

Patientsäkerhet inom palliativ vård

Emil Dahlqvist

Sebastian Tolvanen

Examensarbete
Hälsovårdare/Sjukskötare 2017
2021

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsovårdare, Sjukskötare
Identifikationsnummer:	7532 (E.D), 7537 (S.T)
Författare:	Emil Dahlqvist, Sebastian Tolvanen
Arbetets namn:	Patientsäkerhet inom palliativ vård
Handledare (Arcada):	Petra Ekman
Uppdragsgivare:	Yrkeshögskolan Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Palliativa vården i Finland står inför många utmaningar. Tillgängligheten och kvaliteten varierar regionalt. THL publicerade år 2019 ett sammandrag av resultaten från det internationella forskningsprojektet PACE. Forskningsprojektet granskade bland annat kunskapsnivån i palliativ vård i Finland och resultaten visar att kunskapsnivån behöver utvecklas för att säkra tillgången till god palliativ vård i jämförelse med den åldersstruktur som råder i landet. Tidigare forskning i ämnesområdet lyfter fram att den palliativa patienten är mer utsatt för vårdskador på grund av flera orsaker. Genom att identifiera faktorer som påverkar patientsäkerheten kan man skapa analyser och utveckla metoder som förebygger vårdskador. Syftet med detta examensarbete är att genom en allmän litteraturstudie informera läsaren om hur patientsäkerheten inom den palliativa vården kan förbättras. Frågeställningen lyder: ”Vilka är de vanligaste faktorerna som äventyrar patientsäkerheten inom den palliativa vården?”. Examensarbetets metod är en litteraturstudie med en induktiv ansats. Genom informationssökningen som gjordes vid flera databaser hittades relevanta artiklar för analysen. Katie Erikssons teori om lidande användes som teoretisk referensram. Tre centrala faktorer hittades genom analysen och dessa är relaterade till arbetskulturen vid tjänsteproducenten, läkemedel och psykosociala aspekter. Resultatet korrelerar med den tidigare forskningen och ger en god grund för fortsatta studier. Examensarbetet är en del av yrkeshögskolan Arcadas projekt säkerhetskultur.</p>	
Nyckelord:	Palliativ vård, patientsäkerhet, vårdskador, patientsäkerhetsrisker, allmän litteraturstudie, lidande
Sidantal:	40
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	23.03.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Public health nursing, nursing
Identification number:	7532 (E.D), 7537 (S.T)
Author:	Emil Dahlqvist, Sebastian Tolvanen
Title:	Patientsäkerhet inom palliativ vård
Supervisor (Arcada):	Petra Ekman
Commissioned by:	Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The palliative care in Finland faces many challenges. The quality and availability varies regionally. In 2019 THL published a summary of the results from the international research project PACE. The research project inspected, among other things, the level of knowledge in palliative care in Finland and concluded that the level of knowledge needs to improve in order to secure access to good palliative care, especially when considering the age structure in the country. Earlier research into the subject notes that the palliative patient could be exposed to many care injuries for several reasons. Analyses and methods that improve the patient safety can be developed by identifying factors that affect the patient safety. The purpose of this degree thesis is to inform the reader, through a literature review, of how the patient safety in palliative care can be improved. The question statement of this thesis is: “Which are the most common factors that negatively impact the patient safety in palliative care?”. The method chosen is a literature review with an inductive approach. Relevant articles were found through an extensive search in several databases. Katie Eriksson’s theory of suffering was chosen as the theoretical framework. Three factors were identified through the analysis and these are related to the work culture at the service provider, pharmaceutical factors, and psychosocial factors. The results are correlate with previous research and should provide a good platform for further research. This degree thesis is part of Arcadas project called safety culture.</p>	
Keywords:	Palliative care, patient safety, care injuries, patient safety risks, literature review, suffering
Number of pages:	40
Language:	Swedish
Date of acceptance:	23.03.2021

INNEHÅLL

1	INLEDNING	5
2	BAKGRUND	5
3	DEFINITIONER	7
4	FORSKNINGSÖVERSIKT	8
5	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
6	TEORETISK REFERENSRAM	11
7	METOD	14
7.1	Datainsamling.....	14
7.2	Analys.....	16
8	ETISKA OBSERVATIONER	17
9	RESULTAT	18
9.1	Arbetskultur	18
9.2	Läkemedel.....	22
9.3	Psykosociala aspekter.....	23
10	DISKUSSION	26
11	KRITISK GRANSKNING	28
	KÄLLOR	31
	BILAGA 1	34
	BILAGA 2	36

1 INLEDNING

Palliativ vård. Ett känsloladdat ämne som sällan passerar allmänhetens läppar. Detta kan anses fascinerande, eftersom Finlands sjukvårdsmodell är internationellt ansedd som en av de bästa i världen. Addera Finlands åldrande befolkning till ekvationen och den palliativa vården kunde antas vara en kronjuvel för den finländska sjukvården. Verkligheten är däremot en annan.

Läsaren kommer senare att introduceras till ämnet samt de publikationer som motive-
rade oss att undersöka denna disciplin närmare. Från föregående stycke kan läsaren dock ana att allmänhetens förväntningar och verkligheten inte stämmer överens och att det finns förbättringar som kunde förverkligas för att höja standarden på den palliativa vården i Finland.

2 BAKGRUND

I ett pressmeddelande som publicerades den 19.2.2019 presenterade THL resultaten från det internationella projektet PACE. Projektets syfte var att undersöka vårdpersonalens kunskap i palliativ vård i sex europeiska länder. De deltagande länder var Nederländerna, Belgien, Italien, Polen, Finland och England. I undersökningen presterade Belgien bäst, samtidigt som undersökningen visade att Polen och Italien hade stora kunskapsluckor vad gäller vården av palliativa patienter. Även om Belgien och Nederländerna var de enda länderna som presterade bättre än Finland i undersökningen så uppdagades brister i de finländska vårdarnas kunskapsnivå. PACE-projektets Finlandschef Marika Kylänen summerade dem enligt följande: "Finland behöver mer utbildning i palliativ vård. Idag ingår inte palliativ vård i tillräcklig omfattning i läroplanerna för utbildningar inom social- och hälsovårdsområdet, och den palliativa vården är inte nationellt enhetlig." (THL 2019)

Saarto et al. producerade år 2017 en rapport på beställning av Social- och hälsovårdsministeriet där organiseringen av den palliativa vården i Finland granskades. Forskargruppen kunde notera samma problem som de som redovisades för i PACE-projektet. Det förebyggande arbetet som vore nödvändigt för att trygga resursfördel-

ningen var bristfälligt, vilket gjort att tillgången till högkvalitativ vård varierade beroende på boningsort (Saarto et al. 2017 s. 10). Forskarna fann även att kostnaderna ökade då förutsättningarna för att vårdas hemma försämrades, eftersom detta resulterade i långa perioder av avdelningsvård för den döende, främst på hälsovårdscentralens bäddavdelning i de flesta kommuner (Saarto et al. 2017 s. 10).

Finlands åldersstruktur tillåter inte heller ett långsamt agerande då problemet skall lösas. Enligt Statistikcentralen (2019) är 21,9% av Finlands befolkning 65 år eller äldre och enligt Statistikcentralens egen prognos kommer åldersstrukturen gradvis att förskjutas så att antalet invånare som är 65 år eller äldre blir en allt större del av befolkningen.

Tabell 1 - Modifierad tabell från Statistikcentralens befolkningsprognos (2018)

År	Procentuell andel av befolkningen som är 65 år eller äldre
2018	21,9%
2030	26,2%
2040	27,2%
2050	28,7%
2060	31,1%

Finlands verksamhetsmodell för äldreomsorgen har förändrats under de senaste åren. Då fokuset tidigare legat på att erbjuda de äldre avdelningsvård, kan idag ses ett allt större antal äldre som vårdas hemma. Denna förändring har skett av ett flertal orsaker, men de största är förändrade ekonomiska förutsättningar, högre förväntad livslängd och bättre funktionsförmåga trots hög ålder samt förändringar i verksamhetsprinciper vad gäller äldreomsorgen (Kelo et al. 2015 s.83). Detta framkommer även i rapporten producerad av Saarto et al. där utvecklandet av hemsjukvården nämns som ett förbättringsförslag (2017 s. 12).

3 DEFINITIONER

I detta arbete förekommer termer och ord som nödvändigtvis inte är bekanta för varje läsare. För att garantera att detta arbete inte tolkas felaktigt har vissa definitioner inkluderats. Dessa kan läsaren bekanta sig med i detta stycke.

Palliativ vård innebär en helhetsbetonad vård av någon som insjuknat i en obotlig sjukdom. Palliativ vård påbörjas generellt sett efter att all behandling som getts i kurativt syfte har konstaterats nyttolös och således är den palliativa vården mer fokuserad på att erbjuda symptomatisk vård för de somatiska, psykologiska samt andliga besvär som kan uppstå vid livets slutskede. (WHO, 2019)

Terminalvård begränsas till de sista veckorna eller dagarna av den döendes liv och den kännetecknas av en kraftig försämring av den döendes funktionsförmåga (Social- och hälsovårdsministeriet, N/A).

DNR-beslut (Do Not Resuscitate) är ett vårdbeslut som innebär att man avstår från att återuppliva patienten då hen blir livlös. DNR-beslutet fattas av en läkare och det görs baserat på ett flertal faktorer, t.ex. patientens hälsotillstånd samt hens återstående resurser. DNR-beslut skall alltid dokumenteras i jourhandlingen. Generellt sett görs beslutet i samförstånd med patienten, eller om patienten inte förmår att göra beslut om sin egen vård, med patientens anhöriga. (Valvira 2020)

Patientsäkerhet innebär att patienten inte kommer till skada i samband med vårdåtgärder vidtagna av hälso- och sjukvården. Den juridiska definition som används i Sverige är ”skydd mot vårdskada”. (Socialstyrelsen 2020)

Vårdskada definieras som ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. (Socialstyrelsen 2020)

4 FORSKNINGSOÖVERSIKT

Faktorer som äventyrar patientsäkerheten har gemensamma nämnare i de flesta medicinska grenar. Karakteristiskt för palliativa patienter är att de är mer utsatta än många andra patientgrupper och deras förmåga att kommunicera kan vara begränsad. Patienter som lider av respiratoriska besvär kan t.ex. ha svårt att kommunicera om deras vätskebehov överskridits vid intravenös vätskebehandling. Dessa kommunikationssvårigheter kan även förekomma av andra skäl hos patienter med långt framskridna sjukdomar. Denna patientgrupp löper även stor risk att drabbas av vårdrelaterade infektioner eller oönskade biverkningar från läkemedelsbehandlingar. En sängbunden patient inom den palliativa vården kan även drabbas av trycksår och dessa kan vara svåra att notera. (Regionala cancercentrum i samverkan 2016)

David Glenn (2015) har observerat risker som associeras med DNR-beslut inom den palliativa vården. Misstolkningar av vad ett DNR-beslut innebär är den största risken. Patienter med DNR-beslut har större sannolikhet att inte få adekvat vård eller vård som hen inte önskat, vård som strider mot hens DNR-beslut. Detta beror delvis på dålig kommunikation/otillräcklig skolning vid arbetsplatsen eller bristande kunskap i begreppets innebörd. I Storbritannien utfördes år 2018 (Yardley et.al.) en studie där man granskade fall där vårdskador uppstått. Alla dessa fall hade rapporterats till en nationell databas och dessa hade skett mellan 2002 och 2014. Dessa fall kategoriserades och de bakomliggande orsakerna undersöktes. Denna kategorisering samt antalet fall per kategori har illustrerats i den andra tabellen. Bakomliggande orsakerna till de flesta fall var vårdpersonalens kompetensnivå, underbemanning och dåligt koordinerad vård. Det bör nämnas att dessa fall skedde då man vårdade en patient i livets slutskede.

Tabell 2 - Skapad utgående från information samlad från studien publicerad av Yardley et.al. (2018)

Kategori	Fall
Trycksår (Pressure Ulcers)	266
Läkemedelsproblem (Medication Errors)	91
Fallolyckor (Falls)	46
Vårdrelaterade Infektioner (Healthcare-Associated Infections)	21
Orolig Död (Disturbed Dying)	18
Anklagelser mot Vårdpersonal (Allegations Against Health Professionals)	14
Förflyttningsolyckor (Transfer Incidents)	8
Själv mord och andra Olyckor (Suicide and other Concerns)	11
Totalt	475

För många patienter som vårdas hemma, oberoende om denna vård organiseras av primärvården eller specialsjukvården, spelar anhöriga en stor roll. Patienter inom den palliativa vården är inget undantag. Munck et al. (2012) har noterat att hälsoteknologins utveckling möjliggjort att palliativa patienter kan fortsätta bo och vårdas hemma trots att deras tillstånd tidigare krävt avdelningsvård, och det har gett möjligheten för anhöriga att ta en roll som egenvårdare. Munck et al. medgav dock att detta kräver adekvat handledning eftersom de anhöriga generellt sett upplevde osäkerhet. 2011 publicerades en studie från Japan (Akiyama et al.) där man intervjuat cancerpatienter i livets slutskede och forskarna kunde notera att det förekom missuppfattningar om läkemedlen som användes för att lindra smärta, i detta fall opiater. I samma studie konstaterade man även att familjemedlemmar och andra anhöriga kände oro då det gällde att vara delaktiga i patientens vård, eftersom de kände att deras förståelse och kunskap var bristfällig och rädslan för att begå ett misstag var överväldigande. Även om det förekommer stora kulturskillnader mellan Finland och Japan är det inte irrationellt att tänka sig att liknande dilemma kan uppstå här.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Detta examensarbete är en del av Arcadas projekt *Säkerhetskultur*. Säkerhetskultur är ett vagt begrepp som kan studeras ur ett flertal perspektiv. Skribenterna har valt att studera detta ur ett perspektiv som omfattar alla deltagande parter inom sjukvården, d.v.s. patientsäkerhet.

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie informera läsaren om hur patientsäkerheten inom den palliativa vården kan förbättras.

Den centrala frågeställningen är:

- Vilka är de vanligaste faktorerna som äventyrar patientsäkerheten inom den palliativa vården?

6 TEORETISK REFERENS RAM

Katie Erikssons tolkning av begreppet lidande har fungerat som vår teoretiska referensram.

Lidande definieras fram till 1940-talet med ord som plåga, kval, vända och smärta. Begreppet har dock enligt Eriksson genomgått en metamorfos och används numera som ett substitut för kroppslig smärta. Eriksson hävdar däremot att lidande och smärta inte är synonymmer, eftersom lidandet till sin natur är mer mångfasetterat (Eriksson 1994 s. 19–20). Lidandet är enligt Eriksson oundvikligt eftersom det är en naturlig del av livet, men trots det hävdar hon att det är ovärdigt för människan att lida. Denna obalans gör att människan försöker härleda visdom och mening från lidandet även om lidandet vore fullständigt meningslöst, eftersom det skulle bekräfta människans värdighet. Lidandet kan även anses ge människan försoning och människor med självförakt kan välkomna sjukdom eftersom de anser sig förtjänta av detta lidande (Eriksson 1994 s. 38–43). Lidandets ursprung kan utöver kroppslig smärta vara emotionell eller psykisk. Att känna sig fördömd av sina medmänniskor, att känna sig oälskad och oförmögen till att älska samt att känna sig ensam och ovälkommen är exempel på lidande. Människan kan även känna lidande då hon inte får förverkliga sig själv eller då hon känner sig beroende av andra människor för sin överlevnad (Eriksson 1994 s. 43–46).

Eriksson presenterar tre olika former av lidande som förekommer inom vården. Dessa är (Eriksson 1994 s. 82–83):

1. *Sjukdomslidandet*, som individen upplever i relation till sjukdom samt dess behandling
2. *Vårdlidandet*, som individen upplever i relation till själva vårdandet
3. *Livslidandet*, lidandet som individen upplever i relation till sin egen existens – att leva eller förgås

Sjukdomslidandet kan enligt Eriksson indelas i ytterligare två fenomen. *Kroppslig smärta* kan orsakas av sjukdomen eller av dess behandling. Sjukdomen eller dess behandling kan även ge upphov till känslor av förnedring, skam och skuld. Då talar man om *själsligt och andligt lidande*. Eriksson betonar även att många av de begrepp som används inom vården är nedvärderande och att de kan ge upphov till själsligt och andligt lidande. Noterbara exempel är ofruktsam och narcissistisk. (Eriksson 1994 s. 83–86)

Vårdlidandet har sin grund i otillräcklig vård eller som en oönskad följd av vårdprocessen och det kan kategoriseras enligt följande (Eriksson 1994 s.86–87):

1. *Kränkning av patientens värdighet*
2. *Fördömelse och straff*
3. *Maktutövning*
4. *Utebliven vård*

Kränkning av patientens värdighet kan ske antingen medvetet, t.ex. då man nonchalerar patientens önskan, eller omedvetet, t.ex. då man inte vidtar tillräckliga åtgärder för att skydda individens integritet då man hjälper henne med intimhygien. Denna kränkning kan även manifesteras som någon abstrakt, till exempel om man inte är konsekvent vid vården av henne. (Eriksson 1994 s. 87–91)

Fördömelse och straff har sitt ursprung i vårdarens och patientens meningsskiljaktigheter. Vårdaren som besitter merparten av kunskapen och erfarenheten kan förvänta sig att patienten skall följa hennes rekommendationer, men det är slutligen patientens beslut att fatta. Denna friktion kan ge upphov till fördömelse. Vårdaren kan även bestraffa patienten ifall det förekommer meningsskiljaktigheter, till exempel genom att försumma sin uppgift att ge fullständig vård. (Eriksson 1994 s. 91)

Vårdaren kan även orsaka patienten lidande genom att utöva sin auktoritära makt och berövar patienten hennes frihet. En aggressiv, minnessjuk patient kan tvångsmedicineras för att garantera hennes säkerhet och välbefinnande. Avsikten bakom denna maktutövning kan vara god eller ond, men resultatet är dessvärre det samma. (Eriksson 1994 s. 91–92)

Eriksson betonar att vårdarens oförmåga att bedöma patientens vårdbehov kan resultera i utebliven vård, likaså vårdarens slarviga agerande. Vanvård skiljer sig från utebliven vård eftersom vid vanvård har vårdarens avsikt varit att medvetet erbjuda patienten inadekvat vård eller att fullständigt nonchalera patientens vårdbehov. (Eriksson 1994 s. 92–93)

Livslidandet är det yttersta lidandet eftersom individens hela livssituation berörs. Roten till detta lidande kan återfinnas i individens rädsla att lämna denna värld eller i hennes rädsla att inte kunna fullfölja de sociala uppdrag som förväntas av henne som förälder, partner, kollega eller vän. Ifall livslidandet blir outhärdligt och individen har gett upp kampen, kan diskussionen om dödshjälp aktualiseras. (Eriksson 1994 s. 93–95)

Onödigt lidande bör alltid förebyggas. Eriksson presenterar således tre kärnpunkter som bör uppmärksammas då man vårdar samt då man utvecklar vårdprocesser (Eriksson 1994 s. 95–97):

1. Patienten bör känna sig inbjuden, trygg, informerad samt delaktig i vården, eftersom detta lindrar hennes känsla av oro och ångslan.
2. Patienten bör känna sig älskad, bekräftad och förstådd. Bemöter man patienten med värdighet och ger henne tid och rum att lida, men samtidigt stärker hennes känsla av medansvar så förebygger det onödigt lidande.
3. Patienten bör få sådan vård som hennes hälsotillstånd och sjukdom förutsätter, samt att hennes individuella vårdbehov uppfylls.

Lidande kan manifesteras på ett unikt sätt hos varje individ och roten till detta lidande kan variera. Allt lidande kan inte heller elimineras, utan istället bör man låta den lidande bearbeta sina känslor samt bemöta henne med omsorg, kärlek och värdighet. Eriksson har själv valt att formulera det enligt följande (Eriksson 1994 s. 48, 95–98):

”Endast kärleken kan ge lidandet mening, ty störst av allt är kärleken.”

7 METOD

Litteraturstudier förekommer i olika former. *Allmänna litteraturstudier* kan t.ex. göras för att ackumulera all forskning inom ett visst område och sedan presentera den på ett koncist sätt. Detta för att ge läsaren en inblick i kunskapsläget inom området. Allmänna litteraturstudier kan även vara en explorativ insats för att kartlägga området i ett försök att komma med förslag till fortsatt forskning, t.ex. empiriska studier (Forsberg & Wengström 2015 s. 25). Allmänna litteraturstudier kan alltså erbjuda läsaren en mycket kondenserad introduktion till ett nytt område eller en välbehövlig uppdatering av läsarens kunskap men problem kan förekomma av ett flertal orsaker. Allmänna litteraturstudier behöver inte nödvändigtvis ha en systematisk ansats och därmed kan studiens tillförlitlighet ifrågasättas. Exempel på sådana brister är att studiens syfte aldrig preciseras, litteratursökningen eller urvalskriterierna beskrivs inte, den inkluderade litteraturen genomgår inte en kritisk granskning eller resultaten presenteras inte på ett tydligt sätt. Andra svagheter med allmänna litteraturstudier kan vara att författaren endast haft tillgång till en begränsad mängd med tidigare forskning. Författaren kan även medvetet eller undermedvetet påverka resultaten genom att endast inkludera forskning som stöder de egna övertygelserna (Forsberg & Wengström 2015 s. 25–26)

7.1 Datainsamling

För att samla in ändamålsenligt material har skribenterna utformat kriterier som kommer att användas vid informationssökningen. Dessa inklusions- och exklusionskriterier presenteras noggrannare i den tredje tabellen, dock finns det skäl att motivera varför dessa kriterier valts. Tidsperioden och de geografiska begränsningarna valdes för att få aktuella och relevanta artiklar. Kostnadsfri tillgång till artiklarna är även ett kriterium, eftersom författarna inte har ekonomiska resurser till att betala för att läsa artiklar. Begränsningarna vad gäller språket baseras på vilka språk författarna till detta arbete behärskar. Avslutningsvis bör det nämnas att referentgranskade artiklar är ett kriterium för att säkerställa att artiklar vidhåller en viss standard och att resultaten från dem är acceptabla att använda i ett examensarbete.

Sökningen förverkligades under sommaren 2020. Totalt gjordes 22 sökningar från de tre olika databaserna som vi valt att inkludera. Antalet träffar varierade kraftigt, där en sök-

ning resulterade i 3849 träffar och en annan sökning i endast en träff. Sökorden som användes var huvudsakligen olika kombinationer av fraserna ”palliative care, terminal care, safety culture, safety hazards och patient safety”. Booleska operatorer användes vid sökningen för att antingen utöka eller minska antalet träffar. Resultaten från informationssökningen presenteras i den första bilagan.

Då en sökning gjorts och antalet träffar/artiklar upplevdes vara på en hanterbar nivå var följande steg att läsa rubrikerna för att göra en preliminär uteslutning. Därefter lästes abstrakten från de artiklar som inte exkluderats varefter en sekundär uteslutning gjordes, sedan lästes fullständiga artikeln varefter en tertiär uteslutning gjordes. Vid varje steg reflekterade vi över artikelns sannolikhet att besvara vår forskningsfråga och om det var självklart att artikeln inte gjorde det så uteslöts den. Resultatet av denna process blev 15 artiklar efter 22 sökningar.

Tabell 3 - Inklusions- och exklusionskriterier för informationssökningen

	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Tidsperiod	Publicerade år 2009 eller senare	Publicerade före år 2009
Språk	Svenska, engelska eller finska	Alla övriga språk
Kvalitet	Referentgranskade	Allting övrigt
Region	Europa (Norden), Nordamerika, Oceaninen	Allting övrigt
Databaser	Cinahl with full text, Pubmed, Sage	Allting övrigt
Tillgänglighet	Fullständig artikel tillgänglig kostnadsfritt	Allting övrigt

7.2 Analys

Analysmetoden som används i detta arbete är den induktiva analysmetoden för kvalitativt data som utarbetats av Elo & Kyngäs (2007). Processen inleds med att läsa igenom materialet och göra anteckningar av det. För att uppfatta alla dimensioner av det lästa materialet är det motiverat att läsa igenom det flera gånger och göra så många anteckningar som läsaren anser nödvändigt. Processens följande steg är att skapa kategorier utgående från anteckningarna. Kategorierna kan rangordnas utgående från dess innehåll och vid behov kan kategorier med liknande innehåll assimileras till en större kategori för att göra materialet mer överskådligt. Denna del av processen är dock mer än att gruppera anteckningar i kategorier. Författaren måste förstå innebörden och genom sina egna tolkningar skapa dessa kategorier. Abstraktion är det sista steget i processen. Kategorierna namnges och rangordnas som underkategorier, kategorier och den huvudsakliga kategorin. Abstraktionens syfte är att göra det temata som undersöks mer begripligt.

Analysprocessen började med att vi läste igenom artiklarna och antecknade alla faktorer som artiklarnas författare ansåg äventyra patientsäkerheten. Anteckningarna bestod av meningar, stycken, citat och tabeller. Anteckningarna kallades meningsbärande enheter och dessa meningsbärande enheter kategoriserades utgående från dess innebörd och samhörighet med andra meningsbärande enheter. Mycket snäva kategorier assimilades med andra kategorier utgående från innebörden. Sedan rangordnades kategorierna och processen slutade med tre underkategorier och huvudkategorin. Utav dessa meningsbärande enheter kom 43 att utgöra underkategorin arbetskultur, 29 meningsbärande enheter kom att utgöra underkategorin läkemedelsfaktorer och 19 meningsbärande enheter kom att utgöra underkategorin psykosociala aspekter.

De 15 artiklar som analyserades var varierande och behandlade olika aspekter av palliativ vård. Vissa aspekter, såsom läkemedel och problem associerade med dessa, lyftes fram i flera olika artiklar, medan vissa aspekter nämndes endast i ett stycke i en artikel. Alla de 15 artiklar som vi inkluderat samt en kort summering av dess innehåll står nämnda i den andra bilagan.

8 ETISKA OBSERVATIONER

Detta examensarbete är en litteraturstudie som baserar sig på tidigare forskning och vetenskapliga publikationer. För att säkerställa att detta arbete är av hög standard och att resultaten är trovärdiga har skribenterna bekantat sig med forskningsetiska delegationens direktiv för god vetenskaplig praxis (2012 s. 18–27). Omsorgsfullhet och noggrannhet vid arbetets alla faser samt en korrekt hänvisning till andra forskares publikationer är aspekter som skribenterna anser speciellt viktiga då man beaktar denna studies uppbyggnad. Skribenterna har vid informationssökningen varit så inkluderande som tillåtit, det vill säga inte enbart inkluderat studier som bekräftar våra hypoteser och egna, författade meningar.

Henricson (2016 s.77) anser att en studie endast kan kallas etisk om studien behandlar en väsentlig fråga, om den är av god vetenskaplig kvalitet och om den genomförs på ett etiskt försvarbart sätt. Henricson menar att en studie inom humanforskning endast är väsentlig om den kommer till nytta för individen, samhället eller professionen. Studien är av god vetenskaplig kvalitet om dess design och metod ger konklusiva svar och om den besvarar forskningsfrågan.

Detta arbete har inte finansierats av en utomstående aktör. Skribenterna har även gjort en överenskommelse för hur arbetet samt dess resultat får användas i framtiden.

9 RESULTAT

Genom vår analysprocess har vi kommit till tre underkategorier som även fungerar som underrubriker i resultatet.

9.1 Arbetskultur

Tjänsteproducentens attityd är av stor betydelse då man diskuterar frågor associerade med patientsäkerhet och detta är något som en stor del av litteraturen poängterar. Tjänsteproducent som begrepp är passande, eftersom det inkluderar alla de avdelningar och enheter som erbjuder vård. Tjänsteproducent är dock någonting immateriellt och dess attityd och relation till olika fenomen skapas av arbetstagarna. Arbetskultur vore därav ett bra begrepp.

Hur arbetstagarna vid tjänsteproducenten väljer att lösa problem och motgångar är alltså av betydelse. Litteraturen är dock inte homogen och varje artikel lyfter fram olika problem, även om det centrala budskapet är det samma.

Analysen kan inledas från problem som är nästintill omöjliga att eliminera. Trycksår är ett vanligt problem bland sängbundna patienter. De döende kan även lida av inkontinens, nedsatt rörlighet och nedsatt vävnadsperfusion vilket ökar deras risk för att drabbas av trycksår. Trycksår är dessutom mödosamma ur ett ekonomiskt perspektiv och de resulterar i ökad mortalitet (Samuriwo 2019). Lägesvård är därför av stor betydelse och de är ett av de viktigaste sätten att förhindra uppkomsten av trycksår, tillsammans med diverse verktyg som särskilda madrasser avsedda för sängbundna (Fragala 2015). Problem kan dock uppstå av ett flertal orsaker. Vårdare kan göra olika bedömningar gällande vårdbehovet och detta kan resultera i inkonsekvent vård. Vårdarens attityd gentemot trycksår är även av betydelse, eftersom vissa kan anse dem vara oundvikliga medan andra anser att de bör förebyggas med alla de verktyg och knep som finns till förfogande (Samuriwo 2019). Lägesvård kan likaså medföra problem både för patienten och vårdaren, där patientens hud kan skadas av den mekaniska kraften och vårdarens stöd- och rörelseorgan kan skadas då lägesvården utförs (Fragala 2015). Problem som dessa kunde förebyggas med standardiserade tillvägagångssätt vid trycksår och tillgång till

adekvata redskap som används vid lägesvård. Det är även viktigt att poängtera att ifall redskap finns till förfogande så är det på vårdarnas ansvar att använda dem.

Standardiserade tillvägagångssätt kunde även förebygga andra problem som förekommer inom denna medicinska gren. En studie som granskat anmälningar till en nationell databas i Storbritannien fann att inadekvat informationsflöde mellan två tjänsteproducenter kunde ge upphov till fysisk och psykisk smärta och ökad arbetsbörda om exempelvis viktig information uteblev från rapporter. Andra problem som rapporterades var associerade med läkemedel, tillgång till vård inom rimlig tid och problem med den medicinska utrustningen. Dessa resulterade ofta i smärta och lidande. Till bakomliggande orsaker identifierades oklara protokoll, avvikande från protokoll och inadekvat tillgång till utrustning. Forskargruppen identifierade även fenomen som otillräckligt med personal och otillräcklig skolning som bakomliggande orsaker, men dessa två diskuteras mer i ett kommande stycke (Williams et al. 2018). Det bör nämnas som kontext att de rapporter som Williams och forskargruppen analyserat hade skett utanför kanslitid och i den palliativa patientens hem.

Williams och hans forskargrupp fann att stor del av dessa rapporter även uppgav att incidenten resulterat i en vårdskada. Det centrala budskapet är dock tydligt. Hade de anställda haft tillgång till tillfredsställande utrustning och protokoll och de facto använt dem så kunde flera oönskade situationer ha förebyggts. Personalen bär även ett ansvar vad gäller skolning, eftersom de bör begära att få skolning i hur utrustning som inte är bekant för dem skall användas. Förmannen bär dock likaså ett ansvar i detta ärende.

Palliativa vården är även kantad av problem som man genom proaktivt arbete kunde förebygga. I en studie som analyserat vårdares perspektiv på faktorer som bidrar till misstag vid administrering av opiater noterades några återkommande faktorer. De intervjuade ansåg t.ex. att oerfarna läkare var mer sannolika att ordinera fel läkemedel eller en felaktig dos och oerfarna sjukskötare var mindre sannolika att identifiera en felaktig ordination. Underbemanning ansågs vara ett reellt problem men en av de intervjuade påpekade även att patienternas fluktuerande behov kunde göra det svårt att avgöra hur många vårdare som behövdes per skift. Ett oändamålsenligt läkemedelsrum och inadekvat kommunikation ansågs likaså vara bidragande faktorer (Heneka et al. 2019). Ar-

betskulturen borde därav betona noggrann kommunikation och rapportering. Det styrande organet som beslutar om personaldimensioneringen torde arbeta för att säkerställa att personalmängden är tillräcklig. Slutligen torde det styrande organet erbjuda en tillräcklig skolning för nyanställda för att minska på misstag och fel som kan komma att leda till en vårdskada.

Dincer et al. (2018) har även nått samma konklusioner genom sin forskning. Då de intervjuade sjukskötare som jobbade inom den palliativa vården i Turkiet ansåg så gott som alla deltagare att en excessiv arbetsbörda utgjorde en ökad risk för misstag. Deltagarna uppgav även dålig kommunikation som en riskfaktor. Dincer et al. har uttryckligen skrivit att mera och en bättre skolning kunde främja säkerheten vid avdelningen, precis som en icke-dömande kultur där vårdare vågar medge fel främjar säkerheten.

Kiesewetter och hennes forskargrupp (2016) redogjorde i en intervjustudie för patienternas perspektiv på misstag. De intervjuade hade alla haft en vårdrelation med en tjänsreproducent som erbjöd palliativ vård. De intervjuade ansåg t.ex. att misstag vad gäller diagnostisering och vård var rätt så frekventa, medan forskargruppen identifierade misstag som otillräcklig vård av symtom och återupplivning av patienter med DNR-beslut som mer säregna för denna specialitet. Många av de intervjuade lyfte även fram oprofessionellt beteende och dålig kommunikation som oroväckande misstag. Författarna nämner som exempel att de intervjuade kände att de inte fick ärlig information om deras tillstånd och prognos och att deras önskan inte respekterades vad gäller deras vård. Kiesewetter och hennes forskargrupp hänvisar de facto till en studie från Nederländerna där van Mook och hans forskargrupp uppdagade att oklart informationsflöde, respektlöst bemötande och empatilöst förfaringsätt var några av de vanligaste orsakerna till klagomål.

Munck & Sandgren har granskat (2017) den medicinska teknologins inverkan på känslan av säkerhet och deras fynd utvidgar perspektivet ytterligare. Introduktionen av medicinsk teknologi och utrustning har onekligen haft många positiva aspekter men Munck & Sandgren kunde konstatera att dålig kommunikation kunde leda till att utrustningen hade motsatt effekt, där den blev en börda för patienten eller den anhörige som skötte utrustningen. Faktumet är att antalet vårdskador har ökat då den medicinska utrustning-

en, exempelvis ventilationsapparater, introducerats i hemmen och då den som ansvarat för utrustningen varit en lekman. Medicinsk utrustning kan även vara krånglig för yrkesmänniskor och risken finns för att vårdrelationen kan stagnera om all tid som vården allokerat går åt till att fokusera på utrustningen. Detta är av betydelse eftersom allt detta kan erodera på känslan av säkerhet och avsaknaden av säkerhet har bevisligen kunnat kopplas till högre stressnivåer och intensivare symtom.

Studierna av Munck & Sandgren samt Kiesewetter et al. visar att kommunikation mellan tjänsteproducenten och patienten samt hans närmaste är ytterst viktig. Tidigare stycken har påvisat att kommunikationen i arbetsgemenskapen främjar patientsäkerheten men det förekommer som logiskt att även den som vårdas behöver få ta del av denna information för att fatta beslut vad gäller hans vård. En ärlig dialog behöver även föras före man introducerar medicinsk utrustning i klientens hem för att avgöra vad hen och hans närmaste anhöriga klarar av att hantera och därmed förebygga oavsedda konsekvenser.

En ärlig dialog med adekvat informationsflöde är även ett centralt tema vad gäller läkemedel. Läkemedel som regelbundet används inom denna specialitet är inte problemfria, men ett annat fundamentalt problem med dem är okunskapen gällande dess administrering. En litteraturstudie från 2015 uppdagade att utbildade deltagare i vården såsom patientens anhöriga regelbundet kunde avstå från att administrera opiater och andra smärtstillande även om det vore motiverat att ge dem (Heneka et al s. 9). Författarna till denna litteraturstudie klargör aldrig vad konsekvenserna av detta var, men det är inte ologiskt att tänka att en möjlig följd var fortsatt eller ökad smärta och lidande i någon form. Situationer som dessa kunde undvikas om tillräcklig information ges till alla deltagande parter.

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att rätt personaldimensionering, en icke-dömande arbetsgemenskap, tillräcklig skolning och adekvat kommunikation och informationsflöde är karakteristiskt för en arbetskultur som värnar om sina patienter och som arbetar för att förebygga vårdskador. Adekvat utrustning och standardiserade tillvägagångssätt vid särskilda situationer är även någonting som bör eftersträvas.

9.2 Läkemedel

Läkemedel är inte oproblematiske och så är även fallet inom denna specialitet. Polyfarmaci, samtidig användning av flera läkemedel eller användning av läkemedel vars användning inte är kliniskt indicerade, är rätt vanligt bland denna patientgrupp. Påbörjandet av läkemedel kan dikteras av olika direktiv men samma direktiv kan sakna information om när det är säkert och indicerat att avsluta användningen av samma preparat. Ett konkret exempel på detta är att många upplever en naturlig sänkning av blodtrycket vid livets slutskede, men de kan fortsättningsvis använda blodtrycksmediciner även om det inte vore nödvändigt. (Thompson 2019)

Det är även oklart hur effektiva och säkra många av de vanligt använda läkemedlen är. En forskargrupp (Jansen et al. 2018) har funnit bristfälligt med bevis för användningen av antikolinergikum vid dödsrossling och opiater vid kraftig smärta. Användningen av dessa kan påverka brukarens medvetandegrad på ett negativt sätt. Det är även möjligt att den döende har svårt att uttrycka sig och därmed svårt att berätta hur effektivt läkemedlet är och om eventuella bieffekter förekommer. För att göra situationen ännu mer komplicerad så kan det vara svårt att skilja på terapeutisk effekt och bieffekt då flera läkemedel används samtidigt (Thompson 2019).

Proaktiv ordinerings av läkemedel är ett sätt att trygga tillgången till rätt läkemedel, läkemedelsform och dos då behovet uppstår. Detta kan dock fungera som en negativ påminnelse om den annalkande döden och måste därav skötas med finkänslighet. Proaktiva ordinerings effektivitet, kostnadseffektivitet och säkerhet är dock oklar, eftersom forskningen i ämnet är otillräcklig. Läkaren måste även överväga om det finns en risk för missbruk, eftersom läkemedlet med stor sannolikhet kommer att förvaras i brukarens hem. (Bowers & While 2019)

9.3 Psykosociala aspekter

De psykosociala aspekter som hör samman med vård i livets slutskede är många. Den första aspekten värd att iaktta är miljön där vården sker. Många i terminalvårdsskedet anser att hemmet är det värdigaste stället att ta sina sista andetag, men trots detta är det en rätt liten andel som de facto dör hemma. Terminalvård i hemmet förutsätter att den döende har en närståendevårdare eller ett socialt nätverk som kan hjälpa hen. Dessutom kan tillgången till adekvat vård varieras från ort till ort och sjukdomstillståndet kan hindra den döende från att stanna hemma. Detta är en jämställdhetsfråga eftersom det skapar stora diskrepanser. (Bowers & While 2019)

Anhörigvårdare är av stor betydelse för att terminalvård skall kunna förverkligas i hemmet. De förväntas sköta många hushållssysslor samtidigt som de assisterar den döende i hans vardag. Det är även rätt så vanligt att anhörigvårdaren förväntas införskaffa läkemedel från apoteket eller andra förnödenheter. Detta, ackompanjerat med faktumet att informationsflödet om den döendes tillstånd kan vara inadekvat, är ett stressmoment som utsätter närståendevårdaren för större risk att insjukna i depression. Detta mynt är dock tvåsidigt. Den döende kan uppleva att hen är en börda för närståendevårdaren och sina anhöriga och dra sig tillbaka från sociala sammanhang. Social- och omgivningsisolering kan leda till nedsatt rörelseförmåga, ökad fallrisk och ökad risk för trycksår. Paradoxalt nog leder detta till att den döendes behov av hjälp från andra ökar. Faktorer som predisponerar för social- och omgivningsisolering är bland annat polyfarmaci och existentiella kriser. (Bartley et al. 2015)

Nedsatt funktionsförmåga kan ge upphov till känslor av sorg och ångest, eftersom patienten förlorar den självständighet och kontroll som hen tidigare haft. Detta bör beaktas då man utarbetar vårdplaner. Att exempelvis flytta patientens säng från övervåningen till bottenvåningen för att förstärka funktionsförmågan och självständigheten kan upple-

vas som något positivt av vissa, medan andra upplever detta som något begränsade och som en daglig påminnelse om deras tillstånd. Samma gäller med utrustning och verktyg som liftar och rullstolar. Därmed borde introduktionen av nya vårdplaner och utrustning ske gradvis och på ett sätt som gör det möjligt för patienten att bearbeta vad som komma skall. Introduceras vårdplanen eller utrustningen abrupt eller i ett sent skede av sjukdomsförloppet kan patienten se det som en negativ bekräftelse av hens sjukdom och annalkande död. (Bartley et al. 2015)

Tjänsteproducenten kan vidta åtgärder som minskar på sannolikheten att patienten eller hens närståendevårdare upplever stress och psykisk ohälsa. Vårdaren måste se till att det finns tillräckligt med material och rätt utrustning till förfogande. Ifall rätt material eller utrustning inte finns till förfogande resulterar det i fördröjning eller i värsta fall, inadekvat vård. En trygghetskänsla skapas om tjänsteproducenten eller en vårdare kan kontaktas dygnet runt och om vårdaren besitter tillräckligt med kunskap för att göra en klinisk bedömning av patientens tillstånd och behov ifall situationen så kräver. (Danielsen et al. 2018)

Utsatthet är ett begrepp som träder fram i flera sammanhang. Palliativ vård är mycket komplext och de som får denna vård är mycket sköra och sårbara. Detta betyder att denna grupp är mycket utsatt för incidenter och komplikationer (Dy 2016). En annan form av utsatthet är strukturell utsatthet som drabbar endast en del av patientgruppen. Med strukturell utsatthet avses bland annat fattigdom och hemlöshet. De strukturellt utsatta saknar resurser att söka vård, binda sig till den vård som erbjuds eller är fysiskt hindrade från att komma i kontakt med en tjänsteproducent. Den fjärde tabellen beskriver teman inom strukturell utsatthet (Stajduhar et al. 2019).

Social utsatthet är form av utsatthet där den som behöver vård antingen inte har det sociala nätverket som behövs för att få tillgång till eller binda sig till vård, eller så bemöts hen av negativa uppfattningar relaterade till hens hälsotillstånd. Till denna grupp hör de vars anhöriga vägrar hjälpa dem eller diskutera med dem om deras hälsotillstånd. Hit hör även de som bemöts negativt på grund av rasism, stigma associerat med psykiska hälsotillstånd och missbruk, en utvecklingskada eller beteendestörningar och handikapp. Social utsatthet inkluderar även sådana populationer i samhället som inte nås via tradit-

ionella informationskanaler, t.ex. flyktingar som inte pratar något av de officiella språken som används i landet. (Stajduhar et al 2019)

Globalt uppskattar man att endast 14% av alla de som behöver palliativ vård får det. En intressant observation av Stajduhar och hans forskargrupp var att 64% av de strukturellt utsatta som de intervjuade var män.

Tabell 4 – Teman inom strukturell utsatthet

Tema	Beskrivning
Överlevnadskrav	De grundläggande behoven är större än sjukvårdsbehovet. Människans resurser går till att klara vardagen och hitta t.ex. mat och vatten.
Normalisering av döden	Människor som är utsatta förstår inte att det erbjuds tjänster för dem. De utsatta börjar se döden som något oundvikligt.
Identifikationsproblem	Vårdbehovet för utsatta grupper såsom bostadslösa och missbrukare är svåra att identifiera.
Säkerhet	För att erbjuda vård till strukturellt utsatta kan man vara tvungen att söka sig till de miljöer där de utsatta vistas. Problem kan dock uppstå om vårdpersonalen inte känner sig trygg i denna miljö. Vårdkvaliteten lider.
Organisatorisk isolering	Multiprofessionalism förekommer inte och de olika aktörerna som kan tänkas vara inblandade i de utsattas vård kommunicerar inte.
Sammanfattning	Dessa fem teman kan enskilt eller i samverkan hindra de utsatta från att få sådan vård som de behöver och är berättigade till.

10 DISKUSSION

Lidande är ett centralt tema som stiger fram i litteraturen och alla de olika former av lidande som Eriksson beskrivit finns representerade i våra underkategorier. Detta ter sig mycket naturligt för oss. Eriksson argumenterade för förekomsten av tre former av lidande och många fall av lidande kan härledas till inadekvat vård eller vårdåtgärder. Sjukdomslidandet uppträder starkast i underkategorin läkemedelsfaktorer. Ett exempel på detta är att det kan vara svårt att skilja på terapeutisk effekt och bieffekt vid användningen av flera läkemedel. En bieffekt är alltid en oönskad konsekvens och det kan de facto orsaka ett starkt lidande om bieffekten är kraftig.

Detta examensarbete är kraftigt associerat med den andra formen av lidande som Eriksson presenterat. Vårdlidandet förekommer i alla underkategorier och det är den vanligaste formen av lidande som trädde fram i litteraturen. I underkategorin arbetskultur fann vi att exempelvis underbemanning och inadekvata direktiv kunde orsaka vårdlidande, då patientens behov inte möttes. Vårdlidande kan även förekomma om patienten eller hans anhöriga inte får tag på tjänsteproducenten och hen är tvungen att vänta på vård. Livslidande förekom också i litteraturen, men på ett indirekt sätt. Litteraturen beskrev fenomenet där läkare och övriga vårdare inte respekterar patientens vilja och vi finner att detta är en form av livslidande, eftersom självbestämmanderätten borde vara absolut och något som inte kunde berövas av någon med fullständig kognitiv förmåga. Det är inte ologiskt att resonera att någon som förlorat sin självbestämmanderätt även inte kan fullfölja de sociala uppdrag hon åtagit sig genom äktenskap, föräldraskap eller genom anställning. Vi anser att livslidande även förekommer om man går sitt öde till mötes ensam. Denna patientgrupp har ett stort socialt behov utöver det medicinska, och utan ett skyddsnät som hjälper dem kan de känna ett starkt lidande.

Erikssons tre kärnpunkter för att förebygga lidande känns mycket aktuella. Detta är dock inte någonting svartvitt. Sjukdomslidandet kan uppstå enkom av att man insjuknat i en obotlig sjukdom eller om sjukdomens behandling med stor sannolikhet orsakar komplikationer. Cellgiftsbehandling är ett noterbart exempel. Precis på samma sätt kan livslidandet uppstå utan att en utomstående aktör är involverad. Dödsrädsla förekommer hos många och även om prognosen vore god och behandlingarna adekvata kan man inte definitivt säga att patienten inte upplever dödsrädsla och därav lidande.

Våra fynd är i linje med övrig forskning inom denna specialitet. Forskningsöversiktens första stycket diskuterade den utsatta position många palliativa patienter befinner sig i och att denna utsatthet kan noteras då man diskuterar problem såsom trycksår. Läkemedelsbehandling nämndes även som ett problemfyllt område och detta kom de facto att utgöra en egen underrubrik i vårt resultat på grund av dess extensiva framträdande i litteraturen.

Yardley och hans forskargrupp konstaterade att dåligt koordinerad vård, underbemannning och otillräcklig kunskap är vanliga orsaker till vårdskador och våra fynd är nästan identiska med forskargruppens fynd. Vi är positivt överraskade av mängden artiklar som diskuterade organisatoriska faktorer framom individuella, eftersom vår uppfattning är att det ofta förekommer en dömande attityd gentemot de som begår misstag, även om många bakomliggande orsaker vore utanför deras kontroll. Detta kan anses vara ett första steg till att skapa en arbetsmiljö där man fokuserar på att förebygga latent orsaker till misstag och fel istället för att försöka eliminera individuella misstag.

Kiesewetter och hennes forskargrupp konstaterade i sin artikel att återupplivning av patienter med DNR-beslut är ett säreget problem för denna medicinska gren. Detta är dock den enda artikel där detta diskuterades mer ingående och vi finner det svårt att dra definitiva slutsatser från detta, även om det stöder Glenns påståenden om problem associerade med DNR-beslut.

Munck och hennes forskargrupp konstaterade att många patienter kunde vårdas hemma då hälsoteknologin utvecklats och anhöriga tagit en aktiv roll i vårdandet, men att det krävdes finkänslighet för att avgöra när detta blir en börda istället för en tillgång. Litte-

raturen vi analyserat understöder detta, till en viss grad. Precis som artikeln av Akiyama konstaterar så är det möjligt att anhöriga känner stor stress i deras roll som närstående-vårdare och att de med relativt stor sannolikhet kan begå misstag som leder till ökad smärta eller andra oangenäma följder. Situationer som dessa kunde förebyggas med tillräcklig kommunikation och en kartläggning av de deltagande parternas resurser och förmågor. Detta är något som vårt resultat tydligt bevisar.

Finlands åldrande befolkning, ackompanjerat med fyndet att mer utbildning i palliativ vård behövs i Finland, var det som motiverades oss att skriva om just detta tema. Vi anser att resultatet motsvarar syftet och frågeställningen. Vi har genom vår analysprocess hittat element som äventyrar patientsäkerheten inom den palliativa vården och då läsa-ren känner till dem, kan hen vidta åtgärder och adaptera ett beteende som förbättrar säkerheten, istället för att undergräva den.

11 KRITISK GRANSKNING

Vi har granskat examensarbetet på ett kritiskt och objektivt sätt. Vårt förfaringssätt är att kontrollera delarna i examensarbetet och ifall det är tillförlitligt, relevant och hållbart. Syftet är också att identifiera brister i arbetsprocessen. Vi har valt att granska arbetet utifrån de delar som bygger upp vårt arbete genom att reflektera över vilka saker som är starka och användbara samt svagheter och brister som kan förekommer i vårt examensarbete. Vi granskar metoden, materialet och resultatet och hur den hänger ihop med vårt syfte och frågeställning. Vi valde att göra detta arbete som en allmän litteraturstudie med en induktiv design. Metoden valdes eftersom det finns tidigare forskning som diskuterar olika aspekter av detta tema men ingen omfattande analys som presenterar dessa aspekter på ett koncist sätt. Beslutet fattades efter en noggrann övervägning. En intervju- eller observationsstudie hade även kunnat ge fascinerande resultat men dessa resultat hade förmodligen inte motsvarat arbetets syfte och frågeställning på ett tillfredsställande sätt. Resultaten från en intervju- eller observationsstudie vore dessutom begränsade till de aktuella problem som de intervjuade eller enheterna där observationerna genomförts upplever. Arbetsprocessen har varit genuint och öppen för att uppfylla de vetenskapliga kriterier som krävs för ett examensarbete på bachelornivå. All text är produ-

cerad av skribenterna och skribenterna har varit medvetna och kritiska då texten skrivits.

Bakgrunden och forskningsöversikten baserar sig på relevant forskning. Forskningsprojektet PACE lyfte upp intressanta synpunkter om palliativa vårdens läge i Finland och i andra europeiska länder. Bakgrunden ger en relativt bra bild för läsaren vad arbetet baserar sig på och publikationen skriven av Saarto et al. samt undervisningsmaterialet av Kelo et al. ger en god inblick i palliativa vårdens läge i Finland. Bakgrunden är relevant då man jämför den med arbetets syfte och frågeställning. Genom forskningsöversikten har vi lyft upp olika artiklar som ger en grund för vår datainsamling samt analys. Även om de geografiska skillnaderna har ett starkt inflytande har vi i forskningsöversikten inkluderat flera artiklar som ger olika synpunkter på palliativa vård. Genom att analysera forskningsöversikten har vi kunnat bygga upp relevanta inklusions och exklusionskriterier för datainsamlingen.

I definitionerna har vi lyft fram det betydelsefullaste begreppen som används i vårt arbete. Detta för att säkerställa att vi inte misstolkat något då vi läst artiklar och producerat arbetet. Läsaren får också en inblick på vad vi som skribenterna anser med begreppen.

Syftet och frågeställningen besvaras. Den är även lättförståelig och konkret. Genom att förbättra palliativa vården genom att analysera patientsäkerhetsbrister kan vi producera ett arbete som kan användas som en tankeväckare för arbetsfältet. Detta arbete ger också en god grund för att fördjupa sig i palliativ vård för vår egen del och för arbetsgemenskapen. Båda skribenterna har arbetserfarenhet i temat och kan reflektera kring examensarbetets huvudpunkter i arbetsrelevansen.

Teoretiska referensramen för vårt arbete baserar sig på Katie Erikssons teori om lidande. Katie Eriksson är en person som har starkt kunnande i vårdvetenskap. Detta gör det enkelt att kunna reflektera examensarbetets uppbyggnad genom hennes teori. Erikssons arbeten är även uppskattade i sjuksköterskögemenskapen och lyfts upp som en av de främsta nordiska vårdvetare.

Artiklarna som inkluderats i arbetet kompletterar varandra, eftersom kontexten, aspekterna och resultaten är varierande. Femton artiklar inkluderades och detta anser vi vara tillräckligt för att ge ett omfattande svar på frågeställningen. Informationssökningen begränsades dock till ett fåtal databaser, med ett relativt litet antal sökord och sökordskombinationer. Andra begränsningar användes även och det är logiskt att utan begränsningar vid informationssökningen hade ett mer omfattande sampel kunnat uppnås. Hur ett större sampel hade inverkat på resultaten är oklart, men det är värt att nämna oberoende. Informationssökningen begränsades även så att artiklarnas ursprung skulle härstamma från ett land med en västerländsk kultur. Detta beslut fattades på antagandet att länder med en västerländsk kultur förmodligen har en sjukvårdsmodell som motsvarar Finlands och att det därmed hade gett arbetets resultat en större relevans. Beslutet fattades dock, som tidigare konstaterats, på ett antagande och saknar därmed evidensbaserat understöd.

Resultatet presenteras som en huvudkategori och tre underkategorier. Analysprocessen för att framställa alla kategorier har granskats. Analysen har varit utmanande för skribenterna, och svagheter kan identifieras. Vi har granskat materialet kritiskt i korrelation till vårt syfte och frågeställning. I resultaten finns olika teman som beskriver patientsäkerhet från ett brett perspektiv och dessa teman kunde sammanfattas till tre underkategorier. Dessa tre underkategorier härleder till huvudkategorin på ett logiskt sätt.

Underkategorin psykosociala faktorer som behandlar utsatthet och sociala problem är inte direkt en patientsäkerhetsbrist men vi har inkluderat den i vårt arbete eftersom det samhällsmässigt är ett stort problem som äventyrar tillgången till och kvaliteten av vård. Artiklarna som bidrog mest till denna underkategori inkluderades efter en noggrann översyn. Läkemedelsfaktorerna är något konkret som diskuterades i många artiklar. De faktorer som diskuterades upprepades dock i flera artiklar vilket innebär att de faktorer som vi inkluderat är mycket relevanta, men underkategorins omfattning är inte stor. Arbetskultur är den underkategori vi har största materialgrunden på. Genom att göra en ny informationssökning utgående från de underkategorier vår analysprocess uppdagat hade nya aspekter kunnat hittas vilket eventuell påverkat resultatet.

De etiska observationer vi gjort i vårt arbete följer långt de krav och funktioner som krävs för ett examensarbete på bachelornivå. Vi har följt yrkeshögskolan Arcadas samt forskningsetiska delegationens riktlinjer. Med att analysera resultaten och jämföra det med vårt syfte och frågeställning kan vi dra en slutsats om att de korrelerar och att arbetets syfte är uppnått.

KÄLLOR

- Akiyama, M., Takebayashi, T., Morita, T., Miyashita, M., Hirai, K., Matoba, M., Aki-zuki, N., Shirahige, Y., Yamagishi, A., Eguchi, K., 2011, Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan, *Supportive Care in Cancer*, volym 20, nr 5, s. 923-931
- Bartley, C., Webb, J-A., Bayly, J., 2015, Multidisciplinary approaches to moving and handling for formal and informal carers in community palliative care, *International Journal of Palliative Nursing*, volym 21, nr 1, s. 17-23
- Bowers, B., While, A., 2019, Getting anticipatory prescribing right in end-of-life care, *British Journal of Community Nursing*, volym 24, nr 6, s. 274-277
- 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*, volym 17, nr 1, s. 95
- Dincer, M., Torun, N., Aksakal, H., 2018, Determining nurses' perceptions of patient safety culture in palliative centres, *Contemporary Nurse*, s. 1-12
- Dy, S., M., 2016, Patient safety and end-of-life care: common issues, perspectives, and strategies for improving care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Volym 33 nr 8, s.791–796.
- Elo, S., Kyngäs, H., 2007, The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, volym 62, s. 107-115
- Eriksson, K., 1994, Den lidande människan, 1 uppl., Liber AB, Stockholm.
- Forsberg, C., Wengström, Y., 2015, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 4 utgåvan, Natur & Kultur, Stockholm
- Forskningsetiska delegationen, 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelse från den i Finland. Forskningsetiska delegationens an-*

visningar 2012. Tillgänglig: <https://www.tenk.fi/sv/tenks-anvisningar> Hämtad: 20.04.2020

- Fragala, G., 2015, Bed care for patients in palliative settings: considering risks to caregivers and bed surfaces, *International Journal of Palliative Nursing*, volym 21, nr 2, s. 66-70
- Glenn, D., 2015, Preventing Safety Hazards Associated with Do-Not-Resuscitate Orders, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, volym 19, nr 6, s. 667
- Heneka, N., Shaw, T., Rowett, D., Phillips, J.L., 2015, Quantifying the burden of opioid medication errors in adult oncology and palliative care settings: A systematic review, *Palliative Medicine*, s. 1-13
- Heneka, N., Bhattarai, P., Shaw, T., Rowett, D., Lapkin, S., Phillips, J.L., 2019, Clinicians perceptions of opioid error-contributing factors in inpatient palliative care services: A qualitative study, *Palliative Medicine*, volym 33, nr 4, s.430-444
- Henricson, M., 2012, *Vetenskaplig Teori och Metod: Från Idé Till Examination Inom Omvårdnad*, uppl. 1:7, Studentlitteratur Ab
- Jansen, K., Haugen D.F., Pont, L., Ruths, S., 2018, Safety and Effectiveness och Palliative Drug Treatment in the Last Days of Life – A Systematic Literature Review, *Journal of Pain and Symptom Management*, volym 55, nr 2, s. 508-521
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H., 2015, *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*, 1 uppl., Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Kiesewetter, I., Schulz, C., Bausewein., C., Fountain, R., Schmitz, A., 2016, Patients' perception of types of errors in palliative care – results from a qualitative interview study, *BMC Palliative Care*, volym 15
- Munck, B., Sandgren, A., Fridlund, B., Mårtensson, J., 2012, Next-of-kin's conceptions of medical technology in palliative homecare, *Journal of Clinical Nursing*, volym 21, nr 13–14.
- Munck, B., Sandgren, A., 2017, The impact of medical technology on sense of security in the palliative home care setting, *British Journal of Community Nursing*, volym 22, nr 3, s. 130-135
- Regionala cancercentrum i samverkan, 2016, *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram* Tillgängligt: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf Hämtad: 08.05.2020
- Saarto, T., Lehto, J., Jyrkkiö, S., Sirkiä, K., Poukka, P., Hänninen, J., Marjamäki, E., Forss, M., Heikkinen, T., Peltola, S., Ollikainen, P., *Social- och hälsovårdsministeriet*,

2017. Tillgänglig: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf> Hämtad: 7.11.2019

Samuriwo, R., 2019, Enhancing end-of-life skin care to prevent pressure ulcers in primary care, *Journal of Community Nursing*, volym 33, nr 3, s. 56-60

Social- och hälsovårdsministeriet, N/A. Tillgänglig: https://stm.fi/sv/terminalvard?p_p_id=56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_56_INSTANCE_7SjjYVdYeJHp_languageId=sv_SE Hämtad: 23.10.2019

Socialstyrelsen, 2020. Tillgänglig: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/> Hämtad: 18.11.2020

Stajduhar, K. I., Mollison, A., Giesbrecht, M., McNeil, R., Pauly, B., Reimer-Kirkham, S. & Kvakic, K. (2019). "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC palliative care*, volym 18, nr 11

Statistikcentralen, 2019. Tillgänglig: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto_sv.html Hämtad: 22.10.2019

THL, 2019. Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/undersokning-om-var-d-i-livets-slutskede-mer-utbildning-behovs-i-finland-och-manga-andra-lander> Hämtad: 22.10.2019

Thompson, J., 2019, Deprescribing in palliative care, *Clinical Medicine*, volym 19, nr 4, s. 311-314

Valvira, 2020. Tillgänglig: https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/vard_i_livets_slutskede Hämtad: 9.5.2020

WHO, 2019. WHO Definition of Palliative Care Tillgänglig: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Hämtad: 23.10.2019

Williams, H., Donaldson, S. L., Noble, S., Hibbert, P., Watson, R., Kenkre, J., ... & Carson-Stevens, A. (2019). Quality improvement priorities for safer out-of-hours palliative care: Lessons from a mixed-methods analysis of a national incident-reporting database. *Palliative medicine*, volym 33, nr3, s. 346-356.

Yardley, I., Yardley, S., Williams, H., Carson-Stevens, A., Donaldson, L., 2018, Patient safety in palliative care: A mixed-methods study of reports to a national database of serious incidents, *Palliative Medicine*, volym 32, nr 8, s. 1353-1362

BILAGA 1

Datum	Databas	Sökord	Kriterier	Träffar	Inkluderade artiklar
17.05.2020	Cinahl with full text	Palliative care AND Patient Safety	Inklusionskriterierna användes	44	4
19.05.2020	Cinahl with full text	Palliative care AND Safety*	Inklusionskriterierna användes	115	3
07.06.2020	Cinahl with full text	End of Life Care AND Safety*	Inklusionskriterierna användes	74	1
14.07.2020	Cinahl with full text	Palliative care AND Obstacles	Inklusionskriterierna användes	17	-
20.05.2020	Pubmed	Palliative care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	784	-
20.05.2020	Pubmed	Palliative care AND patient safety Systematic review	Inklusionskriterierna användes	32	2
20.05.2020	Pubmed	Free fulltext Palliative care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	423	1
20.05.2020	Pubmed	Terminal care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	101	-
05.06.2020	Pubmed	Palliative care AND safety hazards	Inklusionskriterierna användes	35	-
05.06.2020	Pubmed	End of life care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	349	-
05.06.2020	Pubmed	End of life care AND safety culture	Inklusionskriterierna användes	181	-
05.06.2020	Pubmed	End of life care AND safety and	Inklusionskriterierna användes	32	-

		safety hazards			
05.06.2020	Pubmed	Terminal care AND safety culture	Inklusionskriterierna användes	42	1
05.06.2020	Pubmed	Terminal care AND-safety hazards or hazards	Inklusionskriterierna användes	5	-
16.07.2020	Sage	Palliative care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	3849	-
16.07.2020	Sage	Palliative care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	7	3
16.07.2020	Sage	Palliative care AND safety culture	Inklusionskriterierna användes	1	-
16.07.2020	Sage	Palliative care AND safety hazards	Inklusionskriterierna användes	0	-
16.07.2020	Sage	Terminal care AND patient safety	Inklusionskriterierna användes	2	-
02.08.2020	Sage	Terminal care AND safety culture	Inklusionskriterierna användes	0	-
02.08.2020	Sage	Terminal care AND safety hazards or hazards	Inklusionskriterierna användes	0	-

BILAGA 2

Författare	Namn	Tema
Jansen, Haugen, Pont & Ruths	Safety and Effectiveness of Palliative Drug Treatment in the Last Days of Life – A Systematic Literature Review	Studien granskade olika läkemedel som används inom vården av palliativa patienter. Metoden som användes var en litteraturstudie. Författarna konkluderade att det finns bristfälligt med bevis som kunde motivera användningen preparat som används regelbundet inom den palliativa vården.
Fragala	Bed care for patients in palliative settings: considering risks to caregivers and bed surfaces	Artikeln förser läsaren med en översikt av två faktorer som kan utgöra en risk vid vården av sängbundna palliativa patienter. Dessa är lägesvård och underlaget i sängen.
Munck & Sandgren	The impact of medical technology on sense of security in the palliative home care setting	Författarna till studien ville granska hur medicinsk utrustning som används inom palliativ hemvård inverkar på patientens, närstående-vårdarens och vårdarens

		känsla av säkerhet. Metoden som användes var en deduktiv litteraturstudie. Författarna fann att medicinsk utrustning kan inverka positiv på känslan av säkerhet genom att bidra med en känsla av kontroll och inre ro.
Samuriwo	Enhancing end-of-life skin care to prevent pressure ulcers in primary care	Artikeln ger läsaren en inblick i vad som bör observeras inom den palliativa vården för att förebygga uppkomsten av trycksår.
Bartley, Webb & Bayly	Multidisciplinary approaches to moving and handling for formal and informal carers in community palliative care	Artikeln förser läsaren med en inblick i vad som bör beaktas då man förflyttar en palliativ patient eller gör upp vårdplaner som inkluderar förflyttning. Artikeln granskar även olika former av hjälpmedel som kan användas för att förflytta palliativa patienter, t.ex. rullstolar och glidbräden.
Thompson	Deprescribing in palliative care	Artikeln granskar polyfarmaci och hur avslutande av läkemedel som inte mer är ändamålsenliga kan vara till nytta för den palliativa patienten.
Heneka, Bhattarai, Shaw,	Clinicians' perceptions of	En intervjustudie där 58

Rowett, Lapkin & Phillips	opioid error-contributing factors in inpatient palliative care services: A qualitative study	personer med olika yrkesroller inom hälsovård intervjuades. Syftet var att identifiera faktorer som bidrar till tillbud associerade med opiater. Studien fann totalt 9 faktorer både på individ- och systemnivå.
Heneka, Shaw, Rowett & Phillips	Quantifying the burden of opioid errors in adult oncology and palliative care settings: A systematic review	Studie vars syfte var att undersöka olika former av och incidensen av tillbud anknutna till opiater samt dess konsekvenser. Författarna fann bristfälligt med tidigare forskning som diskuterade ämnet men den vanligaste formen av tillbud var att preparatet inte administrerades i enlighet med ordinationen.
Bowers & While	Getting anticipatory prescribing right in end-of-life care	Artikeln diskuterar fördelarna med proaktiv ordination av läkemedel till palliativa patienter men även de motgångar som kan associeras med detta.
Dy	Patient Safety and End-of-Life Care: Common Issues, Perspectives, and Strategies for Improving Care	En litteraturstudie som granskar tidigare forskning vars syfte varit att förbättra patientsäkerheten inom palliativ vård.
Williams, Donaldson, No-	Quality improvement pri-	Studie som granskade or-

<p>ble, Hibbert, Watson, Kenkre, Edwards & Carson-Stevens</p>	<p>orities for safer out-of-hours palliative care: Lessons from a mixed-methods analysis of a national incident-reporting database</p>	<p>saken till och konsekvenserna av tillbud som skett inom palliativ vård och utanför normala tjänstetider. 1072 tillbud granskades och alla tillbud hade anmälts till en nationell databas i Storbritannien. Författarna fann att det är motiverat att utnyttja existerande metoder för att förbättra patientsäkerheten.</p>
<p>Kiesewetter, Schulz, Bausewein, Fountain & Schmitz</p>	<p>Patients' perception of types of errors in palliative care – results from a qualitative interview study</p>	<p>En explorativ intervjustudie som undersökte palliativa patienters åsikter om tillbud anknutna till läkemedel. Ett flertal aspekter identifierades som författarna ansåg att torde undersökas vidare.</p>
<p>Dincer, Torun & Aksakal</p>	<p>Determining nurses' perceptions of patient safety culture in palliative care centres</p>	<p>Studie som undersökte sjukskötares åsikter om patientsäkerhet inom palliativ vård och faktorer som inverkar på dessa åsikter. Studien fann att attityden gentemot patientsäkerhet huvudsakligen var positiv och att olika insatser, som fortbildning, likaså verkade positivt.</p>
<p>Stajduhar, Mollison, Gies-</p>	<p>” Just too busy living in the</p>	<p>Studiens syfte var att un-</p>

<p>brecht, McNeil, Pauly, Reimer-Kirkham, Dosani, Wallace, Showler, Meagher, Kvakic, Gleave, Teak, Rose, Showler, Rounds</p>	<p>moment and surviving”: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life</p>	<p>dersöka olika former av hinder som begränsar tillgången till palliativ vård för utsatta personer. Författarna fann fem betydande former av hinder. Författarna konkluderade att tillgången till palliativ vård borde förbättras så att den vore mer jämlik och så att den kunde förverkligas utgående från respektive persons behov.</p>
<p>Danielsen, Sand, Rosland & Førland</p>	<p>Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study</p>	<p>Studien undersökte fenomen och aspekter som antingen hindrar eller stöder palliativ hemvård genom att intervjua fokusgrupper bestående av sjukskötare och läkare som jobbar inom hemvården i Norge. Författarna noterade tre teman som var ytterst viktiga för att palliativ hemvård skall kunna förverkligas på ett lyckat sätt.</p>