

# Vid livets slut behövs rätt vård!

## Palliativ vård för personer med hjärtsjukdom

Britt-Marie Mylläri

Examensarbete för (YH)-examen

Sjukskötare (YH)

Vasa 2020



## EXAMENSARBETE

Författare: Britt-Marie Mylläri

Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Vasa 2020

Handledare: Lena Sandén-Eriksson

Titel: Vid livets slut behövs rätt vård!

---

Datum: Maj 2020

Sidantal: 49

Bilagor: 2

---

### Abstrakt

Bakgrund: Optimal vård vid livets slut för personer med hjärtsjukdom tas upp i denna studie. I bakgrunden presenteras sjukdomen hjärtinfarkt, hjärtsvikt, palliativ vård och vård vid livets slut med hjärtsjukdom. Syftet med examensarbetet är att genom litteraturstudie beskriva en optimal vård vid livets slut till de som drabbas av hjärtsjukdom. I examensarbetet tas upp hinder och utmaningar som förekommer i vården i livets slut för äldre personer med hjärtsjukdom.

Metod: Arbetet är en litteraturstudie och som dataanalysmetod har kvalitativ innehållsanalys använts. Totalt 12 vetenskapliga artiklar har analyserats. Studien innefattar endast randomiserat kontrollerade artiklar. Som teoretisk utgångspunkt fungerar Merry Elisabeth Scheels teori för omvårdnad. Den betraktas som praktisk kunskap där interaktion och kommunikation är det centrala.

Resultat; I resultatet tas upp strukturella förutsättningar där sjukskötarens profession är i behov av mer utbildning i palliativ vård. Genom att öka samarbetet inom hälso- och sjukvården och med ett gott ledarskap, så kan man erbjuda en bättre personcentrerad vård. Vårdönskemål behöver diskuteras för att kunna ge en god livskvalitet och trygghet i slutet av livet.

Konklusion; Denna studie är bara en riktgivande studie, där man har sett brister i vårdrelationen. Ytterligare forskning behöver göras i ämnet; Vid livets slut behövs rätt vård för personer med hjärtsjukdom.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Hjärtinfarkt, Hjärtsvikt, Palliativ vård

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Britt-Marie Mylläri

Degree Programme: Nurse (YH), Vasa 2020

Supervisor: Lena Sandén-Eriksson

Title: At the end of life, proper care is needed!

---

Date: May 2020 Number of pages: 49

Appendices: 2

---

### **Abstract**

**Background:** Optimal care for people with heart disease at the end of life is included in this study. In the background the disease myocardial infarction, heart failure, palliative care and care at the end of life with heart disease are presented. According to the aim of this thesis, is to highlight previous research on what characterizes a good quality of life for elderly people with heart disease. In addition, obstacles and challenges that exist in the care at the end of life for people with heart disease are addressed.

**Method:** My thesis is a literature study and as a data analysis method, qualitative content analysis has been used. A total of 12 scientific articles have been analyzed. The study includes only randomized controlled articles. As a theoretical starting point, Merry Elisabeth Scheel's theory of nursing thesis it is seen upon as practical knowledge where interaction and communication are central.

**Results:** The result addresses structural conditions where the nurse's profession is in need of more education in palliative care. By increasing cooperation in health care and with good leadership, one can offer better person-centered care. Care requirements about the end of life need to be discussed in order to provide a good quality of life and safety.

**Conclusion:** This study is just an indicative study where shortcomings have been seen in the care relationship. Further research needs to be done about the subject; At the end of life, proper care is needed for people with heart disease.

---

Language: Swedish

Key words: Myocardial infarction, Heart failure, Palliative care

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och problemformulering.....	2
3	Bakgrund .....	3
3.1	Hjärt- och kärlsjukdomar .....	3
3.1.1	Symtom vid hjärtsjukdom.....	4
3.1.2	Klinisk undersökning.....	4
3.1.3	Hjärtinfarkt .....	5
3.1.4	Behandling vid akut hjärtinfarkt .....	7
3.1.5	Hjärtsvikt .....	8
3.1.6	Behandling av hjärtsvikt.....	8
3.1.7	Hjärtsjukdom på intensivvårdsavdelning.....	10
3.2	Palliativ vård och vård vid livets slut med hjärtsjukdom .....	11
3.2.1	Världshälsoorganisationens (WHO:s) tolkning av palliativ vård .....	11
3.2.2	Kommunikation och relation .....	12
3.2.3	Trygghet.....	13
3.2.4	Att hantera kriser .....	14
3.2.5	Döendets stadier .....	15
3.2.6	Vård och omsorg vid livets slut.....	16
3.2.7	Interaktion mellan vårdpersonal, patienter och anhöriga .....	17
4	Teoretiska utgångspunkter .....	19
5	Metod.....	21
5.1	Kvalitativ metod.....	21
5.2	Datainsamling.....	21
5.2.1	Sökning.....	22
5.3	Dataanalysmetod.....	24
5.4	Etiska överväganden.....	24
6	Resultat .....	25
6.1	Strukturella förutsättningar.....	25
6.1.1	Sjuksköterskans profession.....	25
6.1.2	Barriärer .....	26
6.1.3	Triage .....	27
6.2	Personcentrerad vård.....	29
6.2.1	Livskvalitet.....	29
6.2.2	Vårdberoende .....	30
6.3	Palliativ vård .....	32

6.3.1	Den sista tiden .....	32
6.3.2	Professionell vårdplanering .....	34
7	Metoddiskussion.....	35
7.1	Trovärdighet .....	35
7.2	Pålitlighet .....	36
7.3	Överförbarhet.....	36
7.4	Objektivitet.....	37
8	Resultatdiskussion.....	38
9	Konklusion .....	40
	Källförteckning .....	41
	Bilaga 1.....	44
	Bilaga 2.....	48

## 1 Inledning

I hjärt- och kärlsjukdomar ingår kranskärlssjukdom som hjärtinfarkt, kärlkramp, stroke och TIA, sjukdomar i benens artärer, klaffsjukdomar och hjärtsvikt. Högt blodtryck och förändringar i artärerna genom åderförkalkning är de vanligaste bakomliggande orsakerna. I västländerna har dödligheten i sjukdomar som hjärtinfarkt och kranskärlssjukdomar sjunkit med mer än hälften sedan början av 1970-talet. I länder där dödligheten gått ner så insjuknar fortfarande många eftersom medellivslängden ökar vilket medför att fler överlever med hjärt- och kärlsjukdom i Finland. Detta ställer högre krav på sjukvården. (Lindgärde, 2009 s. 25-26).

Världshälsoorganisationen WHO (2019) har uppskattat risken för hjärt- och kärlsjukdomar i 21 globala regioner. Riskfaktorer som hjärtinfarkt och stroke följdes upp över 10 års tid. Man samlade in information om ålder, rökning, systoliskt blodtryck, diabetes och totala kolesterolet. I undersökningen deltog slumpmässigt utvalda 40-80 år gamla personer. I undersökningen deltog 376 177 individer utan föregående hjärt- och kärlsjukdom. Under 10 års uppföljning insjuknade 19 333 i någon form av kardiovaskulär sjukdom.

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland har hösten 2017 gett en miljon euro att användas till år 2020 för att utveckla palliativa- och terminalvården i Finland. Man vill förbättra kvaliteten av den palliativa och terminalvården på hälsovårdsenheterna. I kvalitetskriterierna förs fram personalens kunskap, mångprofessionlighet och tillräcklighet. (Saarto, 2019).

I hälsovårdens undersökning av vården vid livets slut, märkte man stora skillnader områdesvis. Vård i livets slut genomförs huvudsakligen i enheter var grundvård är dominerande, där framkom det i undersökningen att kunskapen varierar bland vårdpersonalen. Största bristen av planerad palliativ vård är i hemvården. Palliativa vårdavdelningar finns endast i större städer. Vid få sjukhus har man konsultationsverksamhet, och på dejourstid finns ingen konsultationshjälp. Inom långvården idag vill man utveckla och förbättra den palliativa vården för att skapa en bättre kvalitet den sista tiden i livet. (Saarto, 2019).

Skribenten har genom eget arbete kommit i kontakt med personer som insjuknat i hjärtsjukdom och genom det upplevt hinder och utmaningar genom bristande planer i hur patienter med närstående vill att vården och omsorgen skall se ut i livets slutskede.

## **2 Syfte och problemformulering**

Syftet med examensarbetet är att genom systematisk litteraturstudie beskriva en optimal vård vid livets slut till de som drabbas av hjärtsjukdom. Skribenten vill utgående från tidigare forskning belysa vad som kännetecknar en god livskvalitet vid livets slut för personer med hjärtsjukdom. Det är också intressant att undersöka vilka hinder och utmaningar som föreligger i vården av personer med hjärtsjukdom.

Frågeställningarna är:

**Hur kan trygghet uppnås vid livets slut för personer med hjärtsjukdom?**

**Vad finns det för hinder och utmaningar i vården vid livets slut för personer med hjärtsjukdom?**

### 3 Bakgrund

I bakgrunden presenteras hjärt- och kärlsjukdomar, symtom vid hjärtsjukdom och klinisk undersökning. Sjukdomen hjärtinfarkt samt behandling av akut hjärtinfarkt tas upp. Sjukdomen hjärtsvikt samt behandling vid hjärtsvikt tas upp eftersom det är också en vanligt förekommande sjukdom. Även hjärtsjukdom på intensivvårdsavdelning presenteras. Palliativ vård och vård vid livets slut vid hjärtsjukdom presenteras. Där tas upp: världshälsoorganisationens (WHO:s) tolkning av palliativ vård, kommunikation och relation, trygghet, att hantera kriser, döendets stadier, vård och omsorg vid livets slut, interaktion mellan vårdpersonal, patienter och anhöriga presenteras.

#### 3.1 Hjärt- och kärlsjukdomar

På våra sjukhus i Finland vårdas årligen cirka 17 000 personer med kranskärlssjukdom. Av dem så dör cirka 6 000 personer årligen där hemma eller på vägen till sjukhuset (Käypähoito, 2014). Vid över 80 års ålder ökar dödligheten successivt till närmare 60 procent. En stor andel av dödsfallen inträffar under de första timmarna efter att man insjuknat. Det är ett stort problem när patienten inte hinner snabbt till sjukhus för läkarvård. Det viktigaste vore om man skulle få patienten att slå larm så fort symtomdebuten startar. Med de sjukvårdsrutiner som finns på de flesta håll, så är sjukhusmortaliteten nere på en låg nivå. (Persson.2017, s. 74,75).

I Europa och USA har man efter andra världskriget genomfört stora uppföljande populationsstudier av kranskärlssjukdomar där man bland annat har sökt koronara faktorer som påverkar utvecklingen av sjukdom. Riskfaktorer som icke är påverkbara är *ärflighet, ålder och manligt kön*. Påverkbara riskfaktorer utkristalliserar som visar statistiskt samband med kranskärlssjukdom. De fyra viktigaste är *rökning, blodfettrubbning, hypertoni och diabetes*. Det förekommer stora individuella olikheter som att en person med många riskfaktorer, inte behöver utveckla kranskärlssjukdom och människor med inga riskfaktorer kan mycket väl insjukna. Senare forskning har visat att risken att drabbas av en första hjärtinfarkt är till 90 procent orsakad av riskfaktorer. (Persson, 2017, 51).

Det finns fler personer med typ 2-diabetes idag i hela världen. Ett tiotal procent har insulinresistens, ett förstadium till typ 2-diabetes. Betydelsen för folkhälsan skulle vara mycket stor om ökad övervikt och diabetesutveckling kunde brytas för den framtida förekomsten av aterosklerotiska kärlsjukdomar så som kranskärlssjukdom. (Persson 2017, 55).



### **3.1.1 Symtom vid hjärtsjukdom**

Vid hjärtsjukdom är anamnesen mycket viktig där man kan uppmärksamma allmänpåverkan, andfåddhet, bröstsmärtor, yrsel och svimningstendens, perifera ödem samt arytmikänsla. Allmänpåverkan uppträder ofta vid svåra smärttillstånd av hjärtsjukdom som illamående, ångest, kallsvettighet och ibland bradykardi. Vid sådana tecken behöver symtomen tas på stort allvar och därmed besöka genast sjukhus, vanligen med transport av ambulans. (Ericson, 2012, 81,83).

Vid insjuknande i hjärtinfarkt kan det vara olika från total symtomfrihet till plötslig död och symtomen däremellan kan variera mycket. Central bröstsmärta som varar över 30 minuter är det vanligaste symtomet. Smärtan varierar inte vid olika kroppsställning eller andning samt är ibland förenad med illamående och kallsvettning. Då skall man börja misstänka hjärtinfarkt. Smärtorna strålar vanligen upp mot käke, nacke eller ut i vänster arm, emellanåt kan smärtorna vara lokaliserade till enbart en viss region t.ex. i armen eller nacken. (Persson, 2017, 76,77).

Under senare år har uppmärksammats att av de som insjuknar i ST-höjningsinfarkt uppvisar cirka 30 procent symtom som illamående, extrem trötthet, snabb hjärtfrekvens eller svimnings symtom. Dessa mera ovanliga symtom är hos äldre vanligare och mera hos kvinnor än män. Kvinnor som får hjärtinfarkt har oftare mera normala kranskärl än män som har hjärtinfarkt, vilket har under senare år uppmärksammats. (Pehrsson, 2015).

### **3.1.2 Klinisk undersökning**

En viktig bedömning är när patienten är påverkad av eventuell smärta, oro, ångest, andfåddhet eller illamående. Iakttagelser av hjärtsymtom är viktiga när bedömning över hur den fortsatta vården skall bli. Viktigt att bedöma är symtom som hudfärg, cyanos, blodtryck, puls, andningsfrekvens, stasade halsvener och ödemförekomst. Blekhet är ett tecken på lågt blodtryck. Blodet har således fördelats till prioriterande organ som hjärta, hjärna, njurar och lever. Cyanos kan förekomma vid dålig syremättnad i blodet. Detta kontrolleras med pulsoximeter. Halsvenstas kan iaktas i fossa jugularis och upp mot halsen. Vid stas är vena jugularis externa utspänd. Blodtrycket kontrolleras. (Ericson, 2012, 81,83).

### 3.1.3 Hjärtinfarkt

Docent och specialist i inre medicin och kardiologi Kenneth Pehrsson (2015) skriver att termen hjärtinfarkt bör användas vid tillstånd av myokardiell nekros som är orsakad av myokardiell ischemi. När blodförsörjningen i ett eller flera myokard avsnitt inte är tillräcklig och inte svarar upp mot syrebehovet i blodkärlen så leder det till kranskärls insufficiens. Myokardischemi utlöses utav kranskärls insufficiens som kan ge upphov till kärllkramp (angina pectoris) eller vara symtomfri så kallad tyst ischemi. Orsaken till detta tillstånd beror på syrebristen, minskat kranskärls flöde eller en kombination av bägge. (Persson, 2017, 58)

Patologiskt kan man konstatera nekros först efter sex timmar. Angina pectoris eller kärllkrampsbesvär känns ofta som liknande smärtor men vid hjärtinfarkt med en betydligt större intensitet. Hjälpen av nitroglycerin uteblir vid hjärtinfarkt. Ibland kan akut andnöd vara debutsymtom med följd av lungödem som orsakas av akut vänsterkammarsvikt. I flest fall av plötslig död så är orsaken en malign rytmrubbning, kammarflimmer eller hjärtstillestånd (asystoli). Symtom före kan ibland vara förenat med temperaturstegring upp till 38-39 grader. Man ser ofta förhöjningar av och inflammationsmarkören SR och CRP vid infarktinsjuknandet. (Persson, J. 2017, s.76,77)

Tre begrepp påverkar på olika sätt EKG-mönstret, nekros, skada och ischemi. Myokardnekros har inverkan på kammarkomplexen och den ändras på olika sätt beroende av infarktens utbredning. Myokardskada tar sig uttryck i ST-sträckan i en mer eller mindre markerad form, ofta uppåt formad ST-höjning och man kan även se en motsvarig sänkning av ST. Myokardischemi i regionen kring själva infarkten ger en omkastning av T bågen. Tidslöslöppet indelas EKG-mässigt i fyra faser vid hjärtinfarkt. Fas 1 akuta fasen, kännetecknas av ST-höjning och påbörjad T-inversion, som fortgår från timmar till några dygn. Fas 2 visar sig utav att ST-sträckan går tillbaka mot baslinjen och en gradvis ökning av T-inversionen. Detta varar från dygn till veckor. Fas 3 då T-vågen går tillbaka till baslinjen och blir positiv igen, tar veckor till månader. Fas 4 är då ST-T- sträckan är normal igen, som kan åstadkommas efter 3-4 månader. Vanligt är att ST-T sträckan aldrig normaliseras på grund av koronarinsufficiens i området kring myokard området. (Persson, 2017, s. 78,79).

Symtom på syrebrist: Förhöjda nivåer av biomarkörer såsom troponin och EKG-förändringar som är förenliga med ny ischemi. Vid plötslig oväntad hjärtdöd med hjärtstillestånd, föregås kranskärlen ofta med myokardischemi som kan konstateras med EKG förändringar eller med en koronarangiografi. (Pehrsson, 2015).



Akut hjärtinfarkt, EKG bild. (netdoktorpro.se, 2015)

Akut hjärtinfarkt har man kliniskt klassificerat hjärtinfarkterna i olika typer:

Typ 1 Spontan hjärtinfarkt som är relaterat till syrebrist på grund av plackruptur eller erosion i en förberedande kranskärlshändelse.

Typ 2 Hjärtinfarkt som uppträder av en sekundär syrebrist som på grund av ökat syrekrav eller minskat flöde, t.ex. vid anemi, arytmier, hypertension, hypotension, koronarspasm eller koronarembolism.

Typ 3 Oväntad plötslig hjärtdöd och hjärtstillestånd som kommer föregånget av myokardischmi med eller utan EKG förändringar som är nytillkomna.

Typ 4a Hjärtinfarkt som förknippas med perkutan koronar intervention, PCI.

Typ 4b Hjärtinfarkt förknippad med stenttrombos som bekräftas genom angiografi eller vid obduktion.

Typ 5 Hjärtinfarkt förknippad med bypass kirurgi. (Persson, 2017, s. 83).

### 3.1.4 Behandling vid akut hjärtinfarkt

När man misstänker att en akut hjärtinfarkt är på gång, ges en bolus av 300-500 mg acetylsalicylsyra, ASA. När man säkerställt diagnosen så skall man ge ASA 75 mg dagligen. Ofta ges i dag också en trombocythämmare som t.ex. klopidogrel. De första viktiga behandlingsprinciperna medicin är tillförsel av syrgas och att se till att patienten får vara i lugn och ro. Vid smärta så skall lämplig smärtlindring ges, ofta 5 mg morfin intravenöst. Vid illamående ges intravenöst, antimetika som t.ex. ondansetron (i tablettform, Zofran). Prognosen beror på infarktens storlek det är den viktigaste faktorn. Att fokusera på att hindra utbredning av infarkten är den viktigaste vårdåtgärden. Trombolys är en infarkt begränsande åtgärd, det är en farmakologisk minskning av kärlocklusionen som genom behandling att reparera det skadade myokardavsnittet. (Persson, 2017, 85).

Koronarangiografi görs som led i en bedömning av möjligheterna till koronarkärlskirurgi eller perkutan koronar intervention, PCI är en kateterburen intervention i koronarkärlen. Den vanligaste är perkutan transluminal koronar angioplastik, PTCA, som vi kallar ”ballongvidgning”. Vid PCI för man via en infart i arteria femoralis eller arteria radialis in en kateter till koronarostiet via artärsystemet, likadant som vid en vanlig koronarangiografi. Förbi stenosen förs en ledare via katetern ut i kranskärlet, därefter träs en mindre ballongkateter med ett centralt lumen över ledaren som förs ut till stenosen. I kateterspetsen sitter en ballong som kan fyllas med vätska under tryck. Genom att ballongen blåses upp kan ateromatösa väggförändringar tryckas in i kärlväggen och kärlets lumen effektivt vidgas. (Persson, 2017, 65,72). Patienter med hörhöjning av troponinvärdet som tyder på myocardnekros behandlas med en perkutan koronar intervention (PCI). (Pehrsson, 2015).

### 3.1.5 Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en situation där hjärtat inte kan pulsera blod effektivt. Till 90 procent av fallen är förhöjt blodtryck, kranskärslsjukdom eller klaffel bakomliggande faktorer till hjärtsvikt. Av hela befolkningen lider en till två procent av hjärtsvikt. Med åldern stiger förekomsten av sjukdomen, av personer över 70 år har cirka 10 procent hjärtsvikt. Man kan skilja mellan två typer av hjärtsvikt, systolisk och diastolisk hjärtsvikt. När det gäller systolisk hjärtsvikt är hjärtats pumpförmåga nedsatt i vänster kammare och vid diastolisk hjärtsvikt är pumpförmågan högst lindrigt nedsatt eller normal och ingen förstoring av hjärtat förekommer. NYHA klassificeringen anger hur symtomen på hjärtsvikt är, med en skala på I-IV, I är lindrigaste och IV svåraste symtom. (Tarnanen et.al. 2018).

När man misstänker hjärtsvikt är de typiska symtomen, andnöd, svullnad i båda benen och kraftlöshet vid ansträngning samt ibland även vid vila. Till en början förekommer andnöd enbart vid ansträngning. Vid svårare tillstånd kan ansträngd andning förekomma också vid vila när blodansamlingen i lunorna tilltar. Svullnad förekommer i vristerna och underbenen samt vikten ökar på grund av svullnaderna. Typiskt är att symtomen kan variera vid hjärtsvikt. Vid sämre hälsotillstånd kan sjukhusvård vara nödvändig. Vid akut hjärtsvikt när sjukdomen förvärras snabbt på grund av en hjärthändelse som rytmstörning, hjärtinfarkt eller hjärtmuskelinflammation så behövs en snabb bedömning av vårdbehovet. Efter en sjukhusvistelse på grund av akut hjärtsvikt avlider inom ett år 20 till 30 procent av patienterna. (Tarnanen et.al. 2018).

Kronisk hjärtsvikt är en långvarig sjukdom med ganska stabila symtom som kan vara svåra eller lindriga. Svårartad hjärtsvikt medför många gånger allvarliga symtom hos patienten, upprepade sjukhusvistelser och ofta funktionsstörningar i andra organ som till exempel i njurar, lever, lungor eller det perifera blodomloppet. (Tarnanen et.al. 2018).

### 3.1.6 Behandling av hjärtsvikt

Behandlingen av hjärtsvikt sker i första hand med läkemedel. I princip används samma läkemedel vid systolisk och diastolisk hjärtsvikt. ACE-hämmare och betablockerare är centrala läkemedel vid hjärtsvikt. Läkemedlen en hjärtskyddande effekt och sänker blodtrycket. I början av läkemedelsbehandlingen kontrollerar man njurfunktionen och kaliumhalten i blodet och gör förändringar i doseringen. Betablockerare har en pulssänkande effekt. Patienter med systolisk hjärtsvikt som ännu har symtom av hjärtsvikt efter läkemedlen ACE-hämmare och betablockerare har justerats, kan även mineralokortikoid

receptorantagonist läkemedel tillsätts. Vätskedrivande läkemedel används om patienten har vätskeansamlingar. När det gäller äldre människor så bör läkemedelsbehandlingen vara så effektiv som möjligt. Äldre människor har oftare andra sjukdomar som kan vara en svårighet för en effektiv behandling med läkemedel. Patienten behöver i tid känna igen symtomen på en försvårad hjärtsvikt och i ett tidigt skede få behandling, på så sätt återhämta sig snabbare. (Tarnanen et.al. 2018).

Om orsaken till hjärtsvikten är svår kranskärslssjukdom eller ett klaffel kan man ibland använda sig av invasiva behandlingar. Pacemaker för hjärtsvikt kan förbättra pumpeffekten hos en del patienter som lider av svår hjärtsvikt. Hos en del av patienterna med hjärtsvikt i slutskedet kan få ett mekaniskt stöd för blodcirkulationen inopererat i vänster kammare eller hjärttransplantation. Hjärttransplantationen i Finland görs vid HUCS (Helsingfors universitetscentralsjukhus) (Tarnanen et.al. 2018).

Sjukdomar som bör beaktas vid behandling av patienter med hjärtsvikt är förhöjt blodtryck, förmaksflimmer, kranskärslssjukdom, njursvikt, klaffel, typ 2 diabetes, lungsjukdomar, järnbrist, anemi och depression. (Tarnanen et.al. 2018).

Prognosen vid hjärtsvikt för äldre personer är fortfarande dålig trots att läkemedelsbehandlingen har utvecklats. Den årliga dödligheten vid kronisk hjärtsvikt är fem till åtta procent i Finland. Vid svår hjärtsvikt kan prognosen vara ännu sämre. Vid livets slutskede kan allmänna faktorer inverka på den dåliga prognosen t.ex. hög ålder, dålig fysisk prestationsförmåga, njursvikt, hjärtsjukdom, hög NYHA- klass (III-IV), dålig muskelkondition och syreupptagningsförmåga samt undernäring. Eventuella biokemiska faktorer som anemi, förhöjda levervärden och järnbrist kan påverka prognosen. När det inte är möjligt att effektivisera behandlingen eller om tillståndet inte förbättras bör man diskutera om man skall övergå till vård i livets slutskede. Inskränkningar i behandlingen bör diskuteras så som beslut att inte återuppliva (DNR) kan tas upp. (Tarnanen et.al. 2018).

I en ny artikel som publicerats i januari 2020 i Nederländerna har man bedömt utvecklingen av dödligheten efter sjukhusinläggning med hjärtsvikt. Man har undersökt ålders- och könsskillnader mellan år 2000 och 2010. Man kom fram till att dödligheten efter sjukhusvistelsen med en ny hjärtsvikt är fortfarande hög och ökade avsevärt med åldern på samma sätt hos män och kvinnor vilket också har observerats i tidigare studier. Men både kortvarig och långvarig överlevnad i hjärtsvikt har förbättrats under senaste tiden visade resultaten. Denna förbättring var liknande i alla åldrar och lika hos kvinnor och män. (Buddeke et.al. 2020).

### 3.1.7 Hjärtsjukdom på intensivvårdsavdelning

När en kritiskt sjuk person blir inlagd på en intensivvårdsavdelning, uppkommer ofta en svår situation. Plötsligt blir den sjuke patienten intagen i en ogästvänlig avancerad medicinskteknisk miljö. Vid ett livshotande tillstånd som innebär i regel att man genast påbörjar åtgärder som sedering (sömn och lugnande medicin, s.195), intubering (en trakealtub sätts ner genom munnen och ner i stupen för att hjälpa patienten att andas, s.195) och respiratorvård som påverkar medvetandet hos patienten. Samtidigt leder det till att patienten utvecklar en fysisk stressreaktion och ett trauma som är psykologiskt med en känslomässig reaktion som svar. Sjukdomen kan orsaka en medvetandesänkning som påverkar patientens möjligheter att kommunicera på ett normalt sätt om behov och funderingar. (Granberg Axell, 2001, s. 193).

Kritisk sjuka patienter har ofta organsvikt och är därmed kopplade till t.ex. drän, tuber och katetrar som är sammankopplade till medicinskteknisk utrustning som pulsoximeter, hjärtövervakning och intravenös medicinering. Patienten ligger ofta plant i sängen och oförmögen att röra sig eller vågar inte röra sig. Detta kan leda till en känsla av fruktan, med svårigheter att orientera sig i tid och rum. Det kan medföra stora svårigheter att sova när det är ljud och ljus som stör. I det kritiska tillståndet och i den främmande miljön kan det medföra att det utvecklas intensivvårdsdelirium. (Granberg Axell, 2001, s. 193).

Granberg Axells avhandling (2001) beskriver intensivvårds delirium utifrån patientens upplevelser av att vara akut förvirrade. Resultatet av observationerna visade att en mängd reaktioner, beteenden och uttalanden som kunde tyda på en akut förvirring eller att det var under utveckling en förvirring hos patienten. Patienten kunde ha märkliga, främmande upplevelser eller "överklighetsupplevelser" som pågick över flera dygn. Symtom som att samordna tanke och tal och förstå och ta emot information. Patienten kunde känna passivitet och uppgivenhet eller motsatsen upprymdhet och skämtsamhet samt även aggressivt beteende kunde utvecklas. En del av patienterna var mycket oroliga, rastlösa, plockiga och försökte komma ur sängen. (Granberg Axell, s. 195,196).

Omvårdnad i samband med förvirring är att förhindra eller minska symtom på stress. När det akuta skedet är över så är det viktigt att ta tillvara anhöriga och den stress som situationen utgör. Anhöriga är patienternas vardag och trygghet som de i den främmande miljön kan knyta an till. Lugn och ro är viktigt, vila, sömn och att sänka ljudnivån samt med att samtidigt normalisera situationen genom vanliga aktiviteter och mobilisering. Genom att återfå normala kroppsrörelser ger en positiv stimulans åt patienten. (Granberg Axell, s. 199,200).

## **3.2 Palliativ vård och vård vid livets slut med hjärtsjukdom**

I livets slut skapas vården från de önskemål, behov och ändamål som den äldre själv önskar. Vården vid livets slut syftar på att skapa förutsättningar för ett gott liv den sista tiden i livet och en värdig död. Palliativ vård är helhetsinriktad vård som främst handlar om att lindra smärta, att uppfylla fysiska, psykiska, andliga och sociala behov i livets slutskede. (Institutet för hälsa och välfärd, 2019)

Enligt social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupps slutrapport säger man att alla har rätt till palliativ vård enligt behov. Det framkommer ett behov av att utveckla den palliativa vården i Finland. En riksomfattande servicemodell var man ger rekommendationer att palliativa vårdplatser behöver utvecklas i landet, för att uppnå en förbättring i kvaliteten av palliativ vård. För att utveckla kunskaperna i palliativ vård så rekommenderar man utbildning i palliativ vård åt vårdpersonal. (Saarto & Finne-Soveri, 2019).

### **3.2.1 Världshälsoorganisationens (WHO:s) tolkning av palliativ vård**

WHO:s klarläggande från 2002: Palliativ vård har ett synsätt som eftersträvar till att förbättra livskvaliteten för patienter och deras närstående som drabbas av svårigheter som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård strävar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, omsorgsfull analys och behandling av smärta och andra besvärande svårigheter av psykosocial, fysisk och existentiell karaktär. (Widell, 2016, s. 14)

Palliativ vård innebär att: Lindra smärta och symtom som är plågsamma samt med positivitet till livet samt att se döendet som ett normalt förlopp. En eftersträvan till varken att fördröja eller påskynda döden och att införliva existentiella och psykologiska, andliga faktorer i vården av patienten. Genom en ordnad helhet av åtgärder för att patienten skall kunna leva ett så aktivt liv som möjligt den sista tiden i livet samt med att erbjuda åtgärder för att underlätta så att familjen skall kunna hantera sin situation när patienten är sjuk och efter dödsfallet. Med en grundtanke i förhållningssätten för att uppfylla patientens och de anhörigas behov samt erbjuda stödsamtal vid behov. Genom att påverka sjukdomsförloppet i en god riktning och främja livskvaliteten och med ett tidigt ingripande i sjukdomsförloppet kunna tillämpa terapier som kan förlänga livet t.ex. strålbehandling och kemoterapi. (cellgiftsterapi) (Widell, 2016, s.15)

Sjukdomars symtom och problem är ofta sjukdomsspecifika och därmed blir behandlingen också olika beroende på vilken sjukdom man har. När sjukdomen nått en sen fas i livets



slutskede är den palliativa vården mera allmän, oberoende av diagnos. Symtom som förekommer under sista tiden i livet är trötthet, smärta, illamående, aptitlöshet, oro, andnöd och ångest. Vanligt är problem vid livets slut av existentiell, psykosocial och andlig karaktär. (Widell, 2016, 28).

### 3.2.2 Kommunikation och relation

I hälso- och sjukvården lyfts kommunikationens betydelse fram allt oftare. Det är viktigt att vårdgivare och vårdtagare förstår varandra så att ett effektivt möte skall uppstå. Inom hälso- och sjukvården kommer personal och studenter i kontakt med olika slags personer, vilka har olika förutsättningar att följa rekommendationer som indirekt eller direkt rör deras hälsa. När man tar reda på en persons egna uppfattningar om varför ett symptom uppkommit eller hur man kan undvika det, då är det viktigt att känna till patientens uppfattningar. För att förstå patienten och få en bättre följsamhet i patientens behandling samt för en allmän patienttillfredsställelse. (Fossum, 2013, 25).

Bemötande har att göra med hur samtal genomförs samt hur vi bemöter och tar emot en patient samt om hur vi hälsar, kroppsspråk och tittar i ögonen samt hur vi sitter eller står i relation till patient och anhörig. I studier tas upp hur viktigt det är att vara artig, vänlig och villig att hjälpa som grunden till ett gott och artig bemötande. (Fossum, 2013, 30).

Ett företag som har som arbetsuppgift att utbilda i bemötande har i sin affärsidé: ”*Personal inom olika vårdyrken möter ofta människor som är osäkra, oroliga, rädda och undrande. Bemötandet kan vara avgörande för hur kvaliteten uppfattas i omhändertagandet*”. (Fossum, 2013, 31).

I den palliativa vården är närstående en viktig resurs. Med stöd och omsorg av den närstående som kan hjälpa till på olika sätt, för att öka livskvalitet för den sjuke. Man är ofta först som närstående med att ta emot bekymmer och oro av den sjuke. Närstående tar många gånger stort ansvar för insatser inom vård- och omsorgen. Som närstående fordras att man klarar att ge praktisk hjälp, lyssna, trösta och lindra i fysiska, känslomässiga och existentiella samt andliga problem. Då närstående strävar till att vara till stöd för den sjuke så ska de samtidigt hantera sin egen oro och sorg. Stöd som närstående kan erbjudas i vården vid livets slut är: Närstående kan vara delaktiga i vården. Den som önskar ska kunna delta i vård- och omsorgsuppgifter. Samtalsstöd kan erbjudas i någon form när närstående har känslomässiga problem eller problem av andlig karaktär. Om vården sker i det egna hemmet så kan socialtjänsten avlasta närstående med insatser av vård och omsorg. Efter ett dödsfall så kan

närstående också behöva stöd av olika former. Ett efterlevandesamtal behöver erbjudas åt närstående av den personal som varit med i vården av den sjuke den sista tiden i livet. (Widell, 2016, 38,39).

Vid möten med människor i livets slut och deras närstående är det viktigaste att skapa en god relation och en god kommunikation mellan vårdare, den sjuke och dennes närstående. Mellan alla berörda behöver det vara en öppen kommunikation när den sjuke och familjen ska hantera de problem som uppstår. Närstående och den sjuke ska kontinuerligt erbjudas samtal om hur vårdens inriktning och innehåll är planerat. Samtalet betyder inte endast att ge information. Begreppen relation och kommunikation är centrala i den palliativa vården och dialogen ser man som en bearbetning. Många är inblandade i den processen och det strävas till att utbyta information, erbjuda möjlighet att prata om svåra livsfrågor, skapa förståelse och bearbeta känslomässiga problem. (Widell, 2016, 65).

### **3.2.3 Trygghet**

Trygghet hör till ett av människans grundläggande behov. Maslow påvisar i sin motivationsteori att för de flesta människorna har trygghet en hög prioritet. Då fysiologiska behov som föda, dryck, värme, vila och sömn är tillgodosedda så kommer behovet av trygghet. Tryggheten beskrivs som säkerhet, gränser, ordning och struktur men även som frihet från rädsla, kaos och ängslan. Vid vården av patienter och möten av närstående i en otrygg situation som när livshotande sjukdom kommer så krävs en god förståelse av begreppet trygghet. Vi lever inte enbart här och nu utan vår värld formas av det förflutna och utav det som förväntar oss i framtiden. Livshotande sjukdom gör att kroppen förändras från till en början från en kraftlöshet till sedan en total funktionsnedsättning. På så sätt tappar man tilliten till den egna kroppen. Tilliten till vårdpersonalen är kärnan till allt vårdande. Genom att tro på kompetensen hos vårdarna, att de gör rätt, kan och inte missar något. (Andershed, Ternestedt, Håkanson, 2013, 279,280,282)

När man drabbas av en livshotande eller allvarlig sjukdom så medför det att man förlorar en del av tryggheten och att vara i en situation av otrygghet. Betydelsen av kunskap har en central roll i vårdandet och kan gynna patientens trygghetskänsla. Kunskap har starkt samband till en känsla av kontroll. Upplevelsen av otrygghet förstärks när man förlorar kontrollen över situationen som är en viktig faktor i trygghetskänslan. Det handlar om att få veta och bli informerad om behandlingen, sjukdomen och omvårdnaden. Undersökningar visar att patienter är nöjda med vården de fått, men mot den information som getts har det

ofta funnits kritik. När god omvårdnad ges till svårt sjuka och döende patienter innebär det att skapa sådana förutsättningar för patienten med anhöriga så att de ska kunna känna sig så trygga som möjligt. (Andershed, Ternestadt, Håkanson, 2013, 282-284).

### **3.2.4 Att hantera kriser**

I den palliativa vården möter vi människor i kris. Den första utlösande faktorn kan vara två olika. Den ena faktorn kan beskrivas som en händelse som sker plötsligt, till exempel kan vara ekonomiska problem som kan utgöra ett hot mot ens trygghet och existens samt vid sjukdom och död. Kriser av den sorten som utlöses av yttre faktorer, kallas traumatisk kris. Den andra faktorn kommer ut av händelser som ingår i det normala livet. Förändringar i livet kan bli så omvälvande att en kris utlöses. Kriser av detta slag kallas livskriser eller utvecklingskriser. När en person drabbas av en kris så behöver man förstå vilken personlig betydelse den händelse som utlöste krisen har. Hurudan påverkan av upplevelsen beror på de fysiska förutsättningar personen har, den sociala omgivning individen lever i och genom hurdana erfarenheter man fått med sig i livet. Den livsperiod man går igenom har även betydelse för hur en plötslig förändring i livet uppfattas. De sociala förutsättningarna för individen har också betydelse för en eventuell krisutveckling. Situationen i familjen och arbetet är viktigt i en människas liv. Genom ett fungerande stöd av familj och kamrater kan en kris undvikas. (Widell, 2016 s. 75,76).

Döden ses som en livskris och/eller en traumatisk kris. Det är en naturlig del att dö, det är vi alla medvetna om. Inför döden är det vanligt med känslor av sorg, liksom efter dödsfallet. Den döende står inför förluster och känslor som medför lika stor sorg som de närstående kan uppleva (Widell, 2016 s. 78). Olika känslor kan uppstå med en kris. Den som blir utsatt för en livshotande sjukdom kan reagera med olika känslor som ilska, sorg, ensamhet eller hopplöshet. När det blir en djup kris kan kaos och ångest forma reaktionen. För nära anhöriga kan känslor av övergivenhet och sorg vara vanliga. Sorgen kan medföra att de egna behoven sätts åt sidan, som att äta, sova och andra sysslor man vanligtvis gör blir lämnade. Kris upplevelsen tar sig olika uttryck för olika individer, den är på så sätt individuell. Med olika karaktär är också styrkan i upplevelsen olika. Det blir möjligt att handskas med krisreaktionerna och man kommer småningom vidare i livet. Ett tillstånd av handlingsförlamning kan förekomma om man är i en starkare krisreaktion. Ibland kan det leda till att man behöver hjälp med att komma vidare i krisbearbetningen. (Widell, 2016, 81).

### 3.2.5 Döendets stadier

Elisabeth Kübler-Ross, psykiatriprofessor från Amerika har utifrån sin forskning och genom arbetet med döende beskrivit den process den döende genomgår. Den döende går igenom ett antal känslomässiga stadier. Modellen kan appliceras vid andra typer av kriser och även tillämpbar på den bearbetning av kris närstående genomgår. Stadierna delas in i chock, förnekelse, ilska, förhandling, depression och acceptans. (Gregory, 2019).

*Chockstadiet* innebär de första dagarna efter att man fått ett svårt besked och man inte förmår ta till sig händelsen eller informationen man fått. (Gregory, 2019).

*Förnekelse* av en livshotande sjukdom och en kommande död fungerar som ett försvar mot det outhärdliga. Det behövs tid för att kunna ta till sig ett besked och konsekvenserna om en livshotande sjukdom. De flesta tar sig stegvis igenom denna fas för att komma vidare i processen. Förnekandet kan småningom ersättas av känslor av ilska. Känslor av bitterhet och avundsjuka kan den sjuke känna emot de som är friska. Man kanske skyller på andra för att man blivit sjuk och vreden kan riktas åt flera håll. Ibland kan ilskan riktas mot sig själv för att man inte har skött om sig så att det har förorsakat sjukdom. Ilskan kan bero på att man har tappat kontrollen över situationen. (Gregory, 2019)

*Förhandling*. Då inte förnekelse eller ilska hjälpt upp situationen prövar den sjuke på att förhandla med någon högre makt. Med att lova att bli en bättre människa, inger det hopp om att skjuta upp eller förhindra döden. Med tiden kommer den som drabbats att inse att döden inte kan undvikas och är ett faktum. (Gregory, 2019).

*Depression* eller sorg infinner sig och den sjuke blir ofta tyst och drar sig undan och kanske isolerar sig från omgivningen. Genom denna fas går personen igenom en förberedande sorg som de förluster döden innebär. Det här är ett skede som sällan uppmuntran lönar sig. Bearbetningen av sorgen leder så småningom till en försoning med tanken på döden. (Gregory, 2019).

*Acceptans* är den sista fasen den sjuke når fram till av den rådande situationen. Individerna går inte in i olika känslouttryck utan skrider in i en lugnare fas och kan så småningom förbereda sig för döden. De olika faserna kan vara under varierande lång tid. Olika faser kan förekomma samtidigt eller någon gång kan den sjuke gå tillbaka till ett tidigare stadium. I studien har Kübler-Ross funnit att under stadierna har hela tiden hoppet funnits i någon form hos den sjuke. Därför behöver vårdpersonal och anhöriga hjälpa den sjuke att hålla upp hoppet även om det ibland verkar orealistiskt. (Gregory, 2019).

### 3.2.6 Vård och omsorg vid livets slut

I den palliativa vården har vård och omsorg en viktig roll. Vård och omsorgsinsatser har många gånger en stor betydelse för den sjukes välbefinnande och för den medicinska behandling av olika slag som hen går igenom. Målet för den sista tiden i livet är att lindra symtom och sträva till att den sjuke får en värdig död. Det skapas nära relationer för den personal som hjälper den sjuke och närstående med insatser av vård och omsorg. På så sätt får vårdpersonalen dela både glädje och sorg. Man behöver alltid ta sig tid att svara på frågor och lyssna. Det är många gånger lika viktigt att få praktisk hjälp som att samtala med någon. (Widell, 2016, 259).

Att ge stöd till närstående och vårda en person i livets slut är en svår och viktig uppgift. Uppgiften som palliativ vårdpersonal är att medverka till gott välbefinnande för den sjuke och närstående samt att medverka till att den sista tiden är så fri från smärtor som möjligt. (Widell, 2016, 259).

För en person i livets slutskede kan den omgivande miljön få en större betydelse för trivseln. Hemmamiljön kan vara viktig för den sjuke, med att få vård och omsorg i den miljön kan betyda mycket. Miljön i hemmet skapar trygghet. För den som vårdas på sjukhus, vårdavdelning eller annan vårdinstitution är det också betydelsefullt att få vistas i en trygg och rofylld miljö. Egna möbler och saker ger en hemmalik miljö åt en person i livets slutskede. Det är viktigt att närstående och andra besökare kan hälsa på och umgås med den sjuke. Miljön runtomkring behöver vara planerad på ett sätt så att de dagliga aktiviteterna underlättas för den sjuke. Studier visar att det är viktigt att den omgivande miljön är hemlik, rogivande, harmonisk och estetiskt utformad för personer som är sjuka. (Widell, 2016, 260,261).

När den fysiska förmågan påverkas av sjukdom kan hen kanske inte sköta hygienens längre, då är det vår roll som vårdpersonal att hjälpa till med dessa behov. Det kan vara viktigt att känna sig ren och fräsch, klä sig i rena kläder samt få håret fint lagat. Man kan på så sätt stärka självkänslan och den positiva självbilden för den sjuke. Successivt försämras den sjukes allmäntillstånd den sista tiden i livet och blir till sist helt sängliggande. Risken för att drabbas av trycksår ökar när sjukdomen fortskrider och det blir mindre rörlighet i kroppen samt näringsintaget försämras. Eftersom trycksår kan ge upphov till svår smärta så är det viktigt att förebygga uppkomsten av sår. Arbetsuppgifter som hygien och hud- och munvård hör till vårdpersonalens viktiga uppgifter i den palliativa vården. I den palliativa vården förekommer ofta problem med utsöndringen av urin och avföring hos den sjuke som kan

leda till olika typer av besvär som behöver åtgärdas. Till exempel problem som förstoppning, diarré, urin- och avföringsinkontinens. (Widell, 2016, 263-270)

Näringsintag och intag av vatten är avgörande för mänsklighetens fortlevnad. För den svårt sjuke är det ofta inte att tillgodose mat och dryck som är avgörande. Det kan vara att patientens sjukdom och vad den medför som gör att det försvårar eller gör det omöjligt att tillgodogöra ett tillräckligt näringsintag. Syftet med koståtgärder är att nå en god livskvalitet och välbefinnande. Måltiden kan ses som ett tillfälle för gemenskap (Widell, 2016, 273, 274).

### **3.2.7 Interaktion mellan vårdpersonal, patienter och anhöriga**

En studie om livets slut och palliativ vård av Bergenholtz, Ussing och Missel, (2019, s, 1) från hälsovården i Danmark. Man har ingen tradition av att diskutera med patienter och deras anhöriga om vården vid livets slut. Det här kan betyda att sjukvårdspersonal inte vet något om patientens önskemål vid slutet av livet, möjligheten att avgöra om de önskar behandling, hur länge behandlingen ska fortsätta eller hurudan återstående tid de önskar. Vården vid livets slut-konversation är ett samtal mellan professionella, patienter och släktingar om önskemål och beslut om livets slut. Syftet med dessa samtal är att ge möjlighet för patient och anhöriga att besluta om vården av den sista tid i livet. I diskussionen kan tas upp livsförlängande behandling, liksom prognoser. Att prata om tiden vid livets slut har blivit en fråga runt om i världen och många organisationer har bildats med syftet att vägleda människor att prata om den sista tiden i livet. Detta har kommit för att bryta ned tabu om döden och om att dö. (Bergenholtz, 2019, s. 5)

Analysen av fältstudien och fokusgruppsintervjuer framkom att både i vården som organisationsmiljön på sjukhus signalerade bristen på tid. Det framkom att det är en dålig miljö på en avdelning när frågor om vården vid livets slut skall behandlas. Under fältstudien såg man att på avdelningarna måste vid livets slut frågor behandlas under dagliga ronder med mycket begränsad tid och med brist på integritet. Också utav organisatoriska utmaningen, när det ofta var olika läkare och sjuksköterskor som var i tjänst, vilket kan ha lett till att patienter måste göra en konversation med en okänd läkare eller sjuksköterska. Frågor om den sista tiden i livet behandlades också vid andra tidpunkter än under ronderna kom det fram i fokusgruppintervjuer. (Bergenholtz, 2019, s.7).

Sjuksköterskorna uttryckte att de inte tyckte om planerade formella konversationer och föredrog oplanerade situationer. Sjuksköterskornas engagemang i dessa oplanerade

situationer skilde sig mycket från läkarnas inställning. Läkarna behövde bekanta sig med patientens sjukdomshistoria och föredrog att ha tid för förberedelser innan vid livets slut frågor behandlas. (Bergenholtz, 2019, s.7)

När konversationer om vården vid livets slut ägde rum under avdelningsronder, placeringen och agerande i rummet signalerade tidsbegränsningen. I nästan alla konversationer vid livets slut stod läkaren bredvid patienten när patienten låg i sängen eller satt i en stol och sjuksköterskan om hon närvarade så stod hon i bakgrunden. På avdelningarna var den fysiska miljön inte optimal, för konversationer om den sista tiden i livet. Ofta skulle patienten vara i ett rum med en till tre andra patienter, sängarna separerades endast av ett skynke. Det observerades att de flesta konversationerna hölls i närvaro av andra patienter som orsakade många störningar. Man kom fram till att det är oetiskt att behöva prata med människor om sådana saker medan det finns andra människor som lyssnar på. Störningarna kunde vara att dörren öppnades eller läkarens telefon ringde. (Bergenholtz, 2019, s. 8).

I konversationen om vården vid livets slut togs det upp patientens sjukdomstillstånd och beslut om nivån på behandling samt den faktiska prognosen för patienten. Beslut i frågor om man vill bli återupplivad som do-not-resuscitate (DNR) och beslut om ingen överföring till intensivvården diskuterades. Det varierade från läkare till läkare, vare sig det var en fråga till patienten och familjen eller bara ett uttalande: ”Vill du bli återupplivad?” Frågar läkaren. ”Jag vet inte,” säger patienten, gråtande och arg. Läkaren försöker förklara för patienten att det kommer att vara svårt för henne att återupplivas och sjuksköterskan håller med och står där och nickar i bakgrunden. (Fältanmärkning från lungmedicinsk avdelning). (Bergenholtz, 2019, s.9)

I exemplet ovan visades i läkarens och sjuksköterskans inställning och kroppsspråk att det finns en tvetydighet, vilket kan ha påverkat patienten på ett sådant sätt att den kände sig maktlös och därför reagerade med ilska. Undersökningen bekräftar att det finns många utmaningar ännu när det gäller frågor vid livets slut. Det identifierades både hinder i vårdkontakten och den organisatoriska miljön för att prata om frågor som gäller vården i slutet av livet. (Bergenholtz, 2019, s. 9)

## 4 Teoretiska utgångspunkter

Merry Elisabeth Scheel kommer från Danmark och har arbetat under många år med att skriva om den filosofiska grunden för omvårdnad. (Nielsen, 1997). Omvårdnad genom samverkan, en praktisk-teori i det dynamiska området mellan naturliga, mänskliga och sociala vetenskaper. Scheels praktik och teori ses till en del influerad av Benners teori. (Scheel, 2008).

ME Scheel har presenterat teorin för omvårdnad som en praktisk kunskap där interaktion och kommunikation är det centrala (Scheel, 1996 s. 7). Interaktion är ett begrepp i synen på omvårdnadens vetenskapliga grundval. Begreppet skall tolkas som samspel mellan människor där omvårdnaden sker dagligen. I interaktion spelar kommunikationen en viktig roll. På det sätt som man uttrycker sig är betydande för samtal, samarbete och handling. Förhållandet mellan människor påverkas av samtalet. (Scheel, 1996 s. 12).

Sjuksköterskan behöver göra det möjligt för patienten att genom samtal och samarbete med patienten, hens anhöriga och annan hälso- och sjukvårdspersonal, bättre kunna ta hand om sig själv i relation till hälsa och sjukdom. I omvårdnaden genom en god interaktion är sjuksköterskan medveten om att människor, patienter, har grundläggande behov som måste tillgodoses, men hon vet också att hälsa och sjukdom hos människor medför mer än ett behovssystem. Sjuksköterskans förståelseorienterade handlingssätt, bygger på känslor och kunskap som är grundläggande förhållningssätt. Det innebär en nyansering av det kognitiv-instrumentella, det estetiskt-expressiva och det moraliskt-praktiska handlingssättet. (Scheel, 1996, 210-212).

Det *kognitiva-instrumentella handlingssättet* handlar om funktioner som har att göra med problemlösning. Det är aktivt, engagerande, riktat och resultatorienterat. Det används när de grundläggande mänskliga behoven hos patienten uppfylls av instrumentella och tekniska aktiviteter. (Scheel, 1996).

Det *estetiskt uttrycksfulla handlingssättet* handlar om sjuksköterskans tolkning och förståelse för hur människor uttrycker sig, om situationen och de inblandade, inklusive sjuksköterskan själv. Syftet är att bli medveten om vad som är viktigt och avgörande i en situation så att en gemensam förståelse för mening och relationer uppnås. (Scheel, 1996).



Det *moraliskt-praktiska handlingssättet* handlar om sjuksköterskans förmåga att forma förhållandet med andra människor. Genom etiska normer och utifrån vad patientens situation kräver av sjuksköterskan. Denna åtgärd är tydlig i alla vårdåtgärder. Merry E. Scheels teori om omvårdnad bygger bland annat på att det finns något unikt och något gemensamt i varje patientsituation. (Scheel, 1996, 210-212)

Den interaktionella omvårdnadens kommunikativa handling befinner sig i ett spänningsfält mellan humanvetenskap, naturvetenskap och samhällsvetenskap, interaktionell omvårdnad. Den ses som en moralisk omvårdnad som grundar sig på en integrering av värderingar och fakta, förnuft och känsla, praktik och teori. Den kognitivt-instrumentella, den estetiskt-expressiva och den moraliskt-praktiska kommunikations- och handlingstypen kan enbart utvecklas i ett fritt samspel med varandra. Samtalet i omvårdnaden innebär på så sätt en balansgång mellan den tysta kommunikationen, dialogen och diskussionen. Det är en balansgång som är bunden till det aktuella problemet, situationens slag eller sammanhanget av samtalet. (Scheel, 1996, 132).

## 5 Metod

Examensarbetet är en litteraturstudie. I min studie är det lämpligt att använda en systematisk litteraturstudie som datainsamlingsmetod vilket jag sedan analyserar genom en kvalitativ innehållsanalys.

### 5.1 Kvalitativ metod

Den kvalitativa metoden inom omvårdnad strävar efter att förstå, beskriva, förklara och tolka. Förhållningssättet hos skribenten är förutsättningslöst, genom att möta situationen som om den vore ny samt försöka uppnå en helhetsförståelse av en situation som är unik. Den kvalitativa ansatsen präglas av induktivt tänkande som har rötter i historia, filosofi och antropologi (Forsberg & Wengström, 2016, s. 35,44). Då en kvalitativ studie planeras skall skribenten tänka över egna kunskaper, livserfarenheter, och yrkeserfarenheter om fenomen som kan studeras. I studien behöver skribenten vara medveten om vilka åligganden hen har i skapandet och genomförandet. (Henricson, 2012, s. 132)

### 5.2 Datainsamling

Vid datainsamlingen är det väsentligt att redogöra för vilka urvalskriterier som använts, detta för att öka innehållsvaliditeten samt bekräftelsebarheten i litteraturbaserade examensarbetet. Att ange både kriterier för inklusion och exklusion samt redovisa dessa på ett tydligt sätt, bild 1, s. 23. För att stärka innehållsvaliditeten är det bra att utföra två litteratursökningar. Den inledande litteratursökningen vägleder för att få en koppling till den litteratur som finns i databaser och tidskrifter. Det hjälper också till att hitta lämpliga sökord som svarar på frågeställningar och syfte. En kvalitetsgranskning ska genomföras när urvalet av texter är gjorda. Artiklarnas kvalitetsgranskning omfattar hela forskningsprocessen. (Henricson, 2012, s. 489,490).

Urvalet kan vara varierande i storlek och kan även göras på olika sätt i en design för innehållsanalys. Urval av vetenskapliga artiklar kan göras utifrån lämplighet för de frågor samt syften som ska besvaras (Henricson, 2012, s. 334,335). Förutsättningen att lyckas är att det finns tillräckligt med vetenskapliga artiklar som underlag samt fördjupa mig i böcker och elektroniskt tillgänglig kunskap i ämnet optimal vård vid livets slut för personer med hjärtsjukdom.

### 5.2.1 Sökning

I sökningen av material skulle den kliniska fokusen vara på hjärtsjukdom och kommunikation i relationen mellan vårdpersonal, anhöriga och organisation i slutet av livet. Artiklarna skulle handla om vilka utmaningar och hinder som finns för en god vård vid livets slut med hjärtsjukdom. Sådana artiklar som var skriva ur professionellas eller både professionellas och närståendes synvinkel togs med, därför att skribenten ville få fram olika synvinklar utav utmaningarna av palliativ vård vid hjärtsjukdom.

Skribenten har sökt efter engelskspråkiga, svenska, norska och danska vetenskapliga artiklar med begränsningen ”peer reviewed” i september 2019 – februari 2020. Sökningarna gjordes både med begränsningen ”full text” och utan eftersom skribenten ville ha möjlighet att söka artiklar på annat håll ifall en bra artikel utan ”full text” hittades. I sökningen togs med omvårdnadspraxis på olika vårdinrättningar och hem samt fallbeskrivningar för att belysa fenomenet från olika håll. Sökning gjordes på engelska och svenska. I sökningen uteslöts studier på förebyggande hjärtsjukdom, 3 artiklar togs bort och en artikel som behandlade teknologins användning vid hjärtsjukdom togs bort. Artiklar som publicerats tidigare än år 2006 uteslöts. Artiklar från 2006-2009 är 4 stycken och artiklar från 2014-2019 är 8 stycken sammanlagt 12 stycken togs med i arbetet.

Skribenten har gjort sökningar via Tritonia.finna.fi och vidare via EBSCOhost varifrån de flesta artiklarna hittades. BioMed Central Open Access Free och Cinahl användes även med några träffar. Google scholar användes men begränsad tillgänglighet med ”full text” därefter gjordes ny sökning via Tritonia.finna var ”full text” oftast hittades via EBSCOhost. De artiklar som slutligen användes i arbetet var sådana som hittades som motsvarade syftet och frågeställningen samt fyllde ovan nämnda kriterier. Sökord som användes vid sökning var ”end of life”, ”palliative care”, ”terminal care”, ”hjärt- och kärlsjukdom”, ”heart infarkt”, ”heart disease”, ”heart feilure”, ”coronary disease”, ”hjärtinfarkt” med begränsningen ”peer reviewed”.

Nedan presenteras en tabell med inklusions- och exklusionskriterier som jag utgått från när jag sökt artiklar till min systematiska litteraturstudie.

**Bild 1: Inklusions- och exklusionskriterier för studien:**

Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
Syfte: God kvalitet i livets slut med hjärtsjukdom	Syfte: Ingen god kvalitet i livets slut med hjärtsjukdom
Studiedesign: Kvalitativa och kvantitativa randomiserade kontrollerade studier (RCT)	Studiedesign: Kvalitativa och kvantitativa studier som inte är RCT studier
Population: Äldre människor med hjärtsjukdom och människor i livets slutskede	Population: Barn, tonåringar, friska pigga äldre
Publikationsdatum: 2006 och nyare	Publikationsdatum: 2005 och äldre
Språk: Svenska, finska, norska, danska och engelska	Språk: alla andra språk förutom svenska, finska, norska, danska och engelska
Kvalitet: Peer Review, medium eller god kvalitet i kvalitetsgranskningen	Kvalitet: Inte Peer Review, dålig kvalitet vid kvalitetsgranskningen

Skribenten har valt att göra en resumé över valda analyserade vetenskapliga artiklar för att underlätta analysen samt för att ge läsaren en överskådlig bild av vad resultatet baseras på (se bilaga 1). Forsberg & Wengström (2013, s. 164, 165) skriver att i en systematisk litteraturstudie ska man presentera de vetenskapliga artiklar som man har valt att bygga resultatet på. Det skall komma fram vem som är författare, vad titeln är, året artikeln är publicerad på, vilka frågeställningar man har, vilken metod man använder sig av samt vilket resultat man kommit fram till.

### 5.3 Dataanalysmetod

Kvalitativ analys av data innebär upplösning till beståndsdelar. Någon ny kunskap för inte analysen med sig men ny förståelse och kunskap genom de helheter som analysen visar på. Innehållsanalysen kan ha två olika ansatser, manifest samt latent. En innehållsanalys som är manifest så arbetar man med textmaterialet och beskriver innehållet se uppenbara och synliga komponenterna. Vid latent ansats svarar på vad textmaterialet innehåller. (Olsson & Sörensen, 2013, s. 206, 209-211).

Genom att läsa igenom kvalitativa artiklarna för att förstå innehållet granskas artikeln om dessa håller en god vetenskaplig kvalitet. När det handlar om trovärdighet som är kopplat till de artiklar som ska användas så är det väsentligt att säkerställa att författarna har kunskap om personer med hjärtsjukdom eller palliativ vård. Vetenskapliga artiklar som tydligt beskriver hur urvalet har gått till, datainsamling, dataanalys samt slutsatser kan hållas som en god vetenskaplig kvalitet. I en tabell skall granskad kvantitativa och kvalitativa artiklar som höll tillräckligt god vetenskaplig kvalitet presenteras. Dataanalysmetoden styrs utav forskningsfrågan och syftet. Genom att ställa frågan: om vald analysmetod kan besvara mina frågeställningar? (Henricson, 2012, s. 491, 492).

### 5.4 Etiska överväganden

Etiska överväganden vid examensarbeten är att värna om människornas lika värde, självbestämmande och integritet hos alla som nämns. Etiska överväganden berör allt som görs i examensarbetet. Reflektion över etiken krävs genomgående i arbetet. Ett examensarbete innebär att öka förståelsen och skapa kunskap samt genom det kunna förbättra människors liv och utvecklingen i samhället (Henricson, 2017, s. 57). Etiska överväganden finns till för att värna alla former av liv och försvara individens grundläggande rättigheter och värde. Skäl till att etiska överväganden behöver tas på allvar är att värna om allmänhetens förtroende för utbildningen i högskolor och forskningens anseende. (Henricson, 2017, s. 57).

När man skriver examensarbete är det en etisk utmaning. Det som har med människor att göra så bör man undvika att de skadas, utnyttjas eller såras. Genom att ta hjälp av etiska principer så garanteras hos deltagarna sannolikheten av rättigheter, välbefinnande och säkerhet. De här är en form av grundläggande föreskrifter som definierar normer för handlandet. De omger de livsviktiga värdena och visar på det viktiga i forskning och det som behövs för att forskningssystemet ska bevaras. (Henricson, 2012, s.71).

## 6 Resultat

I det här kapitlet redovisas resultatet som skribenten fått fram av analysen av de 12 vetenskapliga artiklar som använts i arbetet. I huvudkategorier har framkommit; Strukturella förutsättningar, Personcentrerad vård och Palliativ vård. Under huvudkategorierna finns också underkategorier för att tydligare förklara betydelsen av innehållet. I bilaga 2 finns en översikt av kategorierna.

### 6.1 Strukturella förutsättningar

Det kommer fram i flera studier att det finns strukturella hinder för vården vid livets slut med hjärtsjukdom. Med struktur menas här sådana faktorer som har att göra med hur vården och själva systemet är uppbyggt. Skribenten urskilde tre underkategorier ” Sjuksköterskans profession”, ”Barriärer” samt ”Triage”.

#### 6.1.1 Sjuksköterskans profession

Av resultatet framgår att i sjuksköterskans profession behövs kunskaper och färdigheter för att ge en god vård. Denna studie av Glasdam, et.al., (2019) handlar om en klyfta mellan utövandet av palliativ vård och hälso- och sjukvård. Studien visar att medicinsk kunskap och färdigheter har kulturellt och högt symboliskt värde för sjuksköterskor. Även om omvårdnad och vård ses som viktigt, verkar medicinska uppgifter vara viktigare och verkar ha ett högre värde än att bry sig. Det tar tid att bygga förtroende i relationer, och det kräver förtroende och tid för att stödja människor med psykosociala och andliga frågor och problem. Studien visar att det är svårt för sjuksköterskor att uppfylla sin egen ideal och filosofi inom palliativ vård, där den medicinska logiken och organisationsramen är rådande och endast oplanerade tidsluckor tillåter att prioritera psykosociala behov för patienter och släktingar. Vissa sjuksköterskor gör ett tyst motstånd och utmanar den medicinska logiken och organisationsstrukturen genom hembesök för att möta sina egna och filosofin om palliativ vårdens humanistiska ideal för vård och omvårdnad. Genom att lyfta fram sjuksköterskans arbete är det möjligt att reflektera över hur palliativ vård i specialiserad palliativ hemvård kan och bör vara i framtiden. (Glasdam, et.al. 2019)

En studie har utvärderat effekten av utbildning i palliativ vård för personal och chefer. Om utbildning hade någon effekt på deras uppfattning av att erbjuda personcentrerad vård i vårdhem. En fördel med utbildning på arbetsplatsen är ett enkelt sätt att sprida kunskap till kollegor i jämförelse med kurs- eller konferensutbildning för en eller några få personer på

en annan plats. En personcentrerad vård hjälper genom att kommunicera så den sjuke personen förstår den faktiska situationen och övergången till palliativ vård. Man hävdade att personcentrerad vård är en etisk inställning till palliativ vård. Studien visade att för att få en framgångsrik förändring av vårdrutinerna krävs ett bra ledarskap och starka arbetare som för saken fram. Med effektiva kommunikationssystem så att målen för förändring skall kunna genomföras samt en organisatorisk beredskap till förändring av vårdrutiner. (Bökberg, et.al., 2019, s. 1, 2). Man hittade hinder bland personal för genomförande av omvårdnad vid vårdhemmen. Ett av hindren var rädsla eller tvekan bland personalen för att möta döende personer och prata med dem om existentiella frågor. För att kunna prata om svåra saker t.ex. om sista tiden i livet så bör man lära känna den äldre personen och skapa en nära relation, det har lyfts fram som en nyckel sak till en god vård i slutet av livet. I personcentrerad vård är det nödvändigt att förstå beteenden och psykologiska symtom ur personens perspektiv. Patienten och personalen måste dela information och patienten ska kunna delta på lika grund i beslut om vård och behandling, och rädslan för döden får inte hindra omvårdnaden av patienten. (Bökberg, et.al., 2019, s. 6). Lärdomarna av studien visade att all personal på de deltagande vårdhemmen behöver mer utbildning, oftare och användningen av en längre utbildningstid än ett halvt år samt att utbilda både gammal och ny personal vid vårdhemmen samt även utbildning för personer i ledarposition. (Bökberg, et.al., 2019, s. 8).

### **6.1.2 Barriärer**

En studie tar upp barriärer för diskussioner som berör önskemål vid livets slut. Det behöver tas itu med dessa önskemål. Genom att hitta lösningar inom åldringsvården för hindren. Genom vidareutbildning av personal samt med att stöda personalens uppgift i genomförandet av diskussioner med patienter samt dokumentation över diskussionerna. (Ward, 2015, s. 31).

I en studie beskrivs en annan välkänd barriär. Det är resurser och tid på vårdhem som begränsar genomförandet av palliativ vård. Små resurser begränsar antalet personal per patient, vilket påverkar den tillgängliga tiden för kommunikation med patienten, närstående och kollegor, vilket är avgörande för att kunna utföra personcentrerad vård. Det är inte uppenbart att fler anställda kan anställas för att hantera den ökade arbetsbelastningen. Istället måste personalen lära sig att ta med nya initiativ och rekommendationer från organisationen i sitt arbete. Dessa initiativ är ofta tillsatta åt personalens redan tunga arbetsbelastning och kan leda till ytterligare trötthet, stress, utmattning och utbrändhet i samband med förändringar på arbetsbelastningen. Chefer rapporterade att personalen var trött på

förändringar, vilket gjorde dem mindre intresserade av ny kunskap och färdigheter som krävs för att utveckla personcentrerad palliativ vård. (Bökberg, et.al., 2019, s. 7).

En studie som undersöker erfarenheterna av äldre människor som lever med hjärtsjukdom och deras övergång från oberoende till beroende samt till sista tiden i livet. Resultatet visade att övergången inte var en enkel process för äldre människor att flytta från en plats till en annan. Vikten av förtroende för vårdpersonalen kom fram i studien och att den sjuke trodde att hen skulle få god vård. De äldre var oroliga för att behöva vara till börda vartefter de försämrades och blir mer beroende. Att förstå svåra frågor som är relaterade till övergången till beroende så behöver hälso- och sjukvårdspersonal göra en bedömning av behovet av vård och tillvägagångssättet av vård för att ge det stöd som krävs. (Waterworth, 2009, s. 201).

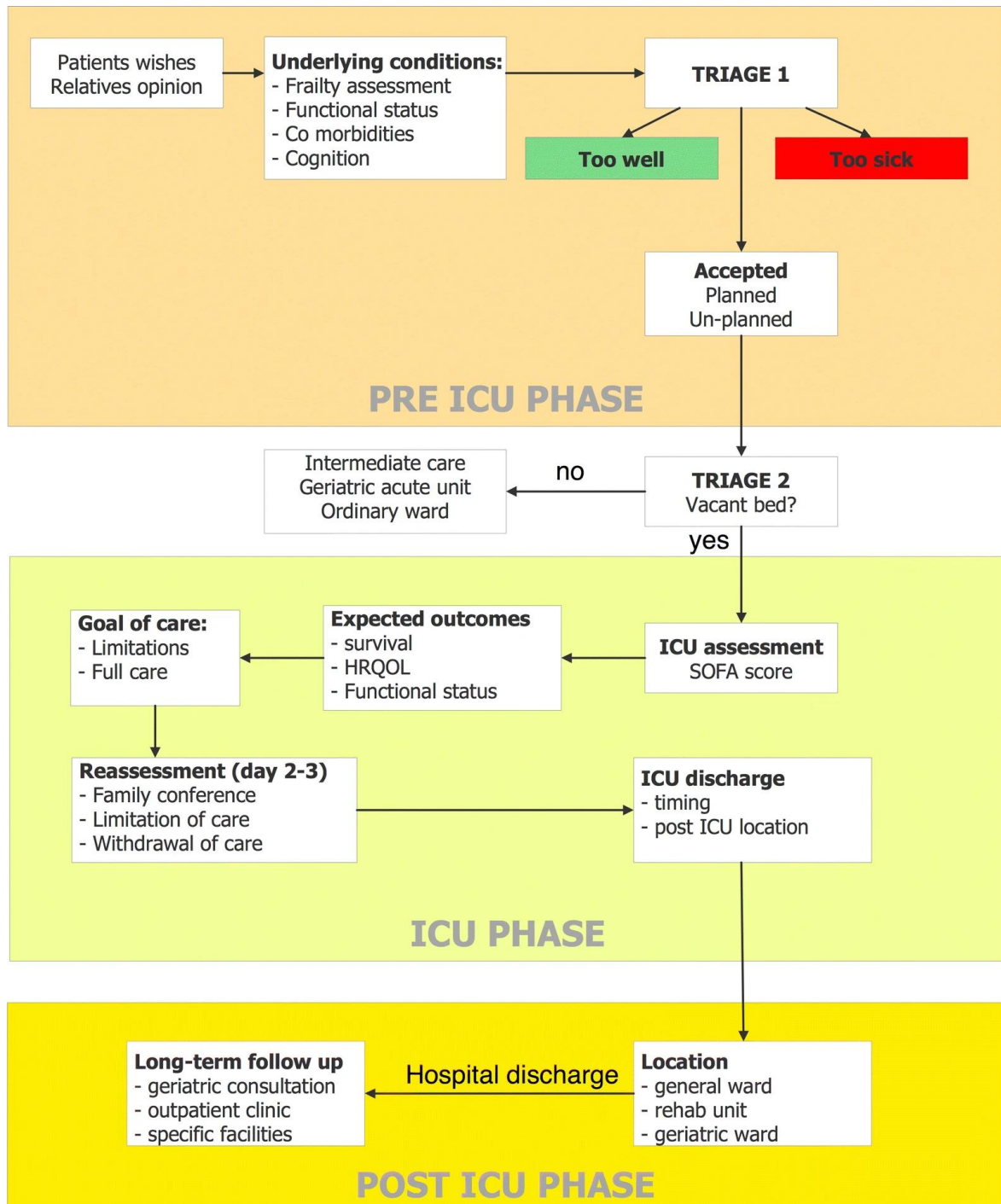
### **6.1.3 Triage**

Triage är ett tillvägagångssätt inom akutvården som utlöses av en formell eller informell kontakt från en läkare. Både läkare, tillsammans med patienten och anhöriga, bör tänka igenom den potentiella nyttan av en akutvårdsinläggning. Om det övervägs potentiell nytta bör patienten föreslås behandling vid akutvården. Om fördelen med en akutvård anses vara låg kan andra alternativ övervägas. Från intagning till enheten med högt beroende av vård eller mellan beroende av vård till behandling på en vanlig avdelning eller palliativ vårdavdelning. Det bör betonas att det ofta finns ett missförhållande mellan klinikernas bedömning och patientens önskemål. Ett samarbete mellan flera i beslutsprocessen förespråkas starkt. Mer specifikt för de mycket gamla bör alla vårdgivare vara inblandade som kan hjälpa till att förbättra beslutsprocessen till förmån för patienten. (Guidet, et.al., 2018, s. 5, 6). När intensivvård övervägs, måste kliniker se till att patientens önskemål är i enlighet med klinikens vårdplan. Patientens fysiska beroende och tidigare dokumenterade beslut om vården vid livets slut måste respekteras. Men mycket ofta har ingen diskussion ägt rum innan intensivvårdintagningen. (Guidet, et.al., 2018, 6).

I den här studien har man gjort en algoritm för att ge en uppdatering till vårdpersonal i hur vården utav äldre som kommer till intensivvården borde fungera. De äldre kommer i framtiden se till sina rättigheter allt mera för att få en vård utav hög kvalitet också inom intensivvården. Avancerad vårdplanering kommer i framtiden att bli mera viktig. (Guidet, et.al., 2018, 11).



**Bild 2:** Algoritm över kritiskt sjuka patienter över 80 år. (Guidet, et.al., 2018, s.2)



## 6.2 Personcentrerad vård

I många av studierna kom det fram hur viktigt det är med samarbete och kommunikation inom vården och även mellan olika yrkesgrupper. Detta resulterade i underkategorierna; ”Livskvalitet” samt ”Vårdberoende”.

### 6.2.1 Livskvalitet

Oron som hjärtsvikt ofta orsakar kan vara tung att ensam hantera. Studier har visat att när man skall orka gå vidare behöver en lidande och sjuk persons bekräftelse av en annan person. Genom bekräftelse så kan tröst förmedlas och ge ökad kraft åt personen och på så sätt en möjlighet att bearbeta och genomlida sin förändrade livssituation. Om tröst, förståelse och bekräftelse uteblir så kan det däremot leda till ett ytterligare lidande som kan hindra bearbetningen av det existentiella lidandet. (Barremo, A-S, et.al. 2008, s. 34). Resultatet av denna studie visar att personer med hjärtsvikt har ett behov att bli mött med förståelse för sitt hälsotillstånd och sin nya livssituation som innehåller förluster. Stöd med praktiska angelägenheter behövs samt stöd med bearbetning mot nyorientering i livet. Ett stort behov av att uppleva självständighet har de samtidigt. Det är av värde att vårdpersonalen beaktar och inser dessa behov. (Barremo, A-S., et.al., 2008, s. 37).

Läkemedelsanvändning är ett särskilt problem hos gamla patienter. Polyfarmasi och olämpliga receptmediciner bland äldre patienter får ökad uppmärksamhet, eftersom det ofta leder till biverkningar. I synnerhet utgör akuta sjukhusinläggningar en ökad risk för olämplig medicin på grund av nyligen ordinerade mediciner och mediciner som är ordinerade av flera olika läkare, med brist på vårdkoordinering. Läkemedel som är avsedda för kortvarig användning vid akut sjukdom fortsätter ibland efter utskrivning utan dokumenterad indikation. En vanlig komplikation av kritisk sjukdom är en ökning av psykologiska symtom, sömnförändringar, delirium och kognitiv nedsättning, vilket är förknippat med ökad mängd recept på läkemedel som antipsykotika eller bensodiazepiner. Tidig upptäckt av olämpliga medicinska recept kan förhindra biverkningar av läkemedel och förbättra kvaliteten av geriatrisk vård. (Guidet, et.al., 2018, s. 5). Under de senaste 20 åren har den äldre befolkningen som tagits in på intensivvården ökat. Vårdande av äldre patienter utgör ofta etiska och praktiska utmaningar både före och under intensivvårdskontakten. Sådant beslutsfattande av hurudan vård som skall ges, kräver en djupgående förståelse av åldrande och dess konsekvenser för normal organfunktion. En nära kommunikation tillsammans med familjen och andra vårdgivare krävs. (Guidet, et.al., 2018, s. 1).

Undernäring drabbar 12-45% av äldre patienter på sjukhus och är förknippade med längre vistelseperiod på sjukhus. Den äldre patienten är ofta beroende av fysisk hjälp som medför dålig livskvalitet och högre dödlighet. Dessutom bidrar undernäring till svaghet. Hos kritiskt sjuka patienter är undernäring förknippad med längre vistelsetid på sjukhus. Dödlighet, utsattheten för infektion ökar och tiden på syretillförsel blir längre visar studien. (Guidet, et.al., 2018, s .3).

En kognitiv nedsättning är en stor riskfaktor för delirium, vilket är förknippat med ökad dödlighet och med efterföljande ytterligare minskning av kognitiv och fysikfunktion hos den äldre patienten. Svaghet definieras som en individs sårbarhet som leder till svårigheter att övervinna akut stress. Dessutom är svaghet förknippad med högre risk för fall, försämrad rörlighet och intagning till institutionell vård. En metaanalys drar slutsatsen att det finns en högre risk för att inte återvända till hemmet och en högre risk för dödlighet efter en långtidsvistelse på sjukhus hos svaga patienter som är intagna på intensivvårdsavdelning. (Guidet, et.al., 2018, s. 3)

En Norsk studie visade att den äldre patienten betygsatte vårdkvaliteten med lägre poäng än yngre patienter. Detta kan visa att äldre patienter i studien fick vård av lägre kvalitet. Kön och daglig kontakt med familj och vänner kan förknippas med den subjektiva betydelsen av vård visade studien. Även om ytterligare studier från palliativa vårdsammanhang behövs för att bekräfta resultaten. Det är sannolikt att förstå att vårdpersonal, ledare och beslutsfattare bör uppmärksamma person- och organisationsrelaterade förhållanden för att ge personcentrerad palliativ vård av hög kvalitet. (Sanddalen, 2017).

### **6.2.2 Vårdberoende**

Patienter med långt gången hjärtsvikt kan ha liknande symtom som hos cancerpatienter, till exempel andfåddhet, illamående, smärta, matleda och försämrad rörlighet. I den palliativa vården finns erfarenheter av att lindra symtom som dessa och det är därför logiskt att prova en palliativ avancerad hemsjukvård, även för patienter med symtom av svår hjärtsvikt. Syftet med avancerad hemsjukvård är att i första hand öka livskvalitén och med hemsjukvård skulle behovet av sjukhusinläggningar kunna minskas. (Forssell, 2006, s. 44).

I studien visar att antalet vårdtillfällen och vårddygn led till en signifikant minskning efter att kontakten till avancerad hemsjukvård hade inletts. Detta kan möjligen bero på en att patienterna upplevde en ökad trygghet, kontinuitet och förbättrad livskvalitet. Med denna effekt på att bo hemma kan bero på att patienterna önskade få vårdas i hemmet. Resultaten

talar för att målsättningen om vård i hemmet uppnåtts hos flera av dessa patienter. Vården bestod av flertalet hembesök med provtagning och telefonkontakt för psykologiskt stöd och för rådgivning. Patienterna blev utbildade angående kosthållning, vätskerestriktioner och fysisk aktivitet. Specifika instruktioner gavs när man ville upptäcka och åtgärda tidiga sviktsymtom. I samma studie framkom att patientens livskvalitet ökade betydligt jämfört med tiden före hjälpen från hemsjukvården. Kontinuitet och tillgänglighet leder förmodligen till att patienten och anhöriga känner en ökad trygghet. När patienten kan få den medicinska vården hemma så finns det ingen orsak till att åka till sjukhuset vid försämring. (Forssell, 2006, s. 47).

Sjuksköterskans trygghet i vården av en svårt sjuk människa som vårdades hemma beskriver studien av Karlsson & Sandén, (2007). Situationen i hemmet kan medföra att sjuksköterskan skall vara närvarande i situationen som var för patienten. För att vara helt närvarande i mötet med patienten krävs relationer, som är här och nu. Genom sjuksköterskans trygghet och närvaro var hon ett stöd för patient och närstående. Studien visar vad sjuksköterskorna emotionellt känner för att det skall bli en god situation. Det goda förhållningssättet kan användas för att vägleda andra sjuksköterskor i omvårdnaden av en svårt sjuk människa, oavsett i vilken vårdmiljö patienten befinner sig. (Karlsson, 2007, s. 52,53)

## 6.3 Palliativ vård

Palliativ vård kan bestå av olika delar, här tas upp ”Den sista tiden” samt ”Professionell vårdplanering”.

### 6.3.1 Den sista tiden

De fyra kännetecknen för den palliativa vården är god symtomlindring, fungerande teamarbete dygnet runt med läkarinsatser, god kommunikation och kontinuitet mellan patienter, anhöriga och personal samt ett gott anhörigstöd. Palliativ vård för patienter med svår hjärtsvikt i hemmiljö är ovanlig, men sedan några år har hemvården börjat uppmärksammas med palliativ vård. (Forssell, 2006, s. 44).

En studie visade att team som arbetar med äldre personer på vårdhem hade svårt att identifiera tidiga tecken som föregår döden. En anledning till att personalen hade svårt att identifiera tidigt tecken kan vara att de inte var vana att se tiden före döden som en process som sträcker sig över en tidsperiod. De tidiga tecken beskrivs som knappt märkbara som sågs ibland som både tecken som föregås döende och tecken på något annat än att dö, såsom en sjukdom. (Åvik Persson, et.al., 2018, s. 8).

I studien presenteras tecken på fysiska och psykosociala förändringar hos äldre. Tidiga tecken på att dö, som att känna en önskan att dö och tecken som kroppsförändringar, till exempel trötthet och andningssvårigheter, dvs. personen sågs som en helhet. I en annan studie som utforskade hur vårdpersonal bedömde övergången från rutinvård till vård i slutet av livet, fann att personalen diskuterade fysiska förändringar i kroppen som en central aspekt för övergången till palliativ vård. (Åvik Persson, et.al., 2018, s.8).

Ett tidigt tecken som personalen nämnt var att äldre kände ett större behov att gå igenom sitt liv från barndomen till nutiden och att prata om tidigare erfarenheter. En teori om åldringsprocessen säger att mänskliga framsteg är en livslång utveckling som sträcker sig till ålderdomen och slutligen resulterar i en ny förståelse av livet. Det faktum att den äldre personen visar tecken på att de vill dra sig undan från utsidan av världen och att inte bry sig om saker i samma utsträckning som tidigare eller ett apatiskt beteende kan tolkas som en naturlig utveckling. Ett tidigt tecken som ofta förekom var att den äldre personen tycktes ibland ha gett upp och inte ville leva längre. Detta tecken kan se olika ut bland äldre, t.ex. tillbakadragande från sociala sammanhang, minskad aptit och brist på motivation. Dessutom kan tecken innehålla en känsla av acceptans som kan ge en viss lugn innan döden inträffar.

Enligt teorin har rädsla för döden minskat och den äldre kan prata i större djup om att dö och uttrycka sådana känslor som att de inte ville leva mer. (Åvik Persson, et.al., 2018, s. 8).

Det var tydligt från intervjuade att döende sågs som en händelse snarare än som en process, vilket betyder att det var begränsat till de sista dagarna eller veckorna av den äldres liv. Sena tecken kan tillskrivas det faktum att dessa tecken är uppenbara, dvs de är bekanta, tydliga och framträdande under de sista dagarna eller veckorna. De sena tecknen liknar också de som har beskrivits och personalen var väl medvetna om dem. Under den sista veckan eller dagarna var den äldre personen ofta är sängliggande och medvetslös. Men för att ge en holistisk vård bör vårdgivaren följa de grundläggande värdena för palliativ vård, sociala och existentiella aspekter måste också beaktas. Även om den äldre är medvetslös så är rätten att behandlas med värdighet kvarstående. Kunskap om den åldrande människan och svagheter som förekommer samt den döende processen hos äldre måste vara en del av personalutbildningen. Även gemensamma diskussioner inom organisationen beträffande beredskapen för palliativ vård kan underlätta genomförande av en palliativ vårdstrategi på vårdhem. (Åvik Persson, et.al., 2018, s. 8, 9).

### 6.3.2 Professionell vårdplanering

I en litteraturgenomgång av Nielsen & Raunkiaer (2014) kom man fram till att palliativa insatser för äldre med kronisk hjärtsvikt präglas av osäkerhet hos vårdpersonal om hurudan prognosen är hos patienter. Konsekvenserna av det kan leda till att palliativa insatser inte påbörjas i ett tidigt skede. Det kom fram i studien att det ofta är oklart för vårdpersonalen vem som koordinerar vården för den enskilde patienten. Genom att få en bättre kontinuitet i vården av patienter så behövs mera engagemang i avancerad vårdplanering och samarbete mellan olika vårdinstanser. Dessutom krävs en god arbetsfördelning mellan vårdpersonal. (Nielsen, 2014, s.41,42)

Under det senaste decenniet har sjukhusinläggningen för män och kvinnor över 85 år ökat med 48 %. Diskussion om vård i slutet av livet bör därför betraktas som en rutinåtgärd inom åldringsvården, vilket skulle innebära att patienter och deras familjer och andra närstående har möjligheten att diskutera åsikter och önskemål av vård när en kritisk händelse inträffar. Personer som inte har dokumenterat sina önskemål vid livets slut kan få oönskad medicinsk behandling som innebär ofta överbehandling. (Waird, 2015, s. 30).

Denna fallstudie belyser det faktum att akut vårds önskemål inte rutinmässigt diskuteras med patienter efter att de blivit intagna i åldringsvården och att denna brist i vården följaktligen kan ha skadliga effekter på livskvaliteten och döden hos den äldre. (Waird, 2015, s. 31).

I studien av Pandini, et.al (2016) visade att patienter i den palliativa fasen av kroniska sjukdomar läggs ofta in på akuta vårdavdelningar, med risken för att få olämpliga intensiva behandlingar i motsats till nödvändig palliativ vård. Totalt 781 patienter inkom under studien till akutvården och gick igenom en vårdbedömning. Av 56 patienter som fick palliativ vård var de som dog på sjukhus. Ytterligare 48 patienter dog på avdelningen utan att ha fått palliativ vård. Förekomsten av hjärt-lungsjukdomar var betydligt högre i denna grupp som inte fått palliativ vård, medan flera onkologiska patienter dog i palliativa vården. Resultatet visar att palliativ behandling måste förstärkas och bättre inriktas i akutvården. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt patienter med hjärtsjukdomar, med möjlig förebyggande vård i form av fysisk aktivering för att förebygga utvecklingen av trycksår på avdelning. (Pandini, et.al., 2016, s. 310).

## 7 Metoddiskussion

I kvalitativa studier är det av största vikt att man kan visa att resultaten är trovärdiga. Man ska som skribent kunna visa att man använt sig av metoder och tillvägagångssätt som är sammankopplade med god forskningssed. Vanliga kriterier för att bedöma forskningens kvalitet är begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och objektivitet. (Denscombe, 2018, s. 419). Det är utifrån dessa kriterier som kvaliteten i detta arbete granskas.

### 7.1 Trovärdighet

Begreppet trovärdighet syftar på noggrannhet och precision i arbetets data. Det åsyftar också huruvida data som använts är lämpligt i förhållande till den frågeställning och det syfte som gäller. I kvalitativa arbeten handlar det om att visa att data med rimlig sannolikhet är exakta. De här åtgärderna innebär inte någon garanti, eftersom det inte finns några garantier till förfogande. (Denscombe, 2018, s. 420).

Frågeställningen som besvaras i arbetet är ”Hur kan en trygghet uppnås vid livets slut för personer med hjärtsjukdom?” och ”Vad finns det för hinder och utmaningar i vården vid livets slut för personer med hjärtsjukdom?”. Skribenten ville med hjälp av tidigare forskning ta reda på hur en optimal vård vid livets slut med hjärtsjukdom ser ut. Artiklarna har valts med omsorg och resultatet i dessa har noggrant gått igenom för att ta fram viktiga meningar till innehållsanalysen. Skribenten anser att data, alltså de vetenskapliga artiklar som använts, är lämpliga i sammanhanget och ger svar på frågeställningarna i arbetet. I arbetet har även fallbeskrivningar tagits med som är baserade på referenser av medium och god kvalitet. På så sätt har arbetets syfte belysts från olika håll och gett en djupare förståelse till frågeställningen. Som bilaga till arbetet finns en översikt över vilka artiklar som analyserats. (se bilaga 1).

Arbetet skrevs ensam, vilket betyder att det inte har funnits en annan skribent att dela ansvar över innehållet i arbetet och även bolla tankar mot. Skribenten har istället bollat tankar med kollegor, syster Storsveen Kerstin (språklärare, ÅA), studiekamrater och handledare. I det här arbetet valdes litteraturstudie som metod. Skribenten tycker att det har varit en lämplig metod men som ett annat alternativ har kunnat vara att intervjua professionella inom branschen samt närstående till personer som haft hjärtsjukdom vid livets slut.



## 7.2 Pålitlighet

Pålitlighet handlar om att arbetet ska avspegla förfaranden och beslut som andra kan se och bedöma huruvida dessa är ansedda förfaranden och befogade beslut. Detta eftersom man inom kvalitativa metoder inte kan upprepa undersökningen för att kontrollera pålitligheten. Detta kräver att man i sitt arbete tydligt redogör för metoder, analys och beslutsfattande. Det ska alltså vara möjligt att granska arbetsprocessen. (Denscombe, 2018, s. 420, 421). Skribenten har i kapitlet Metod redogjort för hur arbetsprocessen gått till och hur sökningen efter material gått till.

## 7.3 Överförbarhet

Begreppet överförbarhet syftar på om man kan tillämpa resultaten på t.ex. andra situationer eller områden. Man vill veta om resultaten är allmängiltiga eller om de är unika för ett specifikt område. (Denscombe, 2018, s. 422). Skribenten fann övervägande artiklar från Sverige 6 stycken, en från Norge och en från Danmark om ämnet palliativ vård, trygghet och kommunikation vid hjärtsjukdom. Nordiska artiklar hittades flera från de äldre publicerade artiklarna. I bilaga 1 kan man läsa mer om artiklarnas kontext. Skribenten tror ändå att resultatet skulle bli liknande över hela världen, det är främst sjukvårdssystemen som kan se olika ut. Det hade också varit intressant att hitta fler artiklar än de 12 som nu användes, men tanken var att ha artiklar som svarar på frågeställningen och syftet är viktigare, än många som inte riktigt uppfyller kraven. Det finns många artiklar om hjärtsvikt och palliativ vård men mindre om hjärtinfarkt och palliativ vård. Men de artiklar som berör hjärtsjukdomar har liknade vård, emellertid den akuta hjärtinfarkten behandlas olika men grundar sig ofta i en hjärtsjukdom. Det upplevdes viktigt att använda forskning som berör utmaningarna med vården i slutet av livet med att belysa vikten av kommunikation mellan patienten, anhöriga, vårdpersonal och organisationen.

## 7.4 Objektivitet

När det gäller datainsamlings- och analysprocessen bör skribenten vara så neutral som möjligt och inte försöka vinkla resultatet i någon riktning. Objektiviteten syftar på att visa att arbetet inte är snedvridet eller vinklat åt ett visst håll. Kvalitativa arbeten är dock alltid resultatet av en tolkningsprocess så skribentens jag påverkar alltid i någon mån. Det kan vara bra att redogöra för vem skribenten är för att läsaren ska få en möjlighet att bedöma rimligheten i arbetets resultat. (Denscombe, 2018, s. 423). I arbetets inledning har skribenten redogjort för vem skribenten är och orsaken till att detta ämne valts. Det är viktigt att man närmar sig sitt arbete och analysen med ett öppet sinne. Detta kan betyda att skribenten är öppen för att han eller hon kan ha missförstått allt när det gäller arbetet. Man bör aldrig välja att inte ta med data som inte stämmer med den egna analysen. Istället ska de avvikande delarna undersökas och parallella påståenden ska utforskas. (Denscombe, 2018, s. 424, 425).

I analysen har skribenten strävat till att ha ett öppet sinne. Materialet har hanterats på ett noggrant och etiskt sätt och allt det material som gett svar på frågeställning och fyllt kriterierna har analyserats. Skribenten har inte tagit bort material som skulle ha ändrat resultatet.

## 8 Resultatdiskussion

Utgångspunkten i detta examensarbete har varit att beskriva en optimal vård vid livets slut till de som drabbas av hjärtsjukdom. Skribenten ville använda sig av aktuell forskning för att få svar på frågeställningarna. I arbetet som sjukskötare möter man ibland personer i behov av palliativ vård efter ett akut insjuknande eller efter en längre process av sjukdom. Åvik Persson, et.al., (2018) resultat visade att döende sågs som en händelse snarare än som en process, vilket betyder att det var begränsat till de senaste dagarna eller veckorna av den äldres liv. Detta gör att ämnet alltid är aktuellt och relevant.

Av resultaten framgår att det finns ytterligare saker man kunde göra t.ex. genom att öka samarbetet inom hälso- och sjukvården för att kunna erbjuda en personcentrerad vård. Genom utbildning på arbetsplatser är det ett enkelt sätt att sprida kunskap enligt Bökberg, et.al., (2019). I resultat har framkommit att patienten och personalen måste dela information så att patienten ska kunna delta på lika grund i beslut av vård och behandling visar studien som Bökberg et.al. (2019) gjort.

I Scheels tolkning tar hon upp det estetiskt uttrycksfulla handlingsättet som handlar om sjuksköterskans tolkning och förståelse för hur människor uttrycker sig, om situationen och de inblandade, inklusive sjuksköterskan själv. I det moraliskt-praktiska handlingsättet tar hon fram sjuksköterskans förmåga att forma förhållandet till andra människor. Detta är aktuellt i alla bemötanden i vården av sjuka och vid vården vid livets slut.

Bökberg et. al. (2019) tar upp personalresurser som begränsar antalet personal som gör att genomförandet av palliativ vård kan vara begränsad. Enligt social- och hälsovårdsministeriets slutrapport (2019) har det framkommit ett behov att utveckla den palliativa vården i Finland. För att rätta till kunskaperna i palliativ vård så rekommenderar man utbildning i palliativ vård åt vårdpersonal. (Saarto & Finne-Soveri, 2019). Genom denna rapport får vi hoppas på mera resurser till den palliativa vården och på så sätt kunna utveckla vården vid livets slut.

Som skribent ville jag ta upp triage som är ett tillvägagångssätt inom intensivvården, detta kom fram en studie av Guidet, et.al., (2018). När en äldre patient akut insjuknar och en vårdbedömning skall göras behöver man som sjuksköterska känna till kriterierna för en intensivvårdsinläggning. Man behöver ha gått igenom med patienten vilka vårdönskemål som patienten och anhöriga har i slutet av patientens liv. Vid intensivvården gör man en bedömning av svagheten hos patienten, man kontrollerar funktionell status, sjuklighet samt

kognition före en bedömning av hurudan vård som är lämplig. De äldre kommer i framtiden se till sina rättigheter allt mera för att få en vård utav hög kvalitet också inom intensivvården. Avancerad vårdplanering kommer i framtiden att bli mera viktig. (Guidet, et. al., 2018). Detta var för mig som vårdpersonal en intressant artikel för genom tidigare arbete har jag kommit i kontakt med en patient som varit akut sjuk i hjärtinfarkt och inga vårdönskemål hade diskuterats, patienten dog på sjukhuset sedan. Efteråt upplever jag att man kanske behöver gå igenom vårdönskemål mera på åldringshem med både patienter och anhöriga. Scheel, (1996) tar upp sjuksköterskans förmåga att forma förhållandet med andra människor utifrån etiska normer och vad patientens situation kräver av henne.

Resultatet visade också att en ökad palliativ hemsjukvård förekommer och att det inger en ökad trygghet, kontinuitet i vården och förbättrad livskvalitet. (Forsell, 2006) Genom ett ökat vårdberoende blir det naturligt med kontakten till hemsjukvården. Resultat visar också att vikten av förtroende för vårdpersonalen var stort samt att man trodde på god vård. De äldre var oroliga för att behöva vara till börda vartefter de försämras och blir mer beroende. (Waterworth, 2009).

I palliativ vården kom det fram fyra viktiga kännetecken; en god symtomlindring, fungerande teamarbete dygnet runt med läkarinsatser, god kommunikation och kontinuitet mellan patienter, anhöriga och personal samt ett gott anhörigstöd. (Forsell, 2006). Detta svarar på examensarbetet, Vid livets slut behövs rätt vård. Resultaten upplevs som att mera behöver göras inom palliativ vård, mer skolning av personal samt specifika palliativa vårdplatser i kommunerna. För den sjuke finns det konkreta saker att göra, som smärtlindring etc., men för de närstående har sjuksköterskan bara sig själv som redskap. Att vårda närstående tar också tid som man bara måste ta sig. Ibland är det tid det enda som behövs. I Scheel, (1996) teori ses sjuksköterskans förståelseorienterade handlingssätt, som bygger på känslor och kunskap som är grundläggande förhållningssätt.

Genom att få en bättre kontinuitet i vården av patienter så behövs mera engagemang i avancerad vårdplanering och samarbete mellan olika vårdinstanser. Dessutom krävs en god arbetsfördelning mellan vårdpersonal. (Nielsen, 2014). Resultat visar att palliativ behandling måste förstärkas och bättre inriktas i akutvården. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt patienter med hjärtsjukdomar. (Pandini, et.al., 2016).

Kontinuiteten i vården är viktig i den optimala vården för personer som insjuknat i hjärtsjukdom. I ämnet; Vid livets slut behövs rätt vård för personer med hjärtsjukdom behövs mer forskning.

## 9 Konklusion

Slutsatsen av denna studie är att optimal vård vid livets slut för personer med hjärtsjukdom behöver utvecklas mera. I resultatet tas upp strukturella förutsättningar där sjukskötarens profession är i behov av mer utbildning i palliativ vård. Genom professionell vårdplanering, utbildning av vårdpersonal och god kommunikation mellan personal, patient och anhöriga kan livskvaliteten förbättras i livets slutskede. Med att uppnå en trygghet och kontinuitet i vården av personer med hjärtsjukdom i livets slutskede behövs mera strukturella åtgärder göras. Ett lågt antal personal per patient begränsar genomförandet av en god palliativ vård. När det inte kan anställas mer personal blir arbetsbelastningen för hög för personalen och kan leda till trötthet, stress, utmattning och utbrändhet, kom fram i studien av Bökberg et. al. (2019).

Med att öka samarbetet inom hälso- och sjukvården och med ett gott ledarskap, så kan man erbjuda en bättre personcentrerad vård. Vårdönskemål behöver diskuteras för att kunna ge en god livskvalitet och trygghet vid slutet av livet. Från ledningen behövs ett gott ledarskap för att kunna uppnå starka medarbetare samt effektiva kommunikationssystem. Denna studie är bara en riktgivande studie var man sett brister i vårdrelationen. Ytterligare forskning behöver göras i ämnet; Vid livets slut behövs rätt vård.

Alla vet att andelen äldre i samhället ökar i och med att vi bli fler och fler personer som behöver palliativ vård i framtiden. Skribenten har lärt sig mycket under processen med examensarbetet även om det finns ytterligare forskning att lära sig av. Att ha gjort examensarbetet, kommer nog att vara till nytta i det kommande yrket som sjukskötare. Förhoppningen är att andra studerande och yrkesverksamma inom vården också kan ha nytta av detta examensarbete.

## Källförteckning

Andershed, B., Ternestedt, B.M., Håkanson, C., 2013, *Palliativ vård, begrepp & perspektiv i teori och praktik*, Lund: Studentlitteratur

Barremo, A-S., Bruce, E., Salander, M., Sundin, K., 2008, Personers upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt- systematisk litteratustudie, *Vård i Norden*

Bergenholtz, H., Ussing, H. & Missel, M., 2019, Talking about end of life in general palliative care – what`s going on? A qualitative study om end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark, *BMC Palliative Care*, s. 1-14

Buddeke, J., Valstar, G.B., van Dis, I., Visseren, F.L.J., Rutten, F.H., den Ruijter, H.M., Vaartjes, I., Bots, M.L., 2020, Mortality after hospital admission for heart failure: improvement over time, equally strong in women as in men. *BMC Public Health*, s. 1-10

Bökberg, C., Behm, L., Wallerstedt, B., Ahlström, G., 2019, Evaluation of person-centeredness in nursing homes after a palliative care intervention: pre- and post-test experimental design, *BMC Palliative Care*

Denscombe, M, 2018, *Forskningshandboken*, Lund: Studentlitteratur

Ericson E., Ericson T., 2012, *Medicinska sjukdomar*, Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2016, Att göra systematiska litteraturstudier, Natur & Kultur

Forssell, A., Boman, K., 2006, Erfarenheter av palliativ avancerad hemsjukvård för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. *Vård i Norden*

Fossum, B., 2013, *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*, Lund: Studentlitteratur

Glasdam S., Ekstrand F., Rosberg M. & van der Schaaf, A-M., 2019, A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine Health Care and Philosophy*,

Guidet, B., Vallet, H., Boddaert, J., de Lange, D.W., Morandi, A., Leblanc, G., Artigas, A., Flaatten, H., 2018, Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. *Annals of Intensive Care*

Gregory, C., (2019) *The Five Stage of Grief*, Psycom, [Hämtat 6.12.2019] [online], <https://www.psycom.net/depression.central.grief.html>

Hendricson, M., 2012, 2017, *Vetenskaplig Teori och Metod*, Studentlitteratur

Höglund Nielsen, B. & Granskär M., 2017, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur

Institutet för hälsa och välfärd, 2019, *Vård vid livets slutskede*, [online], <https://thl.fi/sv/web/aldre/fungerande-aldreomsorg/servicekedjor-service-till-livets-slut/vard-i-livets-slutskede> [Hämtat 21.03.2020]

Karsson, M., Sandén, I., 2007, En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda vårdssituationer i palliativ vård. *Vård i Norden* s. 50-53

Käypähoito Duodecim, 2014, *Sydäninfarktin diagnostiikka* [online] <https://www.kaypahoito.fi/hoi04050> [hämtat 17.12.2019]

Lindwall, L., Granberg Axell, A., 2014, *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*, Lund: Studentlitteratur2349-2358

Nielsen, K., 1997, Større frihed til patienten, *Sygeplejefaglige artikler*, 97(47), s. 50-52.

Nielsen, K.T., Raunkiaer, M., 2014, Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt – en systematisk litteraturgennemgang. *Vård i Norden*, s. 38-43

Olsson, H. & Sörensen, S., 2013, *Forskningsprocessen*, Stockholm: Liber AB

Pehrsson, K., 2015, *Hjärtinfarkt, Medicinsk översikt, Geriatrik*, Netdoctorpro, [online] <https://www.netdokterpro.se/geriatrik/medicinska-oversikter/hjartinfarkt/> [hämtat 2.11.2019]

Persson, J., Stagno M., 2017 *Perssons Kardiologi, Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur

Pandini, S., Defendi, S., Sciré, C., Fiorini, F., Fiorini, G., 2016, Biases in palliative care access for elderly patients dying in hospital: A prospective study in acute care, *Informa UK Limited as Taylor & Francis Group*

Lindgärde, F., Thulin, T., Östergren, Jan., 2009, *Kärleksjukdom Vaskulär medicin*. Lund: Studentlitteratur

Saarto, T., Finne-Soveri, H.. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi, *Sociaali ja terveystieteiden ministeriö* [online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3> [hämtat 20.9.2019] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7> [hämtat 23.12.2019]

Scheel, M., 1996, *Interaktionell omvårdnad*, Liber Utbildning

Scheel, ME., Pedersen B., Rosenkrands V., 2008, Interactional nursing- apractice -theory in the dynamic field between the natural, human och social sciences, *The Authors Journal compilation, Nordic College of Caring Science*, 08,22, s.629-636.

Sanddalen, T., Höye, S., Rystedt, I., Abrahamsen Gröndahl, V., Hov, R., Wilke-Larsson, B., 2017, The relationships between the combination of person-and organization-related conditions and patients' perceptions of palliative care quality, *BMC Palliative Care* s. 1-13

Tarnanen, K., Lommi, J., Lassus, J., Mervaala, E. och Finska Läkarsällskapet, 2018, *Hjärtsvikt, Duodecim Terveyskirjasto* [online] [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khr00116&p\\_teos=khr](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khr00116&p_teos=khr) [hämtat 18.02.2020]

The Who Risk Chart Working Group, 2019, World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions, *Lancet Glob Health*, 7, s.1332-1345.

Waird, A., Crisp, E., 2015, The role of advance care planning in end of life care for residents of aged care facilities, *Australian Journal of Advanced Nursing*

Waterworth, S., Jorgensen, D., 2009, It's not just about heart failure – voices older people in transition to dependence and death, *Health and Social Care in the community*

Widell, Margareta, 2016, *Palliativ vård*, Sanoma Utbildning

Åvik Persson, H., Sandgren, A., Fürst, C-J., Ahlström, G., Behm, L., 2018, Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multidisciplinary team's perspective, *BMC Geriatrics*



## Bilaga 1

Författare, årtal och land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Waird, A., Crisp, E. 2015 Australien	The role of advance care planning in end-of-life care for residents of aged care facilities	Ett fall med en äldre kvinna med snabbt avtagande hälsa. Fördelarna med en förberedande vårdplan för boende inom åldringsvården, för de som har önskemål hur sista tiden i livet ska se ut.	Litteratur studie  55 referenser	En plan för omvårdnaden vid livets slut tas inte upp rutinmässigt. Även om önskemål kan ha diskuterats så kan de inte respekteras fullt ut, akut sjuka läggs ofta in på sjukhus, särskilt när döden är nära, och därmed dör ofta ensamma i obekant omgivning, främst av främlingar. Många av dessa kunde undvikas med en god vårdplan, för att minska på akut smärta och obehag.
Glasdam, S., Ekstrand, F., Rosberg, M., Van der Schaaf, A-M. 2019 Sverige	A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare	Syftet är att utforska omvårdnadspraxis inom specialiserad palliativ hemvård och hur den påverkas av organisatoriska och kulturella strukturer	Kvalitativ studie  med semi-strukturerad intervju  62 referenser	Medicinsk kunskap har högt symboliskt värde för sjuksköterskor. Omvårdnad viktig men medicinska uppg. viktigare. Svårt att uppfylla egna ideal och filosofi inom palliativ vård när den medicinska logiken tar över. Vissa sjuksköterskor gör ett tyst motstånd till detta. Genom att lyfta fram sjuksköterskans arbete och reflektera över hur palliativ vård bör och kan vara i framtiden.
Pandini, S., Defendi, S., Sciré, C., Fiorini, F., Fiorini, G. 2016 Italien	Biases in palliative care access for elderly patients dying in hospital: A prospective study in acute care	Patienter i terminal-fas läggs ofta in på akutavdelning, med risken att få olämpliga intensiva behandlingar istället för nödvändig palliativ vård	Kvalitativ observatios studie  24 referenser	Palliativ vård måste stödas för en bättre vård vid akut sjukdom. Särskilt patienter med hjärtsjukdom och har hög risk för trycksår så behöver vården av aktivitet uppmärksammas på akut mottagning. Vidareutbildning av vårdpersonal vid akut avdelning viktig.

<p>Waterworth, S., Jorgensen, 2009 Nya Zeeland</p>	<p>It's not just about heart failure – voices of people in transition to dependence and death</p>	<p>Forskning i erfarenheterna av äldre som lever med hjärtsvikt och övergången från oberoende till beroende av vård och för några till terminalvård.</p>	<p>Kvalitativ studie.  Intervjuer av 25 personer var 3 mån i 12 mån  År 2006-2008  42 referenser</p>	<p>De äldre framförde vikten av förtroende för vårdpersonal och god vård. Rädsla och oro över att vara till börda vid försämring och mer beroende. Övergången till beroende kan ge vårdpersonal orsaken till en metod för bedömning av det stöd som krävs. Endast när du sätter dig in i personens situation så kan du känna vad de känner då kan du hjälpa dem.</p>
<p>Sandsdalen, T., Höye, S., Rystedt, I., Abrahamsen G., V., Hov., R., Wilde-Larsson, B. 2017 Norge</p>	<p>The relationships between the combination of person- and organization-related conditions and patients' perceptions of palliative care quality</p>	<p>Syftet var att undersöka person- och organisationsrelaterade tillstånd och patienters uppfattning om palliativ vårdkvalitet</p>	<p>Tvärsnitt  Studie av 191 patienter i livets slut  75 referenser</p>	<p>Patienter med lägre ålder gav högre poäng i vårdkvaliteten av att vara på avdelning med tillgång till läkare. Kön (kvinnor) med daglig kontakt med familj och vänner visade högre poäng av vårdkvalitet.  Överlag visade patienterna måttliga till höga poäng i kvaliteten på vård.</p>
<p>Guidet, B., Vallet, H., Boddaert, J., de Lange, D.W., Morandi, A., Lebac, G., Artigas, A., Flaatten, H. 2018 Frankrike</p>	<p>Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review</p>	<p>Rapport av ny litteratur på äldre kritiskt sjuka för att hjälpa läkare i beslutsprocessens olika steg.</p>	<p>Litteratur studie  130 referenser</p>	<p>En algoritm har presenterats. Effekterna av svaghet gör inte överlevnad sämre men vid stress ökar risken dramatiskt och risken för dödsfall större, mot äldre i god form. Förekomst av akut andningsbesvär ökar markant med åldern, vilket gör att förekomsten av sepsis är högre hos de mycket äldre samt förekomst av lunginflammation. En hög andel äldre patienter förväntas vilja begränsa vården när de har kritisk sjukdom.</p>

<p>Åvik Person, H., Sandgren, A., Füst, C-J, Ahlström, G., Behm, L. 2018 Sverige</p>	<p>Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multi-disciplinary team's perspective</p>	<p>Syftet att utforska tidiga och sena tecken före döende hos äldre personer i vårdhem för att den äldre med närstående ska kunna delta i planeringen av vården den sista tiden utgående från egna preferenser och värderingar.</p>	<p>Focus grupp intervjuer i 4 vårdhem  47 referenser</p>	<p>Deltagarna upplevde att dö är som en händelse, inte en process, och tyckte det var svårt att identifiera tidiga tecken. Huvudkategorin "Att gå in i en bubbla" illustrerar tidiga tecken på att villan dra sig tillbaka från omvärlden. Kategorin "Kroppen börjar stänga av" illustrerar sena tecken. En palliativ vårdstrategi i vårdplanering kräver enighet i uppfattningen av den döende.</p>
<p>Forssell, A., Boman, K.  2006 Sverige</p>	<p>Erfarenheter av palliativ avancerad hemsjukvård för patienter med svår kronisk hjärtsvikt</p>	<p>Syftet är att patienten kan välja vård i hemmet istället för på sjukhuset, om han eller hon önskar.</p>	<p>Retro-spektiv studie  Journal-genomgång  18 referenser</p>	<p>Hemsjukvård av hjärtsvikt-patienter: att diagnosen var säkerställd och behandlingen säkerställd. Inläggningsfrekvens och vårddygn visade att många patienter vårdades hemma i större utsträckning efter anslutning till avancerad hemsjukvård. Kan vara att patienten känner trygghet, kontinuitet och förbättrad livskvalitet i att vårdas hemma.</p>
<p>Barremo, A-S, Bruce, E., Salander, M., Sundin, K.  2008 Sverige</p>	<p>Personlig upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka människors upplevelser av att leva med hjärtsvikt.</p>	<p>Systematisk litteratur studie  65 referenser</p>	<p>Resultatet visar på att personer med hjärtsvikt upplever ett behov av att mötas med förståelse för sitt försämrade hälsotillstånd och sin nya livssituation som är fylld av förluster. De behöver stöd med praktiska angelägenheter och med att bearbeta mot nyorientering i livet. Behov av upplevelsen av självständighet.</p>

<p>Bökberg, C., Behm, L., Wallerstedt, B., Ahlström, G. 2016 Sverige</p>	<p>Evaluation of person-centeredness in nursing homes after a palliative care intervention: pre- and post-test experimental design</p>	<p>Huruvida ett pedagogiskt ingripande hade någon effekt på personalens uppfattning att ge personcentrerad palliativ vård för äldre personer i vårdhem</p>	<p>2 st. Enkäter insamlades  Statistisk analys utfördes  67 referenser</p>	<p>Studien visar att personalen uppfattade att chefer och organisationens stöd till dem var det enda förbättring för att upp hålla personcentrerad vård. Erfarenheterna bland personalen är avgörande kunskap för att förstå hur palliativ vård kan göras personcentrerad vård, trots ofta begränsade resurser på vårdhem. Utbildning av all personal på vårdhemmen.</p>
<p>Nielsen, K.T., Raunkeær, M. 2014 Danmark</p>	<p>Palliativ indsats til oldre med kornisk hjertesvigt</p>	<p>Att undersöka utmaningar av palliativ vård för äldre med hjärtsvikt.</p>	<p>Systematisk litteraturöversikt  64 referenser</p>	<p>Svårigheter att för vårdpersonal att veta sjukdomens prognos och därmed är ovilliga att inleda palliativ vård. Brist på kontinuitet och koordinering av vården mellan vårdinstanser.</p>
<p>Karlsson, M., Sandén, I. 2007 Sverige</p>	<p>En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda vård-situationer i palliativ vård</p>	<p>En studie om en god situation i vården av en svårt sjuk människa i hemmet.</p>	<p>Narrativ metod  13 referenser</p>	<p>En ökad självkänedom innebär att sjuksköterskan blir tryggare och mer närvarande i situationen. Det goda förhållnings-sättet kan användas för att vägleda andra sjuksköterskor i omvårdnaden av en svårt sjuk människa, oavsett vilken vårdmiljö patienten befinner sig.</p>

<b>Bilaga 2</b>		
Vid livets slut behövs rätt vård!		
Meningsenheter	Underkategori	Huvudkategori
Samarbete Medicinsk kunskap viktig Bygga förtroende i relationer Personcentrerad vård Utbildning Kommunikation Bra ledarskap starka arbetare Effektiva kommunikationssystem	Sjuksköterskans profession	Strukturella förutsättningar
Rädsla Tvekan vid döende Lära känna Dela information Diskussion Dokumentation Kunskap och skicklighet	Barriärer	
Potentiella nyttan av en intensivvård. Intensiv, låg- mellan- eller palliativ vård Svaghet Funktion Sjuklighet Kognition Önskemål Patient Anhöriga	Triage	
Äldre mera intagen till intensivvård. Kostnader Etiska, praktiska utmaningar. Kommunikation Undernäring Svaghet Infektioner Syretillförsel Delirium Akut stress Fall Oro Tröst Stöd Polyfarmasi Kontinuitet i vården	Livskvalitet	Personcentrerad vård

<p>Avancerad hemsjukvård  Ökad livskvalitet  Mindre sjukhusinläggningar  Ökad trygghet  Kontinuitet  Vikten av förtroende  Att var till börda</p>	<p>Vårdberoende</p>	
<p>God symtomlindring  Fungerande teamarbete dygnet runt  God kommunikation  Trötthet  Andningssvårigheter  Önskan att få dö  Kroppsförändringar  Dra sig undan  Inte bry sig  Minskad aptit  Acceptans  Lugn  Sena; sängliggande, medvetlös, existentiella och sociala aspekter.  Diskussioner  Gott förhållningssätt</p>	<p>Den sista tiden</p>	<p>Palliativ vård</p>
<p>Betydelsen av skriftlig vårdplanering/önskemål för patienten, anhöriga, personal och akutvård.  Ingen hjärt-lungräddning, intensivvård, kirurgi eller invasiva åtgärder skall dokumenteras.  Överbehandling  Trycksår  Livskvalitet  Koordination av vården  Samarbete</p>	<p>Professionell vårdplanering</p>	

