram, stöd i form av hembesök hos svårt sjuka

patienter, ordinationer och så vidare. Stöd från en samordnande palliativläkare, som har ett antal kommuner i Västsverige beskrivs av enhetscheferna som ett viktigt stöd. Palliativläkaren kom ut i de olika distriktssköterskegrupperna och pratade om palliativ vård, samt om rutiner och riktlinjer gällande läkemedelsordinationer för palliativ vård.

”...professionellt stöd från läkare...läkaren med på hembesök ger ju ett stöd...inte ensam med bedömningar och beslut...”

I samtliga kommuner såg enhetscheferna både för- och nackdelar med ett palliativt team. Fördelen är den spetskompetens som teamet har och nackdelen att övriga distriktssköterskor i gruppen inte har samma kompetens.

”...nackdelen är att sjuksköterskor som inte ingår i ett team tappar i kompetens helt enkelt det får man ju räkna med...fördelen är spetskompetensen så är det ju...”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna har använt sig av Kvale & Brinkmans (2010) och Granskär & Höglund-Nielsen (2012) böcker när det gäller dataanalysen och hur essensen av fynden ska vaskas fram. För att öka förståelsen inför genomförandet av intervjuerna har även Nyberg & Tidströms (2008) litteratur inom den kvalitativa forskningsintervjun använts.

Kvale & Brinkman (2010, s. 129) menar att i kvalitativa intervjuer så riskerar antalet intervjupersoner att bli antingen för stort eller för litet. Hur stort underlaget ska vara beror på syftet. Intervjuer kan göras tills en mättnad nås och fler intervjuer inte tillför någon ny information. Det skulle kunna vara applicerbart på denna studie, men författarna begränsade sig ändå till att kontakta ett visst antal kommuner för att kunna genomföra studien inom angiven tidsram. Nyberg & Tidström (red.) 2008, s. 129) skriver att eventuella nyckelpersoner inom organisationen måste kontaktas innan för att be om tillstånd att utföra datainsamlingen, såsom till exempel personalchef. De enhetschefer som intervjuades ansåg att det räckte med deras samtycke och att ingen överordnad behövde tillfrågas. Detta är något som författarna i efterhand har reflekterat över, kontakt kanske borde ha tagits med enhetschefernas överordnade.

Den kvalitativa intervjun i kombination med att författarna hade ett öppet sinne och ställde öppna intervjufrågor inom ämnesområdet, gjorde att informanterna gav ett gediget analys-material i gengäld. De intervjufrågor som ställdes gjorde att intervjuerna enligt Björklund & Pålsson (2012, s.70) kan betraktas som semi-strukturerade genom att ämnesområdena var bestämda, men följdfrågor kunde ställas efter hand. En metod med förbestämda teman hade troligtvis gjort att resultatet hade blivit alldeles för reglerat. Här gavs möjligheten för informanten tala fritt, något som gav ett innehållsrikt och intressant material att analysera.

Från början hade författarna tänkt intervjua distriktssköterskor, som arbetar med patienter vid vård i livets slutskede, för att höra vilket stöd de behöver. Inom det temat fanns dock mängder med material redan, varför författarna valde att istället intervjua kommunala enhetschefer och deras uppfattning om distriktssköterskors behov av stöd. Enhetscheferna var tillmötesgående och villiga att erbjuda sitt deltagande i studien. Alla som intervjuades hade själva arbetat i hemsjukvård med palliativ vård.

Författarna har i databaser och litteratur sökt efter studier gällande kommunala enhetscheferns uppfattning om distriktssköterskors behov av stöd i arbetet med vård av patienter i livets slut. Någon litteratur i detta ämne har författarna inte kunnat finna i Borås Högskolas anvisade databaser.

Genom att bägge författarna deltog vid varje intervju var tanken att det skulle bli lättare att diskutera och relatera till det insamlade intervjumaterialet, och på så sätt underlätta skrivande-processen. Det fanns eventuellt en risk att enhetschefen skulle känna sig obekvämt med att det var två som intervjuade, men det blev ett gediget analysmaterial. Det faktum att intervjuerna gjordes på enhetschefens arbetsplats gjorde att det blev en slags balans.

Författarna tror att deras egen erfarenhet och kunskap inom området till viss del kan väga upp den bristande erfarenheten av att genomföra intervjuer. Författarna är medvetna om sin egen förförståelse genom sitt eget arbete inom hemsjukvården. Även om författarna har värnat om öppenhet under intervjuerna och tolkningen av de transkriberade intervjuerna, så går det inte att komma ifrån att författarna kanske på ett omedvetet plan tolkat in egna erfarenheter i resultatet. Dahlberg et al (2003, ss. 26-27) menar att det är viktigt att vara öppen och ständigt ifrågasätta sin egen förförståelse.

Resultatdiskussion

Denna studie resulterade i tre teman: Organisatoriskt stöd, individuellt stöd och teambaserat stöd. De subteman som framkom var: enhetschefens betydelse, ekonomins betydelse, stöd att planera arbetet, utbildning som stöd, handledning som stöd, reflektion som stöd, distriktssköterskors stöd till varandra samt tvärprofessionellt samarbete som stöd. För att distriktssköterskan ska kunna växa i sin yrkesprofession behövs organisatoriskt-, individuellt- och teambaserat stöd i olika former.

Studien visar att enhetscheferna är medvetna om distriktssköterskornas behov av stöd vid vård av patienter i livets slutskede. Distriktssköterskorna såg sin egen betydelse som stöd i svåra situationer och genom att tydliggöra rutiner och riktlinjer. Ekonomin är en del av det organisatoriska stödet, men kan även vara ett hinder för att ge stöd. Ett exempel är utbildning, som måste hållas inom budgetens ramar.

Enhetscheferna såg sig själva som en tillgänglig resurs för samtal och en del hade en stående punkt på APT om hur distriktssköterskan mår i sin arbetssituation. Att det finns bra rutiner och riktlinjer som skapar säkerhet finns det enighet om. Det fanns en medvetenhet om att stöd behövs och enhetscheferna var positiva till det. Författarna ser i denna studie att ledarskapet är viktigt för att se distriktssköterskans behov av

utbildning, handledning, reflektion och möjlighet att frigöra tid för detta. Att distriktssköterskorna ska kunna se sina egna och kollegornas behov av stöd och dessutom planera tid för detta är inte rimligt.

För att få individuell tid till handledning och reflektion krävs att distriktssköterskorna planerar om sitt arbete så tid frigörs inom organisationen. Majoriteten av informanterna tyckte att distriktssköterskorna tenderade att fastna i frågor som rör arbetssättet när de skulle ha handledning eller att de prioriterade bort det. Distriktssköterskorna förväntades att själva skapa tillfällen för reflektion och genomförande.

Distriktssköterskorna förväntades vara öppna och lyhörda gentemot varandra och kunna se varandras behov av stöd. Det tvärprofessionella stöd som informanterna främst nämnde var läkarnas.

Organisationen har ett ansvar att se till att vården som ges är i linje med gällande lagar och riktlinjer (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 127). Organisationen ansvarar även för att distriktssköterskan ges möjlighet att utvecklas i sin vårdande roll. Kvaliteten på vården måste säkerställas och kan endast förbättras inifrån organisationen. Distriktssköterskan måste få stöd i sin strävan att ge en god vård. Om inte stöd ges riskerar organisationen att inte uppfylla sina mål, riktningen blir skev och där positiva mål skulle ha uppnåtts blir istället felaktiga beslut och kortsiktiga lösningar kvar, som i slutänden drabbar patienten negativt i form av bristande kvalitet (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s.127).

Det framgick av resultatet att ekonomin kan vara ett hinder för att ge stöd inom organisationen till distriktssköterskorna. Det är politikerna som beslutar vilka ekonomiska resurser som ska avsättas till hemsjukvården. I den kommunala hälso- och sjukvården ökade kostnaderna med 10 procent under åren 2002-2006 (Drevenhorn (red.) 2010, s. 19). Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011, s. 17) beskriver hur kraven på hälso-sjukvårdspersonalens kompetens blir allt större samtidigt som ekonomin stramas åt. Möjligheterna att få avancerad vård i hemmet har ökat och det leder i sin tur till ökade kostnader. I intervjuerna framkom att en aktiv registrering i palliativregistret kan ge kommunerna pengar. Dessa skulle kunna användas till fortbildning av personalen inom palliativ vård.

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren stödja distriktssköterskans arbete och anpassa arbetsförhållandena efter individens behov och då är företagshälsovården en möjlig resurs (Cronberg, 2013). Författarna ser vikten av att lyfta fram de olika former av stöd som behövs till distriktssköterskor för att kunna ge en god palliativ vård till alla i livets slutskede. Den goda vården bör utgå ifrån ett välgrundat motiv, som bottnar i medmänsklig kärlek, så som caritasmotivet. Vidare bör vården genomsyras av en genuin omtanke om patienten och dennes närstående (Wiklund, 2003, s. 31).

Enhetscheferna tog upp företagshälsovården som ett självklart stöd. Frågan är dock om det är rätt forum för att hjälpa distriktssköterskan att växa i sin yrkesprofession. Författarna tror att det är viktigt att skilja på när en distriktssköterska mår dåligt i sin arbetssituation och det stöd distriktssköterskor behöver i sin profession.

Enhetscheferna lade stort ansvar på distriktssköterskorna själva att omfördela arbetsuppgifter eller skjuta på arbetsuppgifter för att delta vid handlednings- eller

reflektionstillfällen. Här ser författarna att det är viktigt att arbetsgivaren stödjer distriktssköterskorna och betonar vikten av att delta i handledning och reflektion och skapar förutsättningar för att få tid för detta. Arman & Rehnsfeldt (2006, s.127) skriver att tid kan innebära många saker. Att få tid hos en palliativ patient är ett värdefullt stöd. Distriktssköterskorna som vårdar är människor i grund och botten och hanterar stressiga situationer på olika sätt. En del har förmågan att trots mängden arbetsuppgifter för dagen ändå utstråla ett lugn gentemot patienten, och på så sätt inge en känsla av trygghet. Detta kan endast uppnås om organisationen inifrån fungerar som ett stöd, där rutiner och riktlinjer fungerar som ett organisatoriskt stöd.

I denna studie fann författarna att de flesta enhetscheferna försökte vara aktiva i att utbilda sina distriktssköterskor internt. Externa utbildningar erbjöds inte av arbetsgivarna, däremot var det möjligt att i mån av tid hospitera på andra vårdavdelningar. Distriktssköterskans arbete ska ständigt pendla mellan teori och praktik. Det teoretiska och praktiska ska mötas och tillsammans bilda en helhet, distriktssköterskan strävar i sitt arbete efter att minska klyftan mellan teori och praktik. En distriktssköterska som arbetat många år i sitt yrke erhåller inte automatiskt en yrkeskompetens, utan den utvecklas först genom att kunskaper och erfarenheter lyfts upp och reflekteras (Dahlberg, 1998, ss.34-35). Därför är det av stor betydelse för distriktssköterskans utveckling inom sitt arbete att reflektion planeras in under arbetsdagarna. Det framgår också i DSF (2008, s.7) att distriktssköterskan i sitt arbete ska ha ett reflekterande förhållningssätt.

Författarna anser att det vore bra om distriktssköterskan kunde erbjudas regelbunden extern fortbildning av sin arbetsgivare. Utbildningen bör vara betald av arbetsgivaren, då distriktssköterskan förväntas arbeta enligt senast beprövad erfarenhet och forskning. I verksamheterna idag finns inget ekonomiskt utrymme för utbildningar i den omfattning som behövs. Det som behövs för att utveckla distriktssköterskorna i sin yrkeskompetens är bland annat fortbildning. I DSF (2008, s.7) står att distriktssköterskan ansvarar för att i sitt yrkesutövande ständigt fortbilda sig. Det går dock inte att klara av detta utan förståelse och stöd från arbetsgivaren. Att utbilda sig externt och samtidigt erhålla lön för detta var endast möjligt en dag i månaden i en av kommunerna. Alla informanterna var positiva till att bevilja ledighet i samband med studier. I grundutbildningen till sjuksköterska ingår i genomsnitt en och en halv veckas utbildning inom palliativ vård. Det krävs mer kunskaper bland vårdpersonal inom alla specialiteter för att rätt kvalitet inom palliativ vård ska uppnås (Drevenhorn (red.) 2010, s. 191).

I resultatet framgår att distriktssköterskorna kunde fastna i de organisatoriska frågorna vid handledningstillfällena i stället för att diskutera det som handledningen gällde. Dunne, Sullivan & Kernohan (2005) och Griffiths, Ewing & Rogers (2010) studier visar på hur svårt det är att möta rädslor och frågor kring döden, strategin bland distriktssköterskor kunde vara att distansera sig i mötet med den döende och dennes familj. Att i handledning prata om det som är svårt kräver professionell handledning för att komma till kärnan i problematiken och inte kretsa runt frågor som gäller arbetssättet. Informanter i studien uppgav att det fanns ett bristande deltagande vid handledningstillfällena och de uppfattade det som att behovet inte var så stort. Holmberg (2001, s.17) beskriver handledning som oundgänglig för utvecklingen på arbetsplatsen. Förutom att den bidrar till personlig växt, utveckling i

distriktssköterskans professionalitet och en ökad effektivitet, så minskar även risken att personalen drabbas av utbrändhet.

Handledaren bör vara en utomstående person, annars riskerar det att bli en låsning i gruppen, som gör att utvecklingsprocessen inte kan gå framåt. Då kan inte heller den professionella kompetensen utvecklas (Holmberg, 2001, s.24).

Författarna menar att det kan vara svårt för de distriktssköterskor som utvecklat ett distanserat förhållningssätt till svåra existentiella frågor att påbörja handledning eftersom det innebär en inre process hos dem själva. Det är därför av stor betydelse att de får fortlöpande handledning i sitt arbete inom palliativ vård för att minska risken att distanserade strategier utvecklas hos den enskilda distriktssköterskan. Författarna anser det vara en viktig uppgift för enhetscheferna att tydliggöra att handledning är högprioriterad och ska ingå kontinuerligt i arbetet.

Drevenhorn (red.) 2010, ss. 189-190) menar att vårdpersonal måste uppmärksamma frågor kring livet och döendet mer än vad som görs i dag. Den som är döende får kämpa mot olika existentiella hot mot sin egen identitet, sitt oberoende och förlorad kontroll över sin framtid. Enligt DSF (2008, s. 7) ska distriktssköterskan vara aktiv och engagera sig i ett livslångt lärande, omvårdnaden som ges ska böttna i evidensbaserad forskning. Distriktssköterskan ska med andra ord ständigt arbeta med och intressera sig för vårdens utveckling, både för sig själv och för sina kollegor.

I den västerländska kulturen talas det inte mycket om döden idag, trots att den är en naturlig del av livet och över 90.000 personer dör i Sverige varje år. Johansson & Lindahl (2010) beskriver det i sin studie som en slags dödsförnekelse.

Distriktssköterskan balanserar ständigt mellan ideal, det vill säga vad hen skulle vilja ge för vård om möjlighet fanns, och verkligheten. Det kan vara svårt för distriktssköterskan att hantera tankar och känslor relaterade till döden. Distriktssköterskorna i, Johansson & Lindahls (2010) studie, talar om en strävan efter helhet, hur de blir berörda av patientens lidande och sina egna existentiella tankar kring sin egen död. Att vårda patienter i livets slutskede dränerar distriktssköterskan på energi, och ger en känsla av att befinna sig i ett existentiellt hållrum. Patienterna och deras närstående ger dock så mycket tillbaka. I vården är det viktigt att ha ett öppet sinne både gentemot patienter och gentemot kollegor. I studien betonas vikten av att ha schemalagda möten med överordnade samt fortlöpande utbildningsprogram som stöd för distriktssköterskorna (Johansson & Lindahl, 2010).

Den yrkesmässiga växten sker när distriktssköterskan får möjlighet till reflektion. Att reflektera är en process, som till en början kan ske med hjälp av en modell. När modellen är väl inarbetad kan reflektion ske utan handledning enligt vald modell. Genom reflektion kan kollegial kunskap bildas och spridas. Åtgärder och handlingar som annars bara utförs, så kallad tyst kunskap, kan konkretiseras och kritiskt granskas (Dahlberg, 1998, s.18). Författarna kan i sin studie se att den kommunala enhetschefen har en medvetenhet om att distriktssköterskan bör reflektera i sitt arbete. Någon av informanterna hade försökt hjälpa till genom att förbereda inför reflektionsgruppen, men de flesta överlät till distriktssköterskorna att ordna med reflektionstid själva. De menade att på något sätt fanns alltid möjlighet att sitta ned med kollegor och reflektera i slutet av dagen.

Det finns många anledningar till varför distriktssköterskan bör ha reflektion som en regelbunden rutin i sitt arbete. Patienternas delaktighet ökar, distriktssköterskans helhetssyn ökar, inflytandet över det egna professionella arbetet ökar och förmågan att hantera existentiella frågor så som vid vård av patienter i livets slutskede ökar. En modell som skulle kunna användas är "Reflekterande Team" (RT). Modellen innebär att livsvärldsperspektivet används och ligger till grund för reflektionen. När grunden väl är lagd kan ledaren för reflektionen stötta teamet att ta fram handlingsplaner förankrade i den vårdvetenskapliga forskningen (Nyström, 2013).

Frågan är dock om enhetscheferna är medvetna om reflektionens betydelse vad gäller distriktssköterskans yrkesmässiga växt. Författarna tror att det reflekteras mer sällan om distriktssköterskorna måste hålla i reflektionen själva. Det vore önskvärt att reflektion som stöd lyftes fram mer av enhetscheferna som en viktig del i arbetet och att distriktssköterskorna antingen hade någon utomstående som höll i reflektionsgruppen alternativt att någon i arbetsgruppen utbildades särskilt för att hålla i reflektionsgruppen.

Vanderspank-Wright, Fothergill-Bourbonnais, Malone-Tucker, Slivar (2011) skriver att reflektion är en väsentlig del i den process som det innebär för distriktssköterskor att lära sig ge god vård vid livets slut och för att de ska känna sig trygga i att ha öppna, kontinuerliga samtal med patienter och deras närstående. Distriktssköterskor behöver prata om och reflektera tillsammans i arbetsgruppen över den vård som de ger och olika vårdssituationer som uppkommit, ofta har de liknande erfarenheter.

Denna studie visar att distriktssköterskorna själva får uttrycka om behov av stöd finns och det stöd som kollegor kan ge lyftes fram. Stor vikt lades vid att distriktssköterskorna själva kan se över sin arbetssituation och avlasta varandra om det blir för tungt. Informanterna såg också de äldre, mer erfarna distriktssköterskorna som en resurs för de yngre, liksom att den egna personkännedomen har stor betydelse. Uttryck som att en del skulle vara födda till detta, vårdandet, bortser från att det är ett svårt arbete som innefattar professionell kunskap. Det är bra att ha fallenhet för ett yrke, men det krävs ändå kunskap. Peereboom & Coyle (2012) skriver om att distriktssköterskor behöver utbildning i kommunikation vid vård i livets slut. De menar att det finns de distriktssköterskor som har lättare för att kommunicera med patienten och de närstående än andra, men alla behöver kunskap i hur kommunikation ska ske för att patienten och familjen ska känna trygghet och stöd i att ge uttryck för hur de känner och de frågor de har. Om distriktssköterskan inte har färdigheter i kommunikation så kan det förstöra relationen till patienten.

Kraven skärptes på att teoretisk grund ska finnas på vårdutbildningarna när de flyttades till högskolan i slutet av 1970-talet. För de delvis praktiska yrkena, så som distriktssköterskeyrket, blev det ett problem, kombinationen av vetenskap och värderingar blev komplicerad och vårdarens tysta kunskaper syntes inte i kunskapsfältet som blivit vetenskapligt. I den praktiska kunskapen ingick intuition, personligt förhållningssätt och praktisk erfarenhet. Först under 1990-talet började man tala om den tysta – och praktiska kunskapen, det ledde till att kunskapsbegreppet utvidgades (Bentling & Jonsson (red.) 2010, ss. 15, 131-132). Frågan är om det finns kvar en föreställning sedan förr att tyst och praktisk kunskap även innefattar personliga

egenskaper. De distriktssköterskor som ansågs trygga i sin roll av enhetscheferna upplevdes ha ett mindre behov av stöd då intresset för handledning inte varit så stort. Men författarna frågar sig om distriktssköterskorna alltid kan se när behovet av stöd finns hos sig själva och kollegorna. Den enskilda distriktssköterskan kan också känna rädsla att framstå som mindre trygga om behov av stöd skulle uttryckas.

Socialstyrelsen (2013) skriver att syftet med kunskapsstödet är att stödja vårdgivarna inom den palliativa vården att ge en likvärdig vård till alla. I Slutbetänkandet från kommittén om vård i livets slutskede (2001) står att det krävs en tydlig arbetsledning och att all personal arbetar utifrån lika värderingar och kompetens inom palliativ vård för att uppnå god vårdkvalitet. I denna studie framkom utbildning som en viktig del för distriktssköterskornas arbete vid vård i livets slutskede. Kunskapsstödet ger möjlighet till utbildning.

I Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede från Socialdepartementet (2001) framgår att allt fler som behöver palliativ vård kommer att vårdas i de egna hemmen och kommunernas särskilda boenden. Det innebär att primärvården måste utvecklas och personal erbjudas kontinuerlig kompetensutveckling. Palliativa resursteam ska vara stöd för hemsjukvård och kommunernas särskilda boenden.

Distriktssköterskan ska arbeta för att upprätthålla ett bra samarbete med övriga professioner (DSF,2008, s.8). Flertalet informanter framhöll att patientansvarig läkare fungerade som det största stödet till distriktssköterskan inom det tvärprofessionella samarbetet. Författarna anser dock, genom egen erfarenhet, att det tvärprofessionella samarbetet mellan till exempel hemsjukvård och vårdcentral och sjukhus kan bli bättre. Oftast är det snarare så att det är distriktssköterskan som fungerar som ett stöd till behandlande läkare. Om inte distriktssköterskan gör hembesök och bedömer patienten, skulle det bli svårare för läkaren att göra en bedömning, ordinera också vidare.

Kommuner som deltagit i denna studie arbetar aktivt med att ha ett gott tvärprofessionellt samarbete mellan hemsjukvården och primärvården. NOSAM är ett forum för samverkan på kommun- och stadsdelsnivå, där MAS ingår. De tre övergripande målen är att förbättra vårdkedjan mellan kommuner, landsting och primärvård, att säkerställa att en god och säker vård ges till alla medborgare samt att se över de olika resurserna så att de används på ett ekonomiskt sätt (Samverkanstorget, 2013). Därför är det av vikt att lyfta fram det stöd som ett gott teamarbete ger till distriktssköterskan.

Slutsatser

Författarna finner i den här studien att enhetschefernas uppfattning är att distriktssköterskorna prioriterade bort handledning på grund av bristande intresse och brist i planeringen. Informanterna tolkar det som att distriktssköterskorna är trygga i sin yrkesroll och inte har något behov av handledning. Detta i kombination med att patienten inte alltid visar sina känslor gör att distriktssköterskan kan behålla ett distanserat bemötande, vilket i sin tur ökar patientens lidande. Distriktssköterskans individuella förhållningssätt och förmåga att bemöta patientens existentiella frågor kan

förbättras om enhetscheferna stöttar distriktssköterskorna och inte låter dem lösa planeringen av reflektionstiden själva. Genom att organisatoriskt hjälpa distriktssköterskorna att prioritera reflektion i det dagliga arbetet ökar distriktssköterskans yrkesmässiga växt och kan möjliggöra för distriktssköterskan att ta del av en annan människas livsvärld. Vidare anser författarna att regelbunden handledning och ett teambaserat arbetssätt är av stor betydelse som stöd för distriktssköterskorna, för att de ska våga möta sina egna existentiella rädslor.

Fortsatt forskning

Det skulle vara av intresse att undersöka vilka ökade vårdkvaliteter ett ökat organisatoriskt-, individuellt- och teambaserat stöd i enlighet med studiens resultat till distriktssköterskorna vid vård i livets slut skulle ge. På vilket sätt har det kommit patienter och de närstående till godo?

Kliniska implikationer

- Arbetsgivaren kan organisatoriskt stödja distriktssköterskorna, genom att kontinuerligt erbjuda stöd och följa upp det palliativa arbetet i form av handledning- och reflektionstillfällen.
- Utforma tydliga riktlinjer för palliativ vård på arbetsplatsen. Ett dokument som ingår i det dagliga arbetet och fortlöpande följs upp.
- Distriktssköterskorna bör erbjudas individuell extern och kontinuerlig fortbildning, på arbetstid, inom palliativ vård som stöd.
- Distriktssköterskor som arbetar inom verksamheter, som rymmer palliativ vård, bör ha specialkunskap och kompetens för detta. Ett teambaserat arbetssätt är av stor vikt.

REFERENSER

- Alvesson, M. & Svenningsson, S. (red.) (2007). *Organisationer, ledning och processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber AB.
- Bentling, S. & Jonsson, B. (red.) (2010). *Vårdpedagogiska utmaningar*. Stockholm: Liber.
- Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielsson, E. & Henoch, E. (2010). Health care staff 's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, (8), ss. 59-68.
- Cronberg, H. (2013). *Företagshälsovård*.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1998). *HYV.Handledning i yrkesmässig växt inom vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige – DSF. (2008). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: DSF.
- Drevenhorn, E. (2010). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunne, K., Sullivan, K., Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses`experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), ss. 372-380.
- Ferrell, B., Virani, R., Malloy, P. & Kelly, K. (2010). The Preparation of Oncology Nurses in Palliative Care. *Elsevier*, vol. 26 (4), ss. 259-265.
- Granskär, M. & Höglund, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M. (2010) ” Moving Swiftly .” Psychological Support Provided by District Nurses to Patients with Palliative Care Needs. *Cancer Nursing*, 33(5), ss. 390-397.
- Holmberg, U. (2001). *Handledning i praktiken. Om hur man skapar en lärande process*. Uppsala: Konsultförlaget, Uppsala Publishing House AB.

Johansson K. & Lindahl B. (2010). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical nursing*, vol. 21, ss. 2034–2043.

Kaasa, S. (red.) (2001). *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. & Stromsnes Ekern, K. (red.) (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Göteborg: Liber.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Melin-Johansson, C., Ödling, G., Axelsson, B. & Danielsson, E. (2008). The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, (6), ss. 231-238.

Munck, B., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2008). *Next-of-kin caregivers in palliative home care – from control to loss of control*.

Nationella Rådet för Palliativ Vård (2013). Vad är palliativ vård?]

Nilsson, A. (2001). *Omvårdnadskompetens inom hemsjukvården – en deskriptiv studie*. Diss., Göteborgs universitet. Göteborg: Univ.

Norton, C., Hobson, G., Kulm, E. (2011). Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, vol. 37(3), ss. 240-245.

Nyberg, R. och Tidström, A. (red.) (2012) *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström M. (2013). Reflekterande team - En arbetsmodell för evidensbaserad vård. *Vård i Norden*, vol 33, ss. 42-44.

Peereboom, K. & Coyle, N. (2012). Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease—Communication Strategies for Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 14(4), ss. 251–258.

Polit, DF. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rahm-Sjögren, K. & Sjögren, T. (2002). *Att vara sjuksköterska och chef*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014*. Västerås: Edita.

Ryan, P.J., Howell, V., Jones, J. & Hardy, E.J. (2008). *Lung cancer, caring for the caregivers. A qualitative study of providing pro-active social support targeted to the carers of patients with lung cancer.*

Samverkanstorget (2013). *NOSAM. Om samverkan.*

Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 43(5), ss. 521-530.

Socialdepartementet (1995). *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2001). *Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2009). *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Västerås: Edit Västra Aros.

Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, P-G. & Starrin, S. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Arbetsidentifikation (AID)*.

Södertälje Sjukhus (2014). *Miljöcertifierade*.

Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Malone-Tucker, S., Slivar, S. (2011). Learning end-of-life care in ICU: Strategies for nurses new to ICU. *Dynamics : The Official Journal of the Canadian Association of Nurses*, 22 (5), ss. 22-25.

Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer. Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Whittaker, E., Kernohan, W.G., Hasson, F., Howard, V. & McLaughlin, D. (2006). *The palliative care education needs of nursing home staff*.

Widell, M. (2003). *Lindrände vård: vård i livets slutskede*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.



Borås

2013-09-09

Informationsbrev angående
examensarbete med inriktning mot
Distriktssköterska, 15 högskolepoäng

Kommunala enhetschefers uppfattning om behovet av stöd till distriktssköterskan som
vårdar patienter i livets slutskede

Som distriktssköterska inom kommunal hemsjukvård stöter man ofta på patienter som
befinner sig i livets slutskede. Forskning visar att distriktssköterskan har behov av stöd
då hon vårdar patienter i livets slutskede för att hon ska kunna utföra en god och
professionell vård. Stöd kan se ut på många olika sätt, allt från handledning i grupp,
extra tid till samtal, eller speciella utbildningstillfällen som arbetsgivaren anordnar.
Syftet med vår studie är att undersöka den kommunala arbetsgivarens möjligheter att
erbjuda stöd till distriktssköterskor som arbetar med patienter som befinner sig i livets
slutskede. Det skulle vara mycket värdefullt för oss om Du skulle kunna tänka Dig att
medverka.

Datansamlingen kommer att ske med bandade intervjuer. Intervjun kommer att ta ca 30
minuter. Deltagandet är frivilligt, och Du kan när som helst avbryta Din medverkan.
Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Inga obehöriga kommer att kunna ta del
av dem. När intervjun är transkriberad kommer den inspelade intervjun att raderas.
Resultatet kommer att redovisas i form av en uppsats vid Borås högskola.

Om du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss.

Med vänliga hälsningar

Luisa Borgqvist Leg. sjuksköterska Telnr: E-post:	Malin Liedman Laine Leg. sjuksköterska Telnr: E-post:	Handledare: Isabell Fridh Titel: Leg. sjuksköterska, PhD, Post doc Postadress: Institutionen för vårdvetenskap Högskolan i Borås, 501 90 Borås Telnr: E-post:
--	--	---



Bilaga 2

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Den kommunala enhetschefens uppfattning om behovet av stöd till distriktssköterskor som vårdar patienter i livets slutskede”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



Bilaga 3

Intervjufrågor

1. Vad erbjuder ni för stöd till distriktssköterskor i er kommun vid vård av patienter i livets slut?
2. Hur tycker du att ett bra stöd ska se ut?
3. Vilka önskemål om stöd har dina anställda gett uttryck för inom arbetet med vård i livets slut?
4. Hur kan du tillgodose de anställdas önskemål om stöd?
5. Hur ser dina möjligheter ut att påverka vilket stöd som ges till dina anställda?
6. Hur arrangeras eventuella möjligheter att stödja personalen?
7. Ser du några hinder att erbjuda stöd?
8. Vilket stöd ser du att en palliativ grupp i arbetslaget skulle kunna ge?
9. Vilka för- och nackdelar ser du med att distriktssköterskorna ingår i ett palliativt team som stöd? (där ingår läkare/dsk/rehab/ev specifik omv.personal)
10. Hur ser ert samarbete ut med andra kommuner när det gäller stöd till distriktssköterskor vid vård i livets slut?

Respondantens utbildning/profession:

Kön:

Ålder:

År i yrket: