HÖGSKOLAN DALARNA

Examensarbete
Avanceradnivå

Distriktssköterskors upplevelser av att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård

En kvalitativ intervjustudie

District nurses experiences to assess symptoms within palliative care in homecare – a qualitative interview study

Författare: Camilla Antonsson
Institution: Institutionen för hälsa och välfärd
Handledare: Therese Granström
Examinator: Gabriella Engström
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: AVÅ28T
Högskolepoäng: 15 hp
Examinationsdatum:2025-01-16

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja ☒ Nej ☐

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Palliativ vård är en stor och viktig del i hemsjukvård. Distriktssköterskan bör tidigt sträva efter att bedöma, identifiera samt förebygga uppkomsten av symtom.

Syfte

Syftet var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård.

Metod

En empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats.

Resultat

Distriktssköterskorna beskrev att hos den palliativa patienten är det vanligt med symtom som smärta, oro och ångest, symtom som många gånger går hand i hand med varandra. I bedömningen av symtom används skattningsinstrument, klinisk blick samt anhöriga och omvårdnadspersonals patientkännedom. Brister ses dock i användningen av skattningsinstrument och i dokumentationen. Utbildning inom palliativ vård efterfrågas för hela teamet runt den palliativa patienten.

Slutsats

Slutsatsen är att bedömning av symtom inom palliativ vård kan vara svårt och komplext då olika symtom ofta uppstår samtidigt eller beroende av varandra. Det finns ett behov av förbättringsarbete i hela teamet runt den palliativa patienten för ökad patientsäkerhet.

Nyckelord:

distriktssköterska, hemsjukvård, kvalitativ forskning, palliativ vård symtombedömning

ABSTRACT

Background

Palliative care is a large and an important part of homecare. District nurses should in an early stage strive to asses', identify and prevent the origin of symptoms.

Aim

The aim was to describe district nurses experiences to asses' symptoms within palliative care in homecare

Method

An empirical qualitative interview study with inductive approach.

Results

The district nurses described that it is common for the palliative patient to have symptoms such as pain, worry and anxiety, symptoms that often go hand in hand with each other. In the assessment of symptoms, assessment instruments, clinical observation and patient knowledge of relatives and nursing staff are used. However, shortcomings are seen in the use of estimation instruments and in the documentation. Education in palliative care is requested for the entire team around the palliative patient.

Conclusions

The conclusion is that assessment of symptoms in palliative care can be difficult and complex as different symptoms often occur simultaneously or depend on each other. There is a need for improvement work in the entire team around the palliative patient for increased patient safety.

Keywords:

District nurse, home care services, palliative care, qualitative research, symptom assessment

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND **1**
Hemsjukvård 1
Palliativ vård 1
Symtom och symtombedömning 2
Skattningsinstrument 3
Palliativ vård i hemmet 4
Perspektiv och Utgångspunkter 5
Problemformulering 6
SYFTE 6
METOD **7**
Design 7
Kontext 7
Urval 7
Datainsamling 8
Dataanalys 9
Etiska överväganden 11
RESULTAT **12**
Att identifiera symtom hos palliativa patienter 12
Symtomhantering inom palliativ vård 14
Behov av förbättringsarbete 18
DISKUSSION **20**
RESULTATDISKUSSION **20**
Metoddiskussion 23
Slutsats 25
Klinisk betydelse 26
Förslag till vidare forskning 26
REFERENSER 28
Bilagor

BAKGRUND

Hemsjukvård

Behovet av hälso- och sjukvård ökar i takt med att medellivslängden hos Sveriges befolkning ökar. Medellivslängden i Sverige är idag för män drygt 81 år och för kvinnor nästan 85 år (Statistiska centralbyrån [SCB], 2023a). Fram till år 2030 beräknas Sveriges befolkning att öka, andelen människor över 80 år i Sverige beräknas då vara mer än 7,4 % av befolkningen, idag är cirka 5 % av befolkningen 80 år eller äldre (SCB, 2023b).

Enligt socialtjänstlagen (socialtjänstlagen [SOL], 2001) ska kommuner ge stöd och hjälp åt de som behöver. Utöver detta kan även de flesta kommuner erbjuda de som vistas i kommunen hemsjukvård, det vill säga hälso- och sjukvård i hemmet. Det innebär att kommunerna ansvarar för att organisera och ombesörja omvårdnadsåtgärderna enligt hälso- och sjukvårdslagen (hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Allt fler människor får hälso- och sjukvård i hemmet, hemsjukvården är under ständig utveckling där en säker och personcentrerad vård eftersträvas (Socialstyrelsen, 2023). Hemsjukvård bedrivs på de flesta håll i landet av kommunal verksamhet, det innebär att hälso- och sjukvårdsinsatser erbjuds dygnet runt i patienternas hem. Runt varje patient finns ett team av läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor samt andra viktiga aktörer redo att utföra sjukvårdsinsatser (Bengtsson & Lundström, 2019).

Palliativ vård

Palliativ vård avser vård som inte är kurativt syftande. Det vill säga när sjukdom inte längre går att bota övergår fokus till att lindra symtom. Strang & Beck-Friis (2012) har gjort en redogörelse för världshälsoorganisationens (WHO, 2002) definition av palliativ vård: ”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem” (Strang & Beck-Friis, 2012). Utifrån WHO:s definition av palliativ vård har riktlinjer utformats med hänsyn till människovärdesprincipen, riktlinjerna för palliativ vård grundar sig på fyra hörnstenar. De fyra hörnstenarna omfattar: symtomlindring, kommunikation, teamarbete och närståendestöd (Bengtsson & Lundström, 2019). Målet med den palliativa vården är att

hjälpa den svårt sjuka människan att få bevara sin värdighet och livskvalitet för att uppnå största möjliga välbefinnande till livets slut (Strang & Beck-Friis, 2012).

Att sätta patientens behov och berättelser om sig själv i relation till sin aktuella hälsostatus, tankar, känslor, sin livsstil och livsåskådning är grundläggande inom palliativ vård. Utifrån detta har en modell arbetats fram innefattande de 6 S: n. Modellen utgår från begreppen självbestämmande, självbild, symtomlindring, sociala relationer, sammanhang och strategier. Att bedöma symtomupplevelsen inom palliativ vård är komplext. Symtom kan yttra sig på många olika sätt i olika sammanhang och det är inte ovanligt hos palliativa patienter att flera symtom uppträder samtidigt, så kallade symtomkluster. Åtgärderna för symtomlindring måste därför ta hänsyn till patienten som person och utformas tillsammans i samråd mellan patient och distriktssköterska (Ternestedt et al, 2017). Det är inte ovanligt att palliativa patienter vill delta i beslut som innefattar den dagliga vården, behandlingsrelaterade beslut och beslut i livets slut. Huvudansvaret för en framgångsrik patientdelaktighet ligger dock hos hälso- och sjukvårdspersonal (Kuosmanen et al., 2021).

Symtom och symtombedömning

Smärta, illamående, oro och ångest är vanligt förekommande symtom inom palliativ vård och distriktssköterskan bör tidigt sträva efter att bedöma och identifiera samt förebygga uppkomsten av symtom. En otillräckligt behandlad smärta kan utlösa oro och ångest och vice versa vilket kan orsaka onödigt lidande hos patienten och också hos anhöriga (Strang & Beck-Friis, 2012). Det kan vara svårt för distriktssköterskor att bedöma symtom, framför allt när patienten har svårt att kommunicera. Patienten uttrycker sig då ofta med motoriska rörelser, ansiktsuttryck och även genom aggressivitet. Distriktssköterskor med lång arbetslivserfarenhet kan se och tolka patienten genom att använda sin kliniska blick (Brorson et.al., 2014; Lundin, & Godskesen, 2021).

Det krävs kunskap för att distriktssköterskan ska göra en optimal skattning av symtom, inte bara kunskap om människokroppen och dess funktion men också att med känsel, hörsel, lukt och med sin blick göra iakttagelser. Det är det som kallas den kliniska blicken (Swenurse, 2019).

För att uppnå en optimal symtomlindring inom palliativ vård har bedömning av symtom med hjälp av validerade skattningsinstrument en central roll för att distriktssköterskor ska kunna identifiera symtom (Burns & Mclfatrick, 2015). Det finns en brist hos distriktssköterskor i deras användning av skattningsinstrument, att symtomskattning inte alltid utförs av distriktssköterskorna vilket kan leda till ökad risk att symtom misstolkas eller underskattas. Vikten av att rutiner för symtomskattning följs samt ett gott samarbete i teamet är något som lyfts fram i tidigare studier (Christie et. al., 2018; Sand & Boström, 2012).

Dokumentationen av patientens symtom regleras av lagar som patientdatalagen, föreskrifter från Socialstyrelsen och patientlagen. Dokumentation är av stor vikt för att alla inom teamet ska kunna följa patientens planerade vård, vilka beslut och bedömningar som tas gällande patienten, hur de genomförs och utvärderas (Patientdatalagen [PDL], 2008).

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister vars övergripande syfte är att förbättra vård i livets slutskede. Ett av målen är att patienten har bedömts och varit lindrad från olika symtom sista veckan i livet. Registret visar i en årsrapport att det i Gävleborgs län är mindre än 50 % av symtom som är bedömda och dokumenterade (Svenska palliativa registret, 2022). Nationella riktlinjer i Sverige talar om vikten av att systematiskt använda validerade skattningsinstrument för generell och specifik symtomskattning inom palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016).

Skattningsinstrument

Symtom som patienten upplever kan skilja sig från den bedömning som utförs av vårdpersonal, det är då viktigt att validerade skattningsinstrument används i bedömningar och dokumenteras (Socialstyrelsen, 2016). Rekommenderade skattningsinstrument av symtom är Visuell Analog Scale, (VAS), Numerisk Rating Scale, (NRS) och Edmonton Symptom Assessment System: reviderad (ESAS-r), vilka är validerade skalor som rekommenderas för att skatta symtom (Karcioglu et al., 2018; (Lundh-Hagelin et. al., 2018). Abbey Pain Scale är ett validerat skattningsinstrument för patienter som har svårt att själva beskriva sina symtom (Socialstyrelsen, 2016).

VAS består av en skala där skattningen görs utmed en tio centimeter lång linje. Patienten anger intensiteten av sina symtom genom att sätta ett kryss eller flytta en markör mellan ändpunkterna ”ingen smärta” (0) och ”värsta tänkbara smärta” (10). NRS är en verbal skala där patienten skattar sina symtom genom att uttrycka en siffra mellan 0–10 där 0 poäng är ”ingen smärta” och 10 är ”värsta tänkbara smärta” (Karcioglu et al., 2018). ESAS-r är ett skattningsformulär där patienten likt VAS och NRS kan skatta sina symtom själv mellan 0 till 10. Tillskillnad från VAS och NRS lyfter ESAS-r symtom inom nio olika områden som är vanliga hos patienter inom palliativ vård samt en helkroppsbild där patienten själv kan markera var smärtan sitter (Lundh-Hagelin et. al., 2018).

Abbey Pain Scale är ett validerat skattningsinstrument som är framtaget för bedömning av symtom hos personer med kognitiv nedsättning som inte kan uttrycka sig verbalt. Symtomskattningen utgörs av sex frågor vilka omfattar patientens kroppsliga beteende och uttryckssätt. Frågorna poängsätts, graderas samt summeras och utifrån poäng resulteras till mild, medelsvår eller svår smärta (Abbey et. al., 2004; Edberg & Wijk., 2014).

Palliativ vård i hemmet

Palliativ vård är en stor och viktig del inom hemsjukvård. Hemsjukvård kan innebära en trygghet för palliativa patienter i behov av palliativ vård och med tillgänglighet till vård dygnet runt, och kontinuitet i möten med kompetent personal (Millberg et al., 2012). För att vårda palliativa patienter och ge en god palliativ vård i hemmet krävs även ett gott samarbete mellan olika vårdproffessioner, något som kräver att det finns en god kommunikation mellan de olika vårdprofessionerna för att främja vården, vilket är något som bör uppmuntras (Johansen & Ervik., 2022). Studier har visat att tidiga och frekventa insatser av palliativa vårdteam i hemmet haft en god effekt hos palliativa patienter där symtomlindring varit en av de främsta åtgärderna. (Kristanti et. al., 2023; Seow et. al., 2018). Distriktssköterskor som vårdade palliativa patienter i hemmet upplevde en trygghet och en känsla av kontroll när det fanns läkemedel ordinerade för att lindra symtom. De upplevde även att patienterna och anhöriga kände en trygghet i det, då rädsla och oro för plötsliga symtom ständigt fanns närvarande (Bowers & Redsell, 2017).

En annan viktig del inom palliativ vård är patientens anhöriga. De tar ofta på sig rollen som vårdare i hemmet, det är viktigt att inkludera anhöriga och stärka dem i sin roll och ge dem

en känsla av kontroll och tilltro till sin egen förmåga (Wu et al., 2023). För en anhörig underlättas situationen om den som är sjuk är symtomlindrad och det är viktigt att ge anhöriga stöd och information så att de förstår vad som händer med patienten (Strang & Beck-Friis, 2012). Att anhöriga känner en trygghet är betydelsefullt och den palliativa hemsjukvården ska vara en trygg bas. God tillgänglighet dygnet runt och kontinuitet är något anhöriga värdesätter för att slippa förklara situationen på nytt varje gång, exempelvis vid symtombedömning (Millberg et al., 2012).

Distriktssköterskans roll

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor framkommer det att de ska ha fördjupade kunskaper inom palliativ vård och vård i livets slutskede (Swenurse, 2019). Inom hemsjukvård och palliativ vård har distriktssköterskor ansvar för omvårdnadsbeslut och avancerade bedömningar som kräver hög kompetens. De bör även basera sitt arbete på beprövad erfarenhet, vetenskapliga grunder, teamsamverkan och personcentrerad vård (Benkel et al., 2016).

Hur distriktssköterskan bemöter palliativa patienter är av stor vikt och har en stor betydelse för att möjliggöra och för att upprätthålla en normalitet i patientens liv, vilket är något som palliativa patienter önskar (Dadich et al., 2023). Inom den palliativa vården är det viktigt att skapa en god relation med patienten. Ett ömsesidigt förtroende gör att distriktssköterskor vågar ställa frågor som kan öppna upp för existentiella samtal där patientens önskemål och behov kan lyftas fram och underlätta för att ge en personcentrerad vård. Med det ökade förtroendet kan distriktssköterskor känna sig trygga och vara mer mottagliga för att bedöma patientens behov (Larsson Gerdin et al., 2021; Söderman et al., 2021).

Perspektiv och Utgångspunkter

Inom kärnkompetensen personcentrerad vård ligger fokus på patienten i stället för på sjukdomen. Personcentrerad vård bygger på samarbete mellan patient och vårdpersonal, där bådas kunskaper ska lyftas fram. Patienten ska mötas som en partner och jämlike och genom att distriktssköterskor och sjuksköterskor är lyhörd och lyssnar kan patientens möjligheter och resurser lyftas fram och vara en hjälp vid bedömning av patientens symtom. En personcentrerad vård baseras på ömsesidig respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja (Ekman, 2014).

Den grundläggande principen för ett personcentrerat förhållningssätt är att utgå från patientens individuella behov och önskemål samt den unika kompetens, kunskap och initiativ som var och en har. En strävan att tillsammans uppfylla de önskemål patienten har för att bidra till meningsfullhet (Benkel et al., 2016). I och med att ett personcentrerat förhållningssätt bygger på patientens enskilda behov kan vården skilja sig från person till person trots att de drabbats av samma sjukdom (Ekman, 2014). Det är då av stor vikt att ha en öppen relation till patienten och ta hänsyn till patientdelaktighet vilket bidrar till en trygg och tydlig kommunikation och vård (Strang & Beck-Friis, 2012).

Problemformulering

Som distriktssköterska i hemsjukvård är mötet med patienter i ett palliativt skede vanligt förekommande. Ett av de huvudsakliga målen inom palliativ vård är att lindra olika symtom som kan orsaka onödigt lidande och innebära sämre livskvalitet för patienten. För att uppmärksamma patientens symtom bör distriktssköterskan använda sin kliniska blick, validerat skattningsinstrument och dokumentation för en patientsäker bedömning.

Inom den palliativa vården i Sverige lyfts vikten av god symtomlindring som en kvalitetsindikator. Palliativa registrets statistik visar låga procent i distriktssköterskors användning av skattningsinstrument. Om distriktssköterskor använder sin kliniska blick utan att använda ett validerat skattningsinstrument kan bedömningen skilja distriktssköterskor emellan samt i jämförelse med patientens skattning av sina symtom. Utifrån detta kan bedömningen av behov av symtomlindring bli otillräcklig och skapa en otrygghet hos patienten. Det är därför viktigt att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att bedöma patienters symtom inom palliativ vård i hemsjukvård, för att kartlägga styrkor och svagheter och därmed kunna arbeta för säkrare bedömningar av patienters symtom.

SYFTE

Syftet var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård.

METOD

Design

Studiens design var en kvalitativ empirisk intervjustudie med en induktiv ansats. Enligt Polit och Beck (2021) är en induktiv ansats passande när personers upplevelser ska studeras, då materialet tolkas förutsättningslöst för att beskriva ämnet så noggrant och brett som möjligt.

Kontext

Studien genomfördes inom kommunal hemsjukvård i en mindre kommun i Mellansverige.

Urval

Urvalet av respondenter till denna studie gjordes utifrån lämplighet av deltagare som är relevanta till syftet (Polit & Beck, 2021). Inklusionskriterier till studien var att respondenterna skulle vara distriktssköterskor och ha minst två års arbetslivserfarenhet av kommunal hemsjukvård samt ha erfarenhet av palliativ vård i hemsjukvård.

En verksamhetschef i den aktuella kommunen informerades om studien och dess syfte via mail med ett bifogat informationsbrev (bilaga 1). Informationsbrevet innehöll också inklusionskriterier för medverkan i studien. Efter utebliven respons kontaktades verksamhetschef via telefon och muntligt samtycke till studien inhämtades. Verksamhetschef lämnade därefter ut mailadresser till potentiella respondenter utifrån inklusionskriterier. Informationsbrev mailades ut till de potentiella respondenterna (bilaga 2). Initialt visade fem distriktssköterskor intresse av att delta i studien. Författaren vidgade därefter inklusionskriterierna till att även inkludera sjuksköterskor. Då urvalet av respondenter till kvalitativa studier främst ska bestå av dem som upplevt det specifika fenomenet (Polit och Beck, 2021).

Efter ytterligare kontakt med verksamhetschef fick författaren mailadresser till samtliga anställda sjuksköterskor i vald kommun. Efter att informationsbrev mailats ut en andra gång visade ytterligare sex respondenter intresse av att vara med i studien. Av dessa var en distriktssköterska och fem sjuksköterskor, tre sjuksköterskor exkluderades då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Ett informerat samtycke gavs av respondenterna och de

erhöll information om att deltagande i studien är frivillig samt att de närsomhelst kan avbryta sin medverkan utan att uppge skäl till det.

I studien medverkade åtta respondenter, dessa valdes ut med ett bekvämlighetsurval, vilket Polit och Beck (2021) beskriver som ett effektivt sätt och en lämplig metod då information om deltagandet skickades ut via mail till flera potentiella respondenter samtidigt och de som först visade intresse till att vara med i studien valdes ut till att medverka (Polit & Beck, 2021). I studien medverkade sex distriktssköterskor som arbetat i genomsnitt cirka tretton år och två sjuksköterskor som arbetat i genomsnitt åtta år, alla var kvinnor. Arbetslivserfarenheten hos respondenterna inom kommunal hemsjukvård sträckte sig mellan två och elva år.

Datainsamling

Studien genomfördes med individuella semistrukturerade intervjuer, Polit och Beck (2021) menar att det är en lämplig metod för att studera upplevelser. Vidare menar Polit och Beck (2021) att det är passande att inleda intervjuerna med en öppen fråga, därefter kan riktade följdfrågor ställas som kan ge författaren ökad förståelse och insikt i det aktuella ämnet. För att få svar på studiens syfte formulerades intervjufrågorna till att i stort belysa distriktssköterskor och sjuksköterskors upplevelser och utmaningar av att bedöma symtom inom palliativ vård, intervjuguide (bilaga 3).

En provintervju genomfördes innan för att se hur intervjufrågorna uppfattades, om de gav svar på studiens syfte och om intervjuguiden behövde revideras. På så vis fick författaren prova på sin roll som intervjuare, bedöma tidsåtgång samt öva frågeteknik (Henricsson, 2023). Intervjuerna genomfördes enligt den ursprungliga intervjuguiden, beroende på respondenternas svar ställdes följdfrågor om svaren behövdes utvecklas mer. Varje intervju avslutades med frågan: ”Har du något mer du vill tillägga?” vilket gav respondenterna möjligheten att lyfta ytterligare information om så behövdes. Detta tillvägagångssätt är enligt Kvale och Brinkman (2014) passande vid kvalitativa intervjuer.

Intervjuerna ägde rum i oktober 2024 och genomfördes enskilt med en respondent åt gången. Respondenterna fick välja tidpunkt och plats. Samtliga intervjuer genomfördes i ett avskilt rum på respondenternas arbetsplats. Tidsåtgången för intervjuerna varierade

från 11–19 minuter. Intervjuerna spelades in med en diktafon. När materialet transkriberats raderades inspelningarna. Det transkriberade materialet kodades med en siffra ett till åtta per intervju och förvarades på en privat dator. När examensarbetet godkänns kommer filerna i datorn att raderas och annat utskrivet material som rör studien kommer att förstöras i en dokumentförstörare.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Denna metod innebär att författaren tolkade intervjuerna på en textnära nivå, vilket är en lämplig metod för analys av kvalitativa data. Fokus under analysen var att beskriva det manifesta innehållet i intervjutexterna. Det manifesta innehållet är det uppenbara i intervjutexten som beskrivs på ett konkret sätt (Graneheim & Lundman, 2004).

Innehållsanalysen genomfördes med en induktiv ansats vilket Polit och Beck (2021) anser är passande när personers upplevelser ska studeras, då materialet tolkas förutsättningslöst för att beskriva ämnet så noggrant och brett som möjligt. I analysens första steg transkriberades intervjuerna ordagrant av författaren och lästes igenom flertalet gånger för att få en känsla och en helhet samt att hitta likheter och olikheter i materialet. I det transkriberade materialet benämndes intervjuaren (I) och respondenterna (R). Intervjuerna skrevs därefter ut i sin helhet i ett Word dokument per intervju, kodad med en siffra mellan ett och åtta. Innehåll som svarade på studiens syfte delades in i meningsbärande enheter och färgkodades. Att bearbeta och granska datamaterialet genom hela analysprocessen är av stor vikt för att finna meningsbärande enheter som svarar mot studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004).

Så kallade meningsbärande enheter utgörs av meningar eller ord som hör ihop och som kan liknas med varandra, därefter kondenserades dessa meningar, vilket betyder att texten kortas ner och vissa ord tas bort men att själva kärnan i texten bibehålls och blir till kondenserade meningsbärande enheter. Vidare analyserades de kondenserade meningsbärande enheterna och delades in i koder som beskrev innehållet (Kvale och Brinkman, 2014). Därefter jämfördes och sorterades koderna. De koder som liknade varandra kategoriserades i underkategorier, som sedan kunde delas in i huvudkategorier

utifrån de likheter och olikheter som fanns i underkategorierna. Nedan ses ett exempel i tabell 1 på hur dataanalysen gick till.

Tabell 1, Exempel på dataanalysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Jag tycker att det vore jättebra om vi kunde diskutera det här med varandra för jag tror att vi har mycket att delge varandra, både erfarenheter och allt möjligt så att vi liksom lär oss av varandra och man uppdaterar sig och sen så skulle det inte sitta fel med kanske någon liten utbildning, kurs.	Det vore bra om vi kunde diskutera det här med varandra, vi har mycket att delge varandra, både erfarenheter och allt möjligt, att lära av varandra och uppdatera sig och kanske någon utbildning.	Utbildning Diskussion i arbetsgruppen.	Utbildningsbehov Teamkänsla	Behov av förbättringsarbete

Etiska överväganden

Forskningsetiska överväganden har gjorts i och med att respondenterna har delgivits information både muntligt och skriftligt om ansvarig för studien, studiens syfte och upplägg. Skriftligt och muntligt samtycke inhämtades och respondenterna informerades att de närsomhelst kan avbryta sin medverkan utan att ange någon orsak till det (bilaga 4). Information om studien samt att inhämta samtycke från respondenterna är i enlighet med Helsingforsdeklarationen som är utformad av World Medical Association, och dess etiska principer klargör att bland annat respondenternas personuppgifter ska behandlas konfidentiellt (World Medical Association, 2024).

En etisk egengranskning genomfördes utifrån en blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor (bilaga 5). Forskningsetiska rådet (FER) vid högskolan i Dalarna har utformat denna etiska egengranskning för att säkerställa att examensarbetet genomförs utifrån en god etisk grund. Personuppgifter har behandlats enligt högskolans regelverk gällande dataskyddsförordningen (GDPR) och en anmälan om behandling av personuppgifter har skickats till dataskyddsombudet på högskolan i Dalarna (Högskolan dalarna, 2024).

I denna studie hanterades inga personuppgifter i form av namn eller annan känslig information på det transkriberade materialet. Allt material i form av ljudinspelning samt utskrivet material förvarades på en privat dator samt inlåst i författarens hem, till dess att examenarbetet examineras. Materialet kommer därefter att förstöras.

RESULTAT

Efter att ha analyserat intervjuerna presenteras resultatet i tre huvudkategorier med åtta underkategorier, se tabell 2 nedan. Vidare presentation av kategorierna följer i löpande text.

Tabell 2, Resultatets huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategorier	**Underkategorier**
Att identifiera symtom hos palliativa patienter	Vanliga symtom Läkemedelsbiverkan och immobilisering
Symtomhantering inom palliativ vård	Symtomskattning Klinisk blick Anhöriga och omvårdnadspersonal Dokumentation
Behov av förbättringsarbete	Utbildningsbehov Teamkänsla

Att identifiera symtom hos palliativa patienter

Vanliga symtom

Distriktssköterskor och sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård upplevde att inom palliativ vård kan symtomen hos patienterna variera och avlösa varandra. De vanligaste symtomen som respondenterna bedömde hos de palliativa patienterna var framför allt smärta, oro och ångest och att dessa symtom ofta går hand i hand.

Flera respondenter berättar om patienter som är smärtpåverkade och ofta får smärtgenombrott men som vid symtomlindring med läkemedel inte blir helt smärtfria. Samma patienter kan neka till upplevd oro eller ångest men distriktssköterskor och sjuksköterskor har i sin bedömning av patienten erbjudit ångestdämpande symtomlindring; taktil stimulering, läkemedel eller kurator. I samband med kombinerad behandling med smärtstillande och ångestdämpande har patienterna då blivit helt smärtlindrade. Så i grund och botten kan patienten uppleva ångest och oro som i sin tur

förstärker smärtupplevelsen. Även smärtupplevelser kan förstärka eller skapa ångest och oro hos patienten.

”Smärta först och främst och sen oro, dom går väl ganska hand i hand tycker jag men sen så finns det ju alltså många andra saker som också orsakar oro och smärta.” (R6)

”Vanligast tycker jag smärta och oro, och då är det liksom oro det kan ju också vara, alltså att egentligen att man får en oro för att egentligen i grunden är en fysisk smärta, eller tvärtom att man får smärta för att man har oro att dom går lite hand i hand så där.” (R3)

Respondenterna beskrev att symtom som smärta, ångest eller oro ofta är naturligt förekommande hos dessa patienter. Respondenterna beskrev vidare att patienten kan ge uttryck för smärta och oro men att orsaken till dessa symtom grundar sig i andra besvär. Diagnoserna hos de palliativa patienterna är oftast någon typ av cancer och dessa ger ofta en smärtproblematik och respondenterna beskrev att många patienter får existentiella funderingar och i många fall känner sig orolig inför döden och hur livet ska bli för de anhöriga som lever kvar.

Läkemedelsbiverkan och immobilisering

Många av respondenterna beskrev att vissa läkemedelsbehandlingar kan ge biverkningar som illamående och förstoppning och tillsammans med att patienten blir mindre rörlig och immobiliserad på grund av sin sjukdom så får patienterna ofta problem med att sköta sin elimination, vilket i sin tur kan skapa en oro eller olustkänsla hos patienten. Det beskrevs av respondenterna att det finns en svårighet att bedöma vilket symtom som är grundorsaken till patientens besvär och de belyser vikten av att se till hela människan.

”Det tycker jag man ser ganska ofta att både oro och smärta liksom kanske grundar sig i att man inte skött magen eller man inte har kissat ordentligt” (R6)

”Sen är det ju en del illamående men det upplever jag många gånger kanske är biverkningar av läkemedel. Och på slutet ofta kan dom ju bli lite rosslig.” (R1)

I slutet av sjukdomstiden beskriver flera respondenter att patienterna, i samband med att de blir mer sängliggande och immobiliserad kan få problem med rosslighet. Dock beskriver respondenterna vidare att rosslighet inte alltid bedöms som jobbig för patienten utan att det oftast upplevs värst för de anhöriga som står på sidan om.

Symtomhantering inom palliativ vård

Symtomskattning

Respondenterna beskriver att de har många palliativa patienter i hemsjukvård och att en stor del av arbetet sker under jourtid, vilket innebär ansvar över många palliativa patienter som man inte träffar kontinuerligt eller kanske aldrig har träffat tidigare. De flesta av respondenterna var väl införstådda vilka skattningsinstrument som rekommenderas att använda i deras bedömning av symtom samt vilka skattninginstrument som de ska använda när de gör bedömningar.

”Ja, inom vår kommun så använder vi NRS eller Abbey pain scale: Vanligtvis är det ju, eller jag använder dom vanligtvis på smärta, men man kan ju också använda dom på både illamående och oro också” (R1)

Dock beskriver respondenterna brister i användningen av skattningsinstrument, det är inte något som används alla gånger vid symtomskattning. Respondenterna beskriver vidare att när de besöker en patient kontinuerligt och får patientkännedom så underlättade bedömningen av patientens symtom men att skattningsinstrument inte används lika ofta eftersom de lärt känna patienten och deras symtom och att då använda skattingsinstrument kan kännas tjatigt.

”Så har vi beslutat att man ska använda NRS och Abbey pain scale så det försöker jag göra men sen blir det ju kanske inte varje gång” (R3)

”När man lär känna en patient så blir det ju lättare att läsa av den ” (R1)

En fördel med skattningsinstrument som NRS är att patienten görs delaktig och att patienten själv måste skatta sina symtom vilket gör att det kan bli lättare att följa upp vid nästa besök.

Klinisk blick

Tillsammans med skattningsinstrument så beskriver flera respondenter att de använder sin kliniska blick i bedömningen av patientens symtom. Respondenterna uppgav olika uttryck för att bedöma symtom, att de tittade efter tecken hos patienten som kan tyda på symtom som behöver lindras såsom kroppsuttryck, veck i pannan, andning, motoriskt orolig, samtalston, att patienten inte skött sin elimination eller att hen ger ifrån sig ljud. Detta beskrev respondenterna var till stor nytta, framförallt när patienten själv inte längre kan uttrycka sig verbalt. Gemensamt för respondenterna var att den kliniska blicken är något som utvecklas och kommer genom erfarenhet, det vill säga något som förvärvas över tid.

”Det är ju ganska svårt tycker jag, eller både svårt och lätt. Ju tidigare man lär känna patienten, ju lättare tycker jag att det är för att man ser helheten på ett annat sätt, jämfört med om man kommer ut kanske på jourtid då och ska bedöma smärta, oro eller vad det nu är” (R6)

”Jaa, nej men man har väl utvecklat, man känner på sig, eller känner på sig man har lärt sig att se, att man kan se ansiktsuttryck och rörelser och allt sådant om man inte kan gå på vad dom säger då” (R7)

Anhöriga och omvårdnadspersonal

Respondenterna beskriver att möten med anhöriga är en stor och viktig del inom palliativ vård. Det är de som står patienten närmast och har en patientkännedom som inte går att förvärva. Respondenterna belyste vikten av samarbete med trygg, kontinuerlig och van omvårdnadspersonal som tillsammans med patientens anhöriga är de som träffar patienten mest och är de som kan se förändringar över en längre tid. Respondenterna menar att då de träffar patienten kortare stunder bör bedömningar från omvårdnadspersonalen och patientens anhöriga tas i beaktande när distriktssköterskorna och sjuksköterskorna gör sina bedömningar.

”Men sen är det ju också, tänker jag att det också är någon som känner patienten bäst om det är typ närstående eller hemtjänst som man också får förlita sig på och som ser saker, för det behöver ju inte betyda att patientens symtom syns direkt när jag är där, utan att man då kanske också får väga in den delen med sin egen blick då” (R5)

Respondenterna beskriver vikten av att involvera omvårdnadspersonalens och anhörigas kunskap om patienten. Att låta anhöriga och omvårdnadspersonal vara delaktiga i vården skapar en bättre kommunikation och relation vilket i sin tur kan göra bedömningen av symtom bättre, för patientens bästa.

”Har jag en patientkännedom och kännedom om anhöriga så tror jag att man kommunicera, förmedla och informera på ett bättre sätt och att man får en tillit och att dom har en tillit för min bedömning och jag kanske kan lita på deras bedömning också” (R6)

Respondenterna tar dock upp att relationen med anhöriga många gånger kan vara en utmaning samt känslomässigt krävande. Det är inte bara patienten att ta i beaktande utan även anhörigas del. En del anhöriga kanske inte är insatt i patientens sjukdomsförlopp eller är väldigt rädd för sjukdomsförloppet. Många gånger upplever distriktssköterskor och sjuksköterskor att de får lägga lika mycket tid på anhöriga och deras oro som på patienten.

”Anhöriga kan ju, alltså dom är ju en del i det här och som jag upplever det så tycker ju dom att det är väldigt jobbigt att se sina anhöriga lida. Så dom kan ju ofta vilja att man ska ge injektioner fast man kanske inte ser att det finns behov av det just då eller att patienten själv inte vill, att deras upplevelse inte är densamma och det är ju svårt” (R6).

Samtidigt belyser respondenterna att palliativ vård kräver en helhetssyn, att patienten och dess familj involveras och att hela familjen blir drabbad av patientens sjukdom.

”Det är väl helheten, viktigt och bara se hela personen och försöka, jamen alla, även anhöriga är såklart viktig. Ibland kan det vara svårt men dom är också bra. Och även lyssna på hemtjänsten som ofta har jättebra koll på patienterna så att man får med alla steg, men man får inte glömma bort att man måste lita på sin egen bedömning” (R4)

Dokumentation

På frågan om hur bedömning av symtom hos palliativa patienter dokumenteras var respondenterna eniga om hur viktigt det är att bedömningen dokumenteras. Att bedömningen dokumenteras både i beskrivande/löpande text och att skattningen med validerat skattningsinstrument finns dokumenterat i journalen. Detta för att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna ska kunna följa upp och utvärdera givna läkemedel, eller andra symtomlindrande insatser som gjorts, oberoende av varandra.

> *”Dom ska kunna läsa sig till i journalen vad man har gjort på plats vad man har gjort för bedömning och vad man har givit för läkemedel och då blir det ju viktigt med dom här skattningsinstrumenten att vi alla använder samma, så att det blir lättare att följa upp och följa hur den här patientens symtom ändras under tiden” (R1)*

Respondenterna beskriver att många gånger görs symtomlindrande insatser hemma hos patienten men att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna inte har tid att stanna kvar och utvärdera effekten alla gånger. Då är det av stor vikt att dokumentationen i journal gjorts ordentligt så att kollegan som gör hembesök nästa gång kan utvärdera och följa upp effekten av givet läkemedel, i samråd med patienten, omvårdnadspersonal eller anhörig.

> *”Det som är svårast, det är väl att vi inte kanske får uppföljningarna dokumenterad. Oftast så ger ju vi ett läkemedel men man kanske inte är kvar tillräckligt länge för att utvärdera” (R5)*

Flera av respondenterna beskriver att förbättringspotential finns i dokumentationen. Att alla jobbar mot samma mål och dokumenterar enhetligt för att få en tydligare dokumentation vilket leder till ökad patientsäkerhet. Att det slarvas med dokumentation av skattningsskalor blir tydligt då patienten avlider och dödsfallet ska registreras i Palliativa Registret. I Palliativa Registrets avlidenblankett efterfrågas till exempel om patienten har skattats med några skattningsskalor sista veckan i livet. Flera respondenter beskriver att de många gånger symtomskattar sina patienter men slarvar med att skriva in värdet i journalen vilket gör att statistiken i Palliativa Registret blir missvisande.

”Vi kan bli bättre. Man ser ju när man ska registrera i palliativa registret. Det är då man tänker, just ja, smärtskattning, munhälsa med mera som ska ha dokumenterats, bedömning med skattningsskala. Men man har ju ändå ett, eftersom man kollar mellan 1–10 så har man gjort det men jag vet att jag är dålig på det där och att dokumentera det” (R8)

Behov av förbättringsarbete

Utbildningsbehov

En del av respondenterna upplevde en brist på kunskap i teamet när det gäller att bedöma symtom inom palliativ vård. Respondenterna vet att de ska använda validerade skattningsinstrument i deras bedömningar av symtom men att det många gånger inte utförs. Hur de använder skattningsinstrument och hur det ska dokumenteras är något de efterfrågar. Att alla jobbar mot samma mål och dokumenterar enhetligt för att få en tydligare dokumentation vilket leder till ökad patientsäkerhet. De önskar utbildning i området men också framförallt en öppenhet till att diskutera med varandra och att delge varandra sina erfarenheter.

”Ge oss lite nytt, lite matnyttigt liksom. Att vi alla gör lika och att vi påminner varandra också hur viktigt det faktiskt är att vi skattar symtom och dokumenterar” (R5)

Respondenterna upplevde att om inte personalen känner en trygghet i mötet med palliativa patienter så kan det leda till att bedömningen av symtom blir ofullständig. De ansåg också att de behöver förbättra arbetet med att använda validerade skattningsinstrument i sina bedömningar av symtom för att få en mer likvärdig bedömning och en ökad patientsäkerhet.

”Vi behöver bli bättre att använda mätvärden, eller skalor, bedömningsinstrument. Abbey pain scale tycker jag är jättebra när dom kommer till ett stadie när dom inte kan förmedla sig riktigt. NRS är väl den som används bäst. Vi behöver förbättra det men jag tycker vi gör det till en viss del och jag är ganska övertygad om att vi gör bedömningarna men vi är sämre på att dokumentera det” (R5)

Olika förslag på förbättringsarbete inom den palliativa vården i hemsjukvården som framkom var att respondenterna önskade utbildning så att alla kan känna sig trygga och säkra i sina roller. Respondenterna uppgav också att omvårdnadspersonalen bör vara delaktiga i utbildningar då de ofta är dem som tillbringar mest tid hos patienterna och därför är det viktigt att de har kunskap att se behoven av exempelvis symtomlindring.

”Så skulle man naturligtvis vilja att det fanns palliativa grupper i hemtjänsten ännu mera utarbetat, det skulle göra jättestor skillnad” (R5)

Önskemål på utbildningsområden som framkom var allmänt om palliativ vård, symtomskattning med validerade skattningsinstrument, om symtomlindring och hur läkemedlen verkar, vad som händer med kroppen den sista tiden och hur man kan förklara det för patienter och anhöriga samt om kommunikation i många gånger svåra och känslomässiga situationer.

Teamkänsla

Respondenterna beskrev att arbetet med palliativa patienter många gånger är tufft och krävande men de kände också att arbetet är givande. Vikten av teamkänsla var något som lyftes av respondenterna. Att ha en öppenhet i arbetsgruppen ansågs som viktigt och att man delar med sig av sina erfarenheter i möten med palliativa patienter samt upplevelser av att skatta symtom.

Respondenterna lyfter även vikten av att inkludera hela teamet i arbetet runt patienten; fysioterapeuter, arbetsterapeuter, omvårdnadspersonal och läkare. Att alla jobbar tillsammans för att på så vis eftersträva en trygghet i teamet men framför allt för en god och säker vård för patienten och anhöriga.

”Jag tycker att det vore jättebra om vi kunde diskutera det här med varandra för jag tror att vi har mycket att delge varandra, både erfarenheter och allt möjligt så att vi liksom lär oss av varandra” (R5)

DISKUSSION

I denna studie framkom det att distriktssköterskor upplevde att de vanligaste symtomen inom palliativ vård var smärta, oro och ångest. Respondenterna beskrev att bedömningen av symtom många gånger kan vara komplext och att exempelvis en smärta eller en oro kan grunda sig i olika orsaker. Gemensamt för respondenterna var vikten av att se alla patienter individuellt samt att se till hela människan och alla faktorer som kan leda till symtom. Respondenterna beskrev att symtomskattning med validerade skattningsinstrument är något de ska använda sig av i bedömning av symtom.

Det framkom att trots vetskapen om vikten att använda skattningsinstrument så var det inte alltid det gjordes. När en patientkännedom och en god relation med patient fanns så var det lätt att skattningsinstrument uteblev i bedömningen. Vidare lyfte respondenterna vikten av att ta del av den patientkännedom som anhöriga och omvårdnadspersonal har och som kan bidra till bedömningen av patientens symtom. Respondenterna beskrev vikten av dokumentation av symtombedömningen för att kollegor ska kunna utvärdera behandlingar som gjorts. Vidare beskrivs att det finns utbildningsbehov inom palliativ vård och förbättringspotential gällande dokumentationen för att öka patientsäkerheten.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att distriktssköterskor i denna studie upplevde att de vanligaste symtomen inom palliativ vård var främst smärta, oro och ångest, något som även kan styrkas från tidigare studier (Andersson et. al., 2018; Atkin et. al., 2017; Fallon et. al., 2018; Peh et. al., 2017). Respondenterna upplevde att dessa symtom ofta går hand i hand och de beskrev att det många gånger finns en svårighet att skilja på patientens fysiska symtom såsom smärta mot exempelvis ångest eller oro. Även andra symtom lyftes fram av respondenterna, de upplevde att många gånger kan exempelvis smärtan grunda sig i en förstoppning eller att en oro uppstår på grund av existentiella frågor som patienten ofta bearbetar. Även Strang & Beck-Friis, (2012) beskriver att en fysisk smärta kan uttrycka sig i ångest eller oro och tvärtom att en ångest eller oro kan visa sig som en fysisk smärta.

Ito et. al., (2024) beskriver att genom hantering av patientens psykosociala besvär såsom ångest visade att smärta minskade och att patienterna fick en ökad livskvalitet. Den övergående förändringen av patientens ångest med hjälp av bland annat psykoterapi och

musikterapi visade sig vara förknippad med förbättring av smärta och andra symtom (Ito et. al., 2024). Studier har visat att taktil massage gett positiva effekter hos palliativa patienter, såsom ökat välbefinnande och en ökad livskvalitet. Taktil massage visade sig vara ett bra komplement till farmakologisk behandling av symtom hos palliativa patienter (Lopes-Júnior et al., 2020; Pedersen & Bergman 2018). Även Strang & Beck-Friis (2012) anser att taktil massage är något som ska erbjudas till palliativa patienter, då beröring kan inge en trygghet och ett välbefinnande samt ge positiva effekter på symtom. Detta styrker respondenternas upplevelser att det ibland inte var tillräckligt med endast symtomlindrande läkemedel utan att genom andra åtgärder, som exempelvis taktil beröring eller samtal med kurator, resulterat i att patienten blivit symtomfri.

Att skapa en trygghet genom samtal och stöd kan ofta leda till minskad ångest och oro hos både patient och anhöriga (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2023).
Gemensamt för respondenterna var vikten av att bemöta alla patienter individuellt och att se till hela människan, vilket också är förenligt med personcentrerad vård som författaren valt som teoretisk referensram till denna studie. Ekman, (2014) menar att genom en personcentrerad vård bemöter man varje patient individuellt utifrån dennes behov och önskningar där vården kan skilja sig åt även mellan patienter med samma diagnos. Även delaktigheten och att involvera anhöriga är något som Ekman, (2014) påtalar som viktigt i personcentrerad vård.

Enligt Socialstyrelsen (2016) är rekommendationerna att använda validerade skattningsinstrument vid bedömningar av symtom hos palliativa patienter, detta för att få en följsamhet och för att underlätta uppföljningar som ska genomföras regelbundet. Enligt studien av Andersson et. al., (2018) framkommer det att bedömning av symtom med validerade skattningsinstrument ökar sannolikheten för symtomlindring med bättre effekt. När symtomskattning genomförs regelbundet och strukturerat med ett validerat skattningsinstrument kan symtom upptäckas och behandlas tidigare och symtomlindringen förbättras, vilket Bausewein et. al., (2018) belyser i sin studie. Respondenterna upplevde att förmågan att bedöma och urskilja symtom hos palliativa patienter underlättade om det fanns en patientkännedom, det visade sig dock också att med en patientkännedom så var det inte alltid som respondenterna bedömde symtom med

hjälp av validerade skattningsinstrument. Symtomskattningen gjordes då genom dialog och kännedom av patienten.

Respondenterna beskrev att goda relationer och samarbete, inte bara med patienten utan också med anhöriga och med omvårdnadspersonal, är av stor vikt inom palliativ vård. Att skapa en tillit till varandra ansåg respondenterna var värdefullt och de uppgav också att det är något som kan underlätta bedömningen av symtom. Något som även tidigare studier beskriver; genom tillgänglighet och att vara lyhörd för patientens och anhörigas individuella behov så skapas en tillit som är betydelsefull för patienterna och deras anhöriga. Tilliten ger dem en möjlighet att öppna upp och ställa frågor och det är något som leder till att de känner sig bekräftade och delaktiga i sin vård (Black et al., 2018; Vasileiou et al., 2020).

Vikten av samarbete och kommunikation är något som tidigare forskning belyser; ett nära samarbete med patienten, anhöriga och med andra professioner, att ha en öppen kommunikation och att ge kontinuerlig information om vad som händer är av stor betydelse inom palliativ vård. Detta är något som utvecklas över tid när distriktssköterskor och sjuksköterskor lär känna patienten och anhöriga. Det skapar en känsla av trygghet vilket leder till att en säkerhet infinner sig hos alla inblandade (Danielsen et.al., 2018; Midlöv & Lindberg., 2020; Walshe., 2020). Respondenterna beskrev också att även om relationen med anhöriga är mycket värdefull och många gånger kan vara till hjälp i bedömning av symtom, kan det också vara utmanande och känslomässigt krävande. Mycket tid avsattes till samtal med anhöriga som liksom patienten genomgår en svår och många gånger jobbig tid. Marchessault et. al., (2020) belyser betydelsen av att se anhöriga och deras behov samt ta hänsyn till dem och bemöta dem är viktigt, men att det också kan innebära att distriktssköterskor och sjuksköterskor får ta emot anhörigas ilska och frustration (Marchessault et. al., 2020).

Dokumentation i patientjournal är en lagstadgad skyldighet och att föra journal över de bedömningar som gjorts är av största vikt så att uppföljningar av patientens symtom och symtomlindring lättare kan genomföras och utvärderas. Bristfällig dokumentation är inte förenligt enligt lag (Patientdatalagen [PDL], 2008). Flera respondenter uppgav vikten av enhetlig dokumentation i bedömningen av symtom. De beskrev att det är

dokumentationen som ska säkerställa att information når fram till kollegor så att exempelvis uppföljningar kan genomföras på ett säkert sätt. Respondenterna uppgav att det fanns förbättringspotential i dokumentationen av symtom hos den palliativa patienten. Det framkom att dokumentationen ofta skiljer sig åt dem emellan vilket leder till svårigheter att följa upp tidigare bedömningar, något som också Simen, (2015) tar upp i sin studie.

Socialstyrelsen (2016) förespråkar att fortbildning är en förutsättning för att personal ska kunna ge en god palliativ vård. Där de grundläggande delarna är att utgå utifrån en helhetssyn gällande symtomlindring, teamarbete och kommunikation samt stöd till anhöriga (Socialstyrelsen, 2016).

Flöjt et. al., (2014) beskriver vikten av att ha en öppen dialog i arbetsgruppen och möjligheten att lära av varandra genom diskussioner och utbyte av erfarenheter. Genom samarbete och att lära av varandra kan kompetensen i arbetsgruppen runt den palliativa patienten ökas. Utbildning var något som efterfrågades av respondenterna och att alla i teamet runt patienten ska inkluderas. Att distriktssköterskor upplever brist på utbildning inom palliativ vård är något som poängteras i studien av Melin-Johansson et. al., (2022). Även i studien av Collier et. al., (2019) framkommer det att för att göra den palliativa vården mer kvalitativ och säker krävs; tillgänglighet och kompetens för en effektiv symtomlindring samt kommunikation med patient och anhörig, men också kommunikation inom teamet ansågs som viktigt. Danielsen et. al., (2018) menar att inom palliativ vård i hemsjukvård är det önskvärt med erfarna distriktssköterskor för att kunna identifiera symtom och ge adekvat symtomlindring. Vidare menar Danielsen et. al., (2018) att återkommande utbildning inom palliativ vård är viktigt, speciellt för nyutbildade distriktssköterskor.

Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. Författaren valde denna design då det enligt Polit och Beck (2021) är en lämplig metod för att studera upplevelser och erfarenheter för att få svar på studiens syfte. Urvalet av respondenter till studien gjordes genom ett bekvämlighetsurval vilket enligt Polit och

Beck (2021) anses som en effektiv och snabb urvalsmetod, vilket var passande då författaren hade en tidsram för genomförandet av studien.

För att säkerställa att respondenterna hade erfarenheter av det valda området för att besvara studiens syfte; *att beskriva distriktssköterskor och sjuksköterskors upplevelser av att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård* använde författaren inklusionskriterier i urvalet av respondenter.

Att använda inklusionskriterier menar Mårtensson och Fridlund (2012) ökar studiens *trovärdighet* samt stärker förutsättningarna till att få ett giltigt resultat genom att säkerställa att respondenterna har erfarenheter inom området. Att alla respondenter var kvinnor kan ha påverkat resultatet. Höglund-Nielsen & Granskär, (2017) betonar vikten av att respondenter av olika kön och erfarenheter är något som ökar studiens *trovärdighet.* Då bekvämlighetsurval användes så togs de respondenter som först visade intresse för studien ut, där av kunde inte könsfördelningen påverkas. Respondenterna tillhörde en mindre kommun i mellan Sverige vilket kan göra att studiens *överförbarhet* kan diskuteras. Överförbarhet syftar till vilken mån resultatet kan överföras till andra verksamheter och grupper, (Polit och Beck, 2021) vilket innebär att studiens resultat kan begränsa överförbarheten, då andra kommuner i Sverige kan skilja sig åt i organisation och storlek.

I studien deltog åtta respondenter, vilket kan ses som ett litet antal, men då intervjuerna genererade i mycket information tror författaren att resultatet hade blivit detsamma även om fler respondenter deltagit. Polit och Beck (2021) menar att vid studier av erfarenheter är antalet respondenter inte avgörande utan det är resultatet som kommer fram som är viktigt. Följdfrågor användes i intervjuerna för att få respondenterna att förtydliga eller förklara svaren ytterligare, vilket kan ses som en styrka genom att flera reflektioner och erfarenheter kom fram i resultatet och är något som kan öka studiens *tillförlitlighet* (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

Respondenternas arbetslivserfarenhet inom kommunal hemsjukvård varierade mellan två och elva år. Resultatet visar att respondenterna har liknande upplevda erfarenheter av att besvara studiens syfte, trots deras variation i arbetslivserfarenhet.

Datainsamlingen skedde med semistrukturerade intervjuer där författaren följde en intervjuguide, detta säkerställde att alla respondenter fick samma frågor. Frågor som var formulerade så att studiens syfte blev besvarat. Varje intervju avslutades med frågan om det var något mer de hade att tillägga. Polit och Beck (2021) menar att studiens *giltighet* ökar när samma tillvägagångssätt används vid varje intervju. Författaren har ingen tidigare erfarenhet av att genomföra intervjuer, vilket kan ses som en svaghet. En pilotintervju gjordes vilket gav tillfälle att öva samt gav möjlighet att justera frågorna om behov fanns vilket också stärker studiens *trovärdighet* och *tillförlitlighet* (Polit och Beck, 2021).

Dataanalysen genomfördes med hjälp av Graneheim & Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys, vilket är en lämplig metod för att studera erfarenheter och upplevelser. Fokus i analysen var att beskriva det manifesta innehållet i intervjuerna, vilket är det uppenbara som beskrivs på ett konkret sätt (Graneheim & Lundman, 2004). I tabell 1 presenterades ett exempel ur analysprocessen. Författaren har en förförståelse genom erfarenhet av palliativ vård i hemsjukvård vilket kan ha påverkat analysprocessen. Författaren har under dataanalysprocessen hela tiden försökt vara objektiv och inte dra några egna slutsatser av resultatet. Polit och Beck (2021) menar att förförståelse och erfarenhet hos författaren av det område som ska studeras kan vara en fördel men att objektivitet under processen är av stor vikt för att inte feltolka resultatet. Under studiens gång genomfördes regelbundna träffar i grupp med handledare och studenter, där kontinuerlig återkoppling av materialet gavs, vilket kan stärka studiens *tillförlitlighet* (Henricsson, 2023).

Slutsats

Distriktssköterskor upplever att bedömning av symtom inom palliativ vård många gånger kan vara svårt och komplext, det är vanligt att olika symtom uppstår tillsammans och det kan vara svårt att urskilja vad som i grunden är orsaken till patientens symtom. Bedömning av symtom rekommenderas och ska genomföras med hjälp av validerade skattningsinstrument för att få en följsamhet och för att underlätta uppföljningar.

Denna studie visar att med en ökad patientkännedom underlättade upplevelsen av att bedöma symtom men att då uteblev ofta skattningsinstrument i bedömningen av symtom, något som då också leder till bristfällig dokumentation. Studien visar att det finns ett behov av förbättringsarbete i hela teamet runt palliativa patienter. Utbildning efterfrågas samt även genom att ha en öppen dialog i arbetsgruppen, att delge varandra erfarenheter och kunskap är önskvärt och något som kommer att leda till säkrare bedömningar av symtom och till enhetlig dokumentation. Det kommer att innebära en ökad trygghet inte bara i arbetsgruppen utan också framför allt till patienten och dess anhöriga.

Klinisk betydelse

Studiens resultat kan leda till en ökad förståelse i distriktssköterskors upplevelser i att bedöma symtom hos palliativa patienter i hemsjukvård. En tänkbar klinisk betydelse av resultatet är att organisationen ska kunna tydliggöra och implementera rutiner kring symtomskattning, hur symtombedömningar ska göras, vikten av att använda validerade skattningsinstrument i bedömningen av symtom samt hur det ska dokumenteras. Genom att öka kunskapen inom bedömning av symtom kan det leda till att distriktsköterskor arbetar lika i bedömning av symtom vilket leder till en förbättring av den palliativa vården i hemsjukvård, såväl lokalt som nationellt.

Ur ett etiskt perspektiv kan det även leda till att patienterna snabbare kan få en god symtomlindring och ökad livskvalité sista tiden i livet. Med en ökad kunskap och ett personcentrerat förhållningssätt kan trygghet och minskad oro skapas gentemot dessa patienter och anhöriga samt även skapa en trygghet hos den som utför vården. En ökad trygghet kring palliativ vård i hemmet kan leda till minskat behov av sjukhusinläggningar vilket kan bli en minskad belastning på samhället.

Förslag till vidare forskning

Allt fler människor är i behov av hemsjukvård i Sverige och allt fler palliativa patienter vårdas i hemmet. Därför tycker författaren att det vore intressant att genomföra studier på vilka insatser som behövs samt vilken kompetens distriktssköterskan ska besitta för att kunna bedriva en god palliativ vård i hemmet på ett patientsäkert sätt. Att även inkludera andra yrkesgrupper vore intressant, såsom omvårdnadspersonal, läkare, rehab, hur de upplever den palliativa vården. Vidare vore det intressant att bredda forskningen till

kommuner som inte är glesbygdskommuner för att kunna överföra resultatet i ett nationellt perspektiv. Författaren tycker även det vore intressant att genomföra framtida studier utifrån den palliativa patientens och anhörigas perspektiv och deras upplevelser av distriktsköterskor bedömningar av symtom.

REFERENSER

Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with endstage dementia. *International Journal Of Palliative Nursing*, 10(1), 6-13.

Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J. & Brännström, M. (2018). Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1304–1312. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489.

Atkin, N., Vickerstaff, V., & Candy, B. (2017). 'worried to death': The assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliative Care, 16*(1), 69-69. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0245-5

Bausewein, C., Schildmann, E., Rosenbruch, J., Haberland, B., Tänzler S., & Ramsenthaler, C. (2018). Starting from scratch: Implementing outcome measurement in clinical practice. *Annals of Palliative Medicine 7*(Suppl 3), 253 - 261. doi: 10.21037/apm.2018.06.08

Bengtsson, M., & Lundström, U. (2019). *Hemsjukvård* (1:a uppl.). Gleerups Utbildning AB.

Benkel, I., Molander, U., & Wijk, H. (2016). *Palliativ vård ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Black, A., McGlinchey, T., Gambles, M., Ellershaw, J., & Mayland, C. R. (2018). The lived experience of palliative care patients in one acute hospital setting - a qualitative study. *BMC Palliative Care,* 17(1), 91-91. DOI: 10.1186/s12904-018-0345-x

Bowers, B. & Redsell, S. A. (2017). A qualitative study of community nurses' decisionmaking around the anticipatory prescribing of end-of-life medications. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2385–2394. doi:10.1111/jan.13319

Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: Nurses´ experience regarding end of life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005

Burns, M., & Mclfatrick, S. (2015) Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing* 21(8): 400-407. doi: http://dx.doi.org.www.bibproxy.du.se/10.12968/ijpn.2015.21.8.400.

Collier, A., Hodgins, M., Crawford, G., Every, A., Womsley, K., Jeffs, C., Houthuysen, P., Kang, S., Thomas, E., Weller, V., Van, C., Farrow, C., & Dadich, A. (2019). What does it take to deliver brilliant home-based palliative care? using positive organisational scholarship and video reflexive ethnography to explore the complexities of palliative care at home. *Palliative Medicine, 33*(1), 91-101. https://doi.org/10.1177/0269216318807835

Christie, O. O., Olayinka, A., & Olufunke, O. D. (2018). Factors Associated with Utilization of Pain Assessment Tools in Pain Management among Nurses in Selected Hospitals in Ekiti State. *International Journal of Caring Sciences*, 163–170. Doi: 10.12691/ajnr-8-2-17

Dadich A, Hodgins M, Womsley K, Collier A. 'When a patient chooses to die at home, that's what they want… comfort, home': Brilliance in community-based palliative care nursing. *Health Expect*. 2023 Aug;26(4):1716-1725. doi: 10.1111/hex.13780. Epub 2023 Jun 9. PMID: 37296530; PMCID: PMC10349220.

Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & 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), 95-95. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0

Edberg, A.K., & Wijk, H. (2014). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik.* Stockholm: Liber AB

Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., Ripamonti, C.I., & ESMO Guidelines Committee. (2018). Management of cancer pain in adult patients ESMO Clinical Pratice Guideline. *Annals of Oncology*, 29, iv66-iv91. https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152

Flöjt, J., Le Hir, U., & Rosengren, K. (2014). Need for preparedness: nurses' experiences of competence in home health care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 223–229. doi:10.1177/1084822314527967

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurses Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricsson, M. (2023). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap.* (upplaga 3:1). Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-- och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Högskolan Dalarna. (2024). *Forskningsetiska rådet (FER).* Forskningsetiska rådet (FER) - Högskolan Dalarna (du.se)

Ito T, Tomizawa E, Yano Y, et al. Transitional Changes of Anxiety, Pain and Other Symptoms in Cancer Patients Admitted to a Palliative Care Unit, Evaluated Using the Support Team Assessment Schedule – Japanese Version. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2024;0(0). doi:10.1177/10499091241254522

Johansen ML, Ervik B. Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC Health* Serv Res. 2022 Mar 7;22(1):314. doi: 10.1186/s12913-022-07713-z. PMID: 35255918; PMCID: PMC8900365.

Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36 (4), 707–714. doi:10.1016/j.ajem.2018.01.008

Kristanti, M. S., Agastiya, I. M. C., & Kurianto, E. (2023). The implementation of palliative home care in southeast asian countries: An integrative review. *SAGE Publications*. https://doi.org/10.1177/10848223221113858

Kuosmanen L, Hupli M, Ahtiluoto S, Haavisto E. Patient participation in shared decision-making in palliative care - an integrative review. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23-24):3415-3428. doi: 10.1111/jocn.15866. Epub 2021 May 24. PMID: 34028923.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson Gerdin, A., Hellzén, O. & Rising-Holmström, M. (2021). Nurses' experiences of encounters in home care: a phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1-11.

Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S. I. P. C., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3377. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377

Lundh-Hagelin, C., Klarare, A., & Fürst, C. J. (2018). The applicability of the translated Edmonton Symptom Assessment System: revised [ESAS-r] in Swedish palliative care. *Acta Oncologica*, 57(4), 560-2. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02163.

Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 1–11. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=149418532&site=ehost-live

Marchessault, J., Legault, A., & Martinez, A.-M. (2020). Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death. *International Journal of palliative nursing*, 18(3), 135–141. doi:10.12968/ijpn.2012.18.3.135

Melin-Johansson, C., Sveen, J., Lövgren, M. & Udo, C. (2022). A third of dying patients do not have end-of-life discussions with a physician: A nationwide registry study. *Palliative and Supportive Care*, 20(3), 357–362. https://doi.org/10.1017/S1478951521000973

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

Milberg, A., Wåhlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E-C., Olsson, M., Friedrich, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho- Oncology*, 21(8),886-895.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2012). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–436). Lund: Studentlitteratur AB.

Nationellt vårdprogram för palliativ vård. (2023). Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)

Patientdatalagen (SFS 2008:355). Socialdepartementet. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355.

Pedersen, K. & Björkhem-Bergman, L. (2018). Tactile massage reduces rescue doses for pain and anxiety: an observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(1), 30–33. doi:10.1136/bmjspcare-2017-001421.

Peh, C. X., Liu, J., Bishop, G. D., Chan, H. Y., Chua, S. M., Kua, E. H. & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients: Emotion Regulation, Anxiety, Depression in Cancer: The Role of Hope. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1191–1197. doi:10.1002/pon.4297

Polit, D. F., Beck, C. T. (2021) *Nursing research – Generating Assessing Evidence for nursing practise.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sand, M., & Boström, B. (2012). Nurses perception of pain management and use of guidelines. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* / Vård i Norden (VARD I NORDEN). 32(4): 44-49. (6p). doi: http://www.uk.sagepub.com.www.bibproxy.du.se/journals/Journal202360.

Seow, H., Qureshi, D., Barbera, L., McGrail, K., Lawson, B., Burge, F., & Sutradhar, R. (2018). Benchmarking time to initiation of end of-life home care nursing: A population-based cancer cohort study in regions across Canada. *BMC Palliativ vård, 17*(1), 70-70. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0321-5

Socialstyrelsen, (2023). *Hälso-och sjukvård i hemmet – personcentrerad vård och rehabilitering.*
Hälso- och sjukvård i hemmet – personcentrerad vård och rehabilitering - Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, (2016). *Nationella riktlinjer Palliativ vård i livets slutskede.* Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede (socialstyrelsen.se)

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Statistikmyndigheten (2023a). *Medellivslängden i Sverige*. Medellivslängden i Sverige (scb.se)

Statistikmyndigheten (2023b). *Folkmängden beräknas öka med 400000*. Folkmängden beräknas öka med 400 000 (scb.se)

Strang, P., Beck-Friis, B. (2016). *Palliativ medicin och vård.* (4:e Uppl.). Stockholm: Liber AB.

Svenska palliativa registret. (2022). *Årsrapport för svenska palliativa registret 2022.* Årsrapport för Svenska palliativregistret 2022

Swenurse (2019*). Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska.* kompetensbeskrivning distriktssköterska 2019.pdf (swenurse.se)

Söderman, A., Werkander Harstäde, C., Östlund U., & Blomberg, K. (2021). Community nurses' experiences of the Swedish Dignity CAre Intervention for older persons with palliative care needs - A qualitative feasibility study in municipal home health care. *International Journal of Older People Nursing*, 16(4), 1-12.
https://doi.org/10.1111/opn.12372

Ternestedt, B., Henoch, I., Österlind, J. & Andershed, B. (2017). *De 6 s:n: en modell för personcentrerad palliativ vård.* (2:a Uppl.). Lund, Studentlitteratur.

Vasileiou, K., Smith, P., & Kagee, A. (2020). “The way I am treated is as if I am under my mother’s care”: qualitative study of patients’ experiences of receiving hospice care services in South Africa. *BMC palliative care*, 19(1), 1-9. DOI 10.1186/s12904-020-00605-1

Walshe, C. (2020). Aims, actions and advance care planning by district nurses providing palliative care: an ethnographic observational study. *British Journal of Community Nursing*, 25(6), 276–286. https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.12968/bjcn.2020.25.6.276

World Medical Association (WMA). (13 december, 2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects.* wma-declaration-of-helsinki.pdf

Wu, Y. H., Hsieh, H. Y., Kuo, Y. L., & Wu, C. Y. (2023). The experiences and needs of nurses providing home-based palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of palliative care*, 38(4), 490–502. https://doi.org/10.1177/08258597221105167

Bilagor

Bilaga 1

HÖGSKOLAN
DALARNA

Informationsbrev till verksamhetschef

Hej!

Mitt namn är Camilla Antonsson och jag är en distriktssköterskestudent vid Högskolan i Falun som ska skriva ett examensarbete på avancerad nivå under höstterminen 2024. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors upplevelser i att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård. Studien kommer bygga på intervjuer som beräknas att ta cirka 20–45 minuter och planeras att utföras i september 2024. Deltagandet i studien är frivilligt och deltagarna garanteras konfidentialitet att medverka i studien.

Jag söker ditt tillstånd att fråga distriktssköterskor i er verksamhet att delta i min studie. Kriterier för deltagande är distriktssköterskor arbetande i kommunal hemsjukvård med minst två års erfarenhet av palliativ vård i hemsjukvård. Jag behöver ditt samtycke för att genomföra intervjuerna, vilket lämnas via mail.

Vid eventuella frågor är du välkommen att kontakta mig.

Student: Camilla Antonsson
Tel: 070-3530452
E-post: h23caman@du.se

Handledare: Therese Granström
E-post: tga@du.se

Bilaga 2

HÖGSKOLAN DALARNA

Information om studien distriktssköterskors upplevelser att bedöma symtom inom palliativa vård i hemsjukvård.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.
Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors upplevelser att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård. Målet med studien är att resultatet ska ge ökad kunskap inom bedömningar av symtom inom palliativ vård.

Jag söker distriktssköterskor att medverka i undersökningen, arbetande inom kommunal hemsjukvård, med minst två års erfarenhet av palliativ vård i hemsjukvård. Du tillfrågas att vara med i undersökningen då du uppfyller urvalskriterierna. Intervjuer kommer att genomföras i september 2024. Intervjun kommer att fokusera på din upplevelse att bedöma symtom inom palliativ vård. Intervjun kommer ta cirka 20-45 minuter. Intervjun kommer att spelas in och därefter analyseras och skrivas ut i text. Uppgifter som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Allt inspelat material samt utskriven text kommer att raderas och förstöras när studien är färdig. Högskolan Dalarna är ansvarig för behandling av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i studien har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter behandlas och du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna. Undersökningen är forskningsetiskt granskad av forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna. Du kommer att kunna ta del av arbetet när uppsatsen är färdig genom att få en kopia.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Ort/datum

Student: Camilla Antonsson
Tel: 070-3530452
E-post: h23caman@du.se

Handledare: Therese Granström
E-post: tga@du.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Hur länge har du varit distriktssköterska?
Hur länge har du arbetat inom kommunal hemsjukvård?
Kan du berätta om dina upplevelser av att bedöma symtom hos palliativa patienter?
Vilka symtom upplever du är vanliga hos palliativa patienter i hemsjukvård?
Brukar du använda evidensbaserade/validerade skattningsinstrument i samband med bedömning av symtom?
Om ja, vilka skattningsinstrument och på vilka symtom?
Om nej, varför inte?
Vilka utmaningar kan du se i bedömning av symtom hos palliativa patienter i hemsjukvård?
Hur dokumenterar du bedömningen av symtom?

Uppföljningsfråga: Har jag uppfattat rätt?
Hur menar du?
Kan du utveckla detta lite mer?
Kan du ge ett konkret exempel?

Slutfråga: Är det något du vill tillägga?

Bilaga 4

Informerat samtycke

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och dess syfte och haft möjlighet att ställa frågor.
Jag samtycker till att:
-delta i studien *Distriktssköterskors upplevelse av att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård*.
-att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i studiepersonsinformationen
-följande personuppgifter samlas in: utbildning, antal år inom kommunal hemsjukvård
-personuppgifter kommer att användas till aktuellt examensarbete
-de insamlade uppgifterna kommer att bevaras till dess att uppsatsen är examinerad och godkänd, dock högst tre år räknat från att datainsamlingen påbörjats.

Namn:
Signatur:
Plats och datum:

Ansvarig för studien

Ort och datum:

Namnteckning:

Bilaga 5

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövningsmyndigheten behövs eller ej. Blanketten behålls av studenten och handledaren.

Projekttitel: Distriktssköterskors upplevelse att bedöma symtom inom palliativ vård i hemsjukvård

Student/studenter: Camilla Antonsson

Handledare: Therese Granström

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?			x
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			x
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			x
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			x
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			x
6	Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			x
7	Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelser, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			x

8	Avser du att behandla personuppgifter? Observera att: • Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade. • I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras. • Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras till högskolans dataskyddsombud, via digital blankett som du finner här: https://blankett.du.se/sv/behandlingav-personuppgifter-i-samband-med-studentarbeten-ny-anmalan			x