

Vård i livets slutskede

-En kvalitativ studie om sjukskötares erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede på sjukhus

Wilma Strandholm

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Wilma Strandholm

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Nina Vestö

Titel: Vård i livets slutskede - En kvalitativ studie om sjukskötares erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede på sjukhus

Datum: 24.11.2022 Sidantal: 28

Bilagor: 3

Abstrakt

Vård i livets slutskede innebär vård som ges under de sista dagarna eller veckorna i livet. Denna vård kan erbjudas i hemmet, på boenden eller på sjukhus. Önskvärt för patienter i livets slutskede är att inte behöva lida och att få leva ett så normalt liv som möjligt ända till slutet. Syftet med detta arbete var att beskriva vård i livets slutskede, där fokus hamnade på smärta i livets slutskede och hur man som vårdpersonal kan bidra till en värdig död på sjukhus.

I detta arbete intervjuades fyra sjukskötare, i åldern 25-50 år och där alla arbetade med patienter i livets slutskede. Målet var att få höra deras olika erfarenheter angående smärta i livet slutskede samt vad de ansåg bidrog till en värdig död på sjukhus. Intervjuerna som gjordes var semistrukturerade och de analyserades sedan genom en kvalitativ innehållsanalys. Erikssons teori om lidande användes som teoretisk utgångspunkt i arbetet.

I resultatet framkommer det att sjuksköterna upplever att många patienter är smärtpåverkade och att det varierar hur lätt det går att behandla smärtorna. Enligt sjuksköterna bidrar god omsorg och anhöriga till en värdig död för patienterna. Det framkommer också att anhöriga ibland kan kräva mera omsorg än själva patienten.

Språk: svenska

Nyckelord: livskvalitet, smärta, livets slutskede

BACHELOR'S THESIS

Author: Wilma Strandholm

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Nina Vestö

Title: End-of-life care – A qualitative study on nurses' experiences of caring for patients at the end of life in hospitals

Date 24.11.2022 Number of pages: 28

Appendices: 3

Abstract

End-of- life care means care provided in the last days or weeks of life. This care can be offered at home, in residential care homes or in hospitals. It is desirable for patients at the end of life not to have to suffer and to live as normal a life as possible until the end. The purpose of this work was to describe end-of-life care, where the focus ended up on pain at the end of life and how healthcare professionals can contribute to a dignified death in hospitals.

In this work, four nurses were interviewed, aged 25-50 years and all of whom worked with patients at the end of life. The goal was to hear their different experiences regarding pain at the end of life and what they believed contributed to a dignified death in hospital. The interviews that were done were semi-structured and they were then analyzed through a qualitative content analysis. Eriksson`s theory of suffering was used as a theoretical starting point in the work.

The results show that nurses feel that many patients are affected by pain and that it varies how easy it is to treat the pain. According to the nurses, good care and relatives contribute to a dignified death for patients. It also emerges that relatives may sometimes require more care than the patient himself.

Language: swedish

Key words: quality of life, pain, end of life

Innehåll

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Bakgrund	2
3.1	Palliativ vård	2
3.2	Terminal vård	3
3.3	DNR (do not resuscitate) – Beslut om att inte återuppliva	4
3.4	Smärta	4
3.5	Smärtanalys	6
3.6	Smärtlindring	7
3.7	Palliativ sedering	8
3.8	Symptomlindring	9
3.9	En värdig död	11
4	Teoretisk utgångspunkt	12
4.1	Lidande	12
4.2	Olika sorters lidande	13
4.3	Att lindra lidande	14
5	Metod	15
5.1	Val av deltagare	15
5.2	Datainsamling	16
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	16
5.4	Etiska övervägande	18
6	Resultat	19
6.1	Smärta i livets slutskede	19
6.1.1	Hur man upptäcker smärta	19
6.1.2	Smärtlindring och dess effekt	20
6.2	En värdig död på sjukhus	21
6.2.1	Omsorg	21
6.2.2	Anhöriga	22
6.3	Vårdpersonalens förbättringsförslag för vård i livets slutskede	22
7	Spegling av resultatet	23
7.1	Metoddiskussion	23
7.2	Resultatdiskussion	24
	Källförteckning	26

Bilagor

1 Inledning

Vård i livets slutskede innebär den vård som ges under de sista veckorna eller dagarna i livet. Denna vårdlinje inleds ofta efter att patienten under en längre tid varit i palliativ vård men där livet nu går mot sitt slut och där vården nu fokuserar på den sjukes livskvalitet och att lindra de symptom som kan uppstå när en människa närmar sig döden (Käypähoito, 2020).

I Finland finns det rekommendationer om att det bör finnas tillgång till både palliativ vård och terminalvård på alla vårdenheter i landet. Beroende på vårdenhet krävs det olika stora resurser. En patient har ändå rätt till vård i livets slutskede oberoende om det är via hemvården, på en avdelning för vård i livets slutskede eller via universitetssjukhusets palliativa center (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.).

När man vårdar patienter i livet slut skede är det viktigt att fråga sig själv och framför allt patienten vad en god och värdig död innebär. Som vårdare betyder det delvis att man vårdar på ett sådant sätt att patienten får leva ett så normalt och bra liv som möjligt till slutet men också att vården fortsätter efter att döden inträffat. Ett vanligt svar som patienter i livets slutskede ger vid frågan om vad en god död innebär är att få slippa lidande. Lidandet kan vara fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Där är vårdarens uppgift att erbjuda stöd för att lindra dessa till bästa mån och på så sätt bidra till en god sista tid (Widell, 2016, 54).

I och med att en persons eller en hel familjs liv förändras tillflöjd av sjukdom menar Eriksson (1994, 88-89) att det blir ett slags livslidande. Att leva i ovisshet över vad som kommer att ske härnäst och vetskapen om att döden inte går att undvika kan vara svårt för både patienter som anhöriga. I de stunderna kan det vara svårt att hitta motivation till att fortsätta leva som tidigare.

Jag har valt att skriva mitt examensarbete om vård i livets slutskede eftersom man på många arbetsplatser inom hälso- och sjukvård hamnar i situationer där döden är oundviklig för patienten och därför anser jag det är viktigt som vårdare att kunskap och redskap i hur man vårdar en patient i livets slutskede enligt bästa möjliga förmåga. Önskvärt skulle vara om alla vårdare skulle känna sig bekväm med att vårda dessa patienter och på det sättet bidra till en lugn miljö där både patient och anhöriga är trygga.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbetet är att beskriva vård i livets slutskede. Jag har valt att fokusera på hur man kan lindra smärta och hur man som vårdpersonal kan bidra till en värdig död på sjukhus.

Frågeställningarna i arbetet är:

Vilka upplevelser har sjukskötare av att patienter är smärtfria respektive är smärtpåverkade i livets slutskede?

Vad innebär en värdig död på ett sjukhus?

3 Bakgrund

I bakgrunden förklaras begreppen palliativ vård, terminal vård och DNR. Även smärta i livets slutskede, hur man lindrar smärta, vad palliativ sedering är och hur man som vårdare ger bästa möjliga omvårdad för patienter i livets slutskede kommer beskrivas. I bakgrunden kommer tidigare forskning kring ämnet tas upp.

3.1 Palliativ vård

Från det latinska ordet pallium härstammar det vi idag pratar om som palliativ. Pallium betyder mantel, något som skyddar (Widell, 2016,13). Enligt WHO's definition från 2020 innebär palliativ vård att ge bästa möjliga livskvalitet åt patienter som lider av en livshotande sjukdom (WHO, 2020). Palliativ vård rör alla människor och barn med en livshotande sjukdom och den vården kan pågå i många år. Palliativ vård fokuseras inte enbart på den sjuka, utan vården ska även riktas till närstående för att ge dem det stöd de behöver (Thl,2021). För att kunna ge den bästa möjliga palliativa vården behövs alla olika yrkesgrupper inom vården: läkare, sjukskötare, fysioterapeut, farmaceut med flera (WHO,2020).

Palliativ vård kan delas in i en tidig fas och en sen fas, där den tidiga fasen betyder att patienten fått sitt sjukdomsbesked och där prognosen är att sjukdomen inte kan botas. I den tidiga fasen är det möjligt med behandlingar som har till syfte att förlänga livet. Med den sena fasen i palliativ vård menas att behandlingar inte längre kan förlänga livet men där vård ges för att lindra symptom (Internetmedicin, 2021). Inom palliativ vård är det ett konstant övervägande om vilka behandlingar och åtgärder som ger mest nytta för patienten. Ibland kan det bästa för patienten vara att inte alls ge vissa behandlingar (Strang & Beck-Friis, 2012, 15-17).

3.2 Terminal vård

Terminal vård, också kallat vård i livets slutskede, inleds när en patient är döende och beräknas ha från några dagar till veckor kvar i livet. Terminal vård är en del av palliativ vård. I terminalvård är patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov det centrala. I den vård som ges ingår bland annat smärtlindring, förebygga förstoppning, hålla munnen fuktad, lindra illamående och ångest symptom (Käypähoito,2020).

Vård i livets slutskede kan ordnas på sjukhus, i hemmet eller på hospice. Beslutet att övergå i terminalvård fattas av läkare tillsammans med patienten eller med patientens anhöriga om patienten själv inte längre kan föra fram sin vilja. Det viktiga för patienter som lider av en obotlig sjukdom är att göra upp en vårdplan tillsammans med läkare, sjukskötare och närstående. I en vårdplan ingår vilken vårdlinje patienten vill ha, vilka vårdbegränsningar som önskas, DNR beslut (beslut om att inte återuppliva) och andra speciella önskemål som patienten har som berör livets sista tid (Valvira,2020).

I en studie gjord i Sverige på 174 personer, där alla varit i palliativ vård undersökte man bland annat var dessa personer dog. 63% av de som ingått i studien dog på ett boende, 18% på en palliativ enhet, 12% hemma och 6% på sjukhus. Majoriteten av de patienter som ingick i studien var äldre. Knappt hälften av personerna i studien dog på den plats de önskat. Detta taget från önskemål de fått ge angående var de önskar dö när de först blev inskriven som patient i palliativ vård jämfört med var de senare dog. (Andershed, Benzwin, Sahlbert-Blom & Wallerstedt, 2012).

3.3 DNR (do not resuscitate) – Beslut om att inte återuppliva

Ett DNR-beslut tas av en läkare som bedömer att om patientens hjärta stannar kommer ett försök till återupplivning vara mera till skada än till nytta. Läkaren tar i beaktande sjukdom, prognos och patientens allmäntillstånd. Ett DNR-beslut innefattar endast ett beslut om att inte påbörja en återupplivning om patientens hjärta stannar. Ett DNR-beslut utesluter inte andra behandlingar. Andra beslut gällande patientens vård och eventuella begränsningar görs separat. Läkaren ska informera patienten om att ett DNR-beslut tas, på vilka grunder och föra en öppen diskussion kring beslutet och patientens önskemål och vilja. Om patienten inte själv kan föra en diskussion förs den med närmaste anhöriga. Ett DNR-beslut kan upphävas om patientens hälsotillstånd skulle förändras. Men ett beslut taget på medicinska grunder kan inte upphävas på patientens eller dennes anhörigas begäran. När beslutet är taget ska det dokumenteras i vårdplanen. Där ska det framgå vilken läkare som tagit beslutet, på vilka grunder, vad som ingår i beslutet och patientens och anhörigas åsikter kring det (Valvira, 2020).

3.4 Smärta

Smärta i livets slutskede kan skilja sig mycket från den smärta som man tidigare i livet känt. Den smärta som oftast upplevs är den fysiska smärta som uppkommer i samband med en fysisk skada, till exempel vid ett benbrott (Widell, 2016, 173). Smärta i livets slutskede behöver inte endast bero på fysisk smärta utan även på psykisk, social eller existentiell smärta (Widell, 2016, 173-179).

Fysisk smärta kan delas in i *nociceptiv somatisk smärta*, *nociceptiv visceral smärta* och *neurogen smärta* (Widell, 2016, 179; Strang & Beck-Friis, 2012, 190).

Nociceptiv somatisk smärta

Innebär att nociceptorer (smärtreceptorer) i muskler, ledkapslar, senskidor, benvävnad eller i huden aktiveras. Smärtreceptorerna aktiveras till följd av ökat tryck kring vävnader. Växande tumörer och vätskeansamlingar i form av ödem kan orsaka denna smärta. Blodkärlen kan drabbas av syrebrist som följd av ökat tryck runt om dem, detta kan ge svåra

smärtor. Den nociceptiva somatiska smärtan upplevs oftast som dov, molande och oavbruten (Widell,2016, 179-180).

Nociceptiv visceral smärta

Orsakas av att organens glatta muskulatur dras isär, också om kapslarna som omsluter de inre organen tänjs ut. Detta påverkar främst bukspottskörteln, levern och njurarna. Tumörer som växer är en orsak till denna smärta. Djup, otydlig och svår att lokalisera är vanligt för nociceptiv visceral smärta. Smärtan kan kännas som krampande och skärande (Widell,2016, s.180; Strang & Beck-Friis, 2012, 191).

Neurogen smärta

Orsakas av skador i nervvävnaden. Tumörer och metastaser kan leda till ökat tryck på nervvävnader i hjärnan, i ryggmärgen och i andra perifera nerver, detta tryck orsakar smärta. Multipel skleros, Parkinsons och ALS är exempel på neurologiska sjukdomar där det finns någon skada eller nedsatt funktion i nervsystemet. Dessa sjukdomar kan ge neurogen smärta. Dessa smärtor kan vara ilande eller stickande och även förändringar i känslan kan förekomma (Widell, 2016, 180).

Genombrottssmärta

Är en sorts smärta som hastigt framträder trots regelbunden smärtbehandling. Genombrottssmärta förekommer hos bland annat cancerpatienter och främst vid fysisk aktivitet. Denna smärta behandlas med hjälp av snabbverkande opioder. (Käypähoito, 2020; Cancerfonden, 2019).

Psykisk smärta

Innebär bland annat rädslor inför döden, skrämmande tankar, känsla av maktlöshet och förnekelse. Under sista tiden i livet är det vanligt att den sjuke blir orolig, får ångest symptom och upplever alla möjliga känslor kring döden. Där är det viktigt som vårdpersonal att finnas till för både patienten och för anhöriga. Vårdpersonalen finns där för att ge stöd och hjälpa till att med att bearbeta olika känslor, rädslor och sorg över att livet närmar sig sitt slut. För patienter som har fysiska smärtor kan de förvärras om man också upplever psykisk smärta. Vårdpersonalen ska upplysa patienten om att det finns stödsamtal och läkemedel om man önskar (Widell,2016, 175-177).

Existentiell smärta

Berör den del där man som döende börjar ifrågasätta meningen med livet, vad som händer efter döden och om livet man levit blev som man tänkt sig eller inte. Detta är stora frågor och som vårdpersonal kan man endast ge sin syn på livet och vad som kommer efter. Det finns ingen som sitter på några rätta svar men det kan vara lättande för den sjuke att kunna samtala kring dessa frågor och dela med sig av sina kanske olika uppfattningar. I livets slutskede kan en del människor uppleva att livet de levit inte uppfyllde deras förväntningar och att de haft många motgångar. Att kunna finnas där och hjälpa till att komma ihåg fina stunder från livet och påminna om att livet faktiskt nog har en mening fast det varit kantat av svåra stunder kan vårdpersonal bidra med. Man kan också erbjuda den sjuke att få prata med någon som delar samma livsåskådning, till exempel en präst (Widell,2016, 178-179).

3.5 Smärtanalys

För att analysera vilken sorts smärta en patient har och hur svåra smärtorna är kan man använda sig av olika formulär och skalor. ESAS är ett formulär som består av 10 frågor som berör olika sjukdomssymptom, bland annat illamående och smärta. Patienten får med hjälp av en skala från 0-10 bedöma hur besvärande varje symptom är. Har patienten en god kognitiv förmåga är en VAS skala också lämpligt att använda, där patienten får på en linje mellan 0-10 centimeter markera hur lätta eller besvärliga symptomen är. Även vårdpersonal kan med hjälp av skalor bedöma en patients smärta. Detta genom att observera bland annat kroppsspråk och fysiologiska förändringar. Exempel på en sådan smärtskala är Abbey Pain Scale (Axelsson,2016, 110-112).

Vid upptäckt smärta krävs en vidare analys om vad som orsakar smärtan, i vilket samband smärtan börjat, hur smärtan känns och var i kroppen smärtan finns. Tillsammans med en välgjord anamnes och eventuellt röntgenundersökning är det möjligt att göra en individuell läkemedelsbehandling för patienten (Axelsson, 2016, 113).

I en studie gjord på äldreboenden i Sverige undersökte man hur användning av Abbey pain Scale kunde hjälpa vårdpersonalen att upptäcka och följa upp smärta hos de patienter som vårdades i livet slutskede. Studien gjordes på äldreboenden där en stor del av de boende hade kognitiva nedsättningar, bland annat demens, vilket lämpar sig vid användning av Abbey pain Scale. I studien kom det fram att vårdpersonalen känt att det blivit lättare att

upptäcka och sedan följa upp smärtan, också att de har blivit säkrare på smärtbedömning sedan man börjat använda skalan. De ansåg också att de döende fick både snabbare och bättre smärtlindring när skalan var i användning (Hajdarevic, Isaksson, Ludvigsson, 2020).

3.6 Smärtlindring

Smärtlindring i livets slutskede är viktigt både för patienten och för närstående. Det är möjligt att behandla symptom som uppkommer från fysiska smärtor men också de som kommer av psykisk eller existentiell smärta, som kan ge sig i uttryck i form av fysiska symptom, till exempel andnöd. En stor del av alla patienter i livets slutskede upplever smärta. Smärtorna varierar individuellt men kan också bero på den diagnos den sjuke har. Vid metastaserad cancer upplever upp till 70% svåra smärtor. Svåra smärtor i livets slutskede kan ge patienten en bild av att döden är nära eller att det är sjukdomen som håller på att ta över ens kropp. Vid god smärtbehandling kan man undvika detta och ge patienten en sista tid där dem själv känner att de har kontroll över situationen och vågar leva ut sin sista tid i livet (Strang & Beck-Friis, 2012, 186-189.)

För att kunna besluta vilken läkemedelsbehandling som är aktuell för en viss patient behöver man först veta vilken sorts smärta patienten lider av. Ger man fel typ av läkemedel vid en sorts smärtpatyp kan det till och med ge omvänd effekt och orsaka mera smärta. Man delar in smärtorna i nociceptiv och neurogen smärta (Strang & Beck-Friis, 2012, 186-189 ;Vårdhandboken, 2021).

Vid läkemedelsbehandling av nociceptiv smärta delar man vidare in smärtpatyperna i flera under kategorier. *Nociceptiv somatisk smärta* med inflammation kan behandlas med antiinflammatoriska läkemedel eller strålbehandling eftersom smärtorna ofta orsakas av skelettmetastaser och blir värre i rörelse. Vid *Nociceptiv visceral* smärta orsakat av cancer som spridit sig längs fria ytor i kroppen, till exempel på utsidan av tarmen, är det lämpligt att använda sig av paracetamol eller opioider. Senare kan också cancer ge koliksmärta till följd av större spridning, då kan opioider ha motsatt effekt och ge svårare smärtor än innan. Vid koliksmärta lämpar sig antiinflammatoriska läkemedel eller läkemedel som lindrar spasmer (Strang & Beck-Friis, 2012, 190-191).

Vid användning av opioider inom palliativ vård är det möjligt att använda sig av WHO:s smärtrappa. Enligt den inleds smärtbehandlingen med icke opioider, för att sedan övergå till svaga opioider och slutligen påbörja starka opioider (Käypähoito, 2021). Enligt Axelsson (2016, 128-129) är det möjligt att hoppa över användningen av svaga opioider för att istället påbörja låga doser starka opioider. Till starka opioider hör bland annat morfin, oxikodon och fentanyl (Axelsson, 2016,129 ; Käypähoito, 2021).

Vid *neurogen smärta*, med andra ord nervsmärta kan man använda sig av olika läkemedel, till exempel Gabapentin, som är ett antiepileptiskt läkemedel samt Pregabalin som har effekt på både nervsmärta och ångest (Strang & Beck-Friis, 2012, 191).

Kortison kan användas vid smärta men också mot illamående, sämre aptit, klåda och har en uppiggande effekt (Strang & Beck-Friis, 2012, 279). När det inte längre är möjligt med tablettbehandling kan man övergå till att administrera läkemedel subkutant genom en pump som ger läkemedel kontinuerligt och med möjlighet att ge bolusdoser vid behov. Även smärtplåster finns för de patienter som vill undvika tabletter (Internetmedicin, 2021).

Det som är viktigt vid påbörjad läkemedelsbehandling är utvärdering. Har behandlingen haft god effekt, har det uppkommit eventuella biverkningar och är dosen tillräcklig. Om patienten känner att ingenting hjälper mot smärtorna bör man också överväga existentiella bekymmer. Det kan handla om problem i familjen eller saker som lämnat ogjorda och nu inte ger ro (Axelsson, 2016, 150-153).

3.7 Palliativ sedering

Med palliativ sedering menas att man med hjälp av lugnande läkemedel kan sänka en patients vakenhetsgrad. Det betyder egentligen att patienten får sova ända till livets slut om det är önskat. Denna behandling kan motiveras om en patient lider av smärtor, andnöd och annan behandling inte har hjälpt, eller om patienten har svårbehandlad ångest (Strang & Beck-Friis, 2012, 40-41). Sederingen behöver inte vara kontinuerlig och dess djup varierar individuellt. Under sederingen ska den tidigare smärtbehandlingen fortsätta trots att patienten har sänkt medvetande. Sederingen kräver inte att de vitala funktionerna följs med på monitor. Palliativ sedering fördröjer eller påskyndar inte döden (Käypähoito, 2021). Före behandlingen inleds bör man tillsammans med patienten och närstående

diskutera varför sedering är ett lämpligt alternativ samt hur det kommer gå till (Lääkäriliitto, 2021).

3.8 Symptomlindring

Förutom smärta i livets slutskede är det också vanligt att drabbas av andnöd, illamående och förstoppning. Utöver dessa finns det också risk för uttorkning, ångest och minskad aptit. I livets slutskede ska vård ges som lindrar dessa symptom (Käypähoito, 2020).

Andnöd, en känsla av att inte få tillräckligt med luft kan vissa patienter med KOL, cancer, hjärtsvikt och ALS uppleva. Andnöd förekommer hos 40-80% av patienter i palliativ vård. Orsaken till andnöd kan vara flera olika; cancer med metastaser i lungor, pleuravätska, nedsatt kraft i andningsmuskulaturen, pneumoni med mera. Behandlingen för andnöd bör främst riktas till orsaken bakom. Det kan exempelvis innebära; strålbehandling, tappning av pleuravätska, antibiotika eller kortisonbehandling. I övrigt kan lätt syrgasbehandling, opioider, sittande ställning, andning i flaska och frisk luft underlätta för andningen (Strang & Beck-Friis, 2012, 285- 290).

Illamående är ett vanligt symptom och påverkar patientens livskvalitet betydligt. Cancer, cytostatikabehandling, hyperkalcemi, förstoppning och infektion är olika orsaker till illamående. Behandlingen mot illamående sker genom att behandla orsaken. Exempelvis att få tarmen att fungera regelbundet kan bota illamåendet. Vid allmänt illamående utan konkret orsak kan antihistaminer, metoklopramid eller neuroleptika ges. Även kortison och tarmvila är kan användas som behandling (Strang & Beck-Friis, 2012, 252- 259).

Förstoppning innebär att tarmen tömmer sig mera sällan och att avföringen kan vara hårdare än tidigare. Hos patienter i livets slutskede är förstoppning ofta orsakat av opioidbehandling men kan även orsakas av sämre vätskeintag, inaktivitet, hyperkalcemi och lågt fiberintag. Utöver att förbättra vätskeintag, mera rörelse och äta fiberrik kost kan det behövas laxermedel, eftersom det inte alltid är möjligt för patienter att ändra sina levnadsvanor. Laxermedel finns i olika varianter och används i olika mängd och styrka beroende på patientens behov. Utöver de finns det också opioidantagonister som behandlar förstoppning orsakat av opioider utan att påverka den smärtstillande effekten opioiden har (Strang & Beck-Friis, 2012, 242-245).

Uttorkning beror främst på vätskeförlust till följd av feber, diarré och uppkastningar. Även på grund av litet vätskeintag, vilket man kan behandla med exempelvis vätska intravenöst. I livets slutskede klarar inte alltid kroppen av att ta upp den vätska som tillförs, detta gör att vätskan samlas i vävnader och kan i sig orsaka smärta. För en patient som lider av muntorrhet hjälper inte intravenös vätska utan då är oftast god munvård det bästa alternativet (Käypähoito, 2020). God munvård innefattar att borsta tänderna, fukta munnen, suga på iskuber, använda xylitolprodukter och att använda sprayer specifikt för munnen (Strang & Beck-Friis, 2012, 267-268).

Livskvalitet i livets slutskede innebär att man strävar efter ett så normalt liv som möjligt ända till slutet. Personlig hygien, näringsintag, vila och symptomlindring ingår i en väl utformad palliativ vård. Att samtala med patienten och närstående är viktigt under sista tiden, även se till att de är delaktiga i de beslut som tas rörande patienten. Att hjälpa patienten vara fysiskt aktiv så länge som möjligt är viktigt både för patientens självkänsla men förebygger även trycksår som kan uppkomma vid sängliggande. Även fast patienten mister sin rörelseförmåga ska människovärdet och den personliga integriteten vara den samma som tidigare. Ett empatiskt vårdande är centralt inom palliativ vård (Vårdhandboken, 2021).

För patienter i livets slutskede som vårdas på sjukhus är det viktigt att kunna erbjuda en trivsamt miljö runt omkring dem. Det är möjligt att erbjuda patienten att ta med saker hemifrån som får den att känna sig mera hemmastadd. Genom att möblera om i rummet efter patientens önskemål kan man öka trivselt, också ljud i form av radio eller musik kan uppskattas. Att vistas utomhus kan ha varit en stor del av många patienters liv, därför om det är önskat kan man erbjuda att ta med patienten ut i säng eller rullstol (Widell, 2016, 260-263).

En ljuspunkt i en patients tillvaro på sjukhus kan vara måltiderna man får. Så länge patienten har förmåga att äta och har en god aptit har mat en central roll i att känna att man umgås med sina närstående, att upprätthålla en dygnsrytm och uppleva smaker. I livets slutskede när man räknar att näringsintag inte längre har någon effekt är matintag endast till för patientens välbefinnande och efter önskemål på mat (Widell, 2016, 274-283).

I en studie gjord på äldreboenden i Sverige undersökte man hur äldre upplevde vård i livets slutskede och deras tankar kring att dö. I resultatet kom det fram att de äldre inte var rädda för att dö men en önskan om att få dö utan smärtor, att få dö snabbt, och att själv kunna kontrollera döden fanns bland de äldre. Det kom också fram att de äldre ofta inte tänkte så mycket på framtiden men att besök av barn och barnbarn gav mycket glädje i det liv de har kvar. Däremot tyckte de äldre att mista funktionsförmåga var svårt för dem, att inte kunna sköta sina dagliga aktiviteter på egen hand. De äldre hoppades att de i god tid skulle kunna ta farväl av sina närstående innan döden inträffar (Bokberg & Tjernberg, 2020).

3.9 En värdig död

En patient i livets slutskede har rätt till en värdig död, vilket innebär att vården ska grunda sig på patientens egna önskemål och värna om god livskvalitet. Patienten har rätt till självbestämmande, bevarande av integritet och sitt värde som människa (THL, 2021). För en del patienter är det inte möjligt att föra fram sin önskan eftersom en sjukdom kan vara långt skriden och gör det svårt att kommunicera. I dessa fall är det upp till vårdpersonal och närstående att forma vården efter vad de tror patienten själv hade velat (Widell, 2016, 54).

I svår sjukdom har en patient ändå rätt att bli behandlad som en levande människa ända fram till sin död. Vårdpersonal och närstående har möjlighet att hjälpa den döende att faktiskt leva fram till slutet genom att upprätthålla de funktioner som finns kvar och bidra till en trivsam omgivning för patienten, även på sjukhus (Strang & Beck-Friis, 2012, 69-70).

Det kan kännas svårt för både patienten och närstående att prata om döden, ibland för att inte göra den andra ledsen, men när väl samtalet om döden tas upp är det oftast en lättnad. Att ordna allt praktiskt kring begravning och arv kan kännas skönt för den sjuke och närstående (Cancerfonden, 2019). I och med att livet närmar sig sitt slut kommer sörjande vara väsentligt, både för patienten och närstående. Att bemöta människor i sorg kan kännas svårt, även om det kan räcka att lyssna och finnas till (Psykologiguiden, 2019).

Det är möjligt att utvärdera en patients livskvalitet i livets slutskede genom att gå igenom frågor som rör; god smärtlindring, en patients förmåga att vara självständig, kontakt med närstående, patientens självbild, meningen med livet och om hur vida patienten accepterar att döden närmar sig. Dessa kriterier är grunden för en god och värdig död. (Widell, 2016, 54).

I en studie gjord i Italien fick vårdpersonal från sjukhus, akutmottagning och hemvård beskriva vad de anser är en god död, samt vad god vård i livets slutskede innebär. Vårdpersonalen ansåg att en god död innebar att få vara smärtfri, vara runt sina närstående, i en miljö de själv önskar, bevara patientens värdighet och inte vårda enbart en sjukdom utan att se hela patientens behov (Cipolletta & Oprandi, 2014).

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet används Erikssons teori om lidande, som beskrivs i boken "Den lidande människan".

4.1 Lidande

Lidande tolkas som något en människa utsätts för, något med negativ innebörd. Att lida beskrivs också som en kamp, men kan också betyda att människan gottgör för något eller någon. Efter 1940-talet börjar man se att begreppet lidande ändrar betydelse från plåga, oro och smärta till att utöver smärta i stället innefatta sjukdom och ångest. I och med detta började lidande som begrepp också minska i användning (Eriksson, 1994, 16-21).

Att vara lidande behöver inte betyda att man har smärtor, på samma sätt som att om man har smärtor behöver man inte vara lidande. Lidandets motsats är lust. Lust och lidande kan bidra till en ökad drivkraft och utveckling i livet, men kan också få människan in på ondare banor (Eriksson 1994, 16-21).

Begreppet "patient" som tidigare innebar en lidande människa som upplevde både lidande men också kunde känna lust har nu i senare tid gått från den betydelsen och numera betraktas en patient som en människa med en sjukdom eller en människa som genomgår en medicinsk behandling. Eftersom man i dagens samhälle räknas som patient först när man uppvisar sjukdomssymptom kan det i sig orsaka lidande eftersom man kommit ifrån den ursprungliga betydelsen av vad en patient var, en lidande människa (Eriksson, 1994, 22-24).

4.2 Olika sorters lidande

Sjukdomslidande innebär lidande som orsakats av en sjukdom eller en medicinsk behandling. Lidande i form av fysisk smärta är väl bekant för oss och lokaliserar sig ofta till en viss kroppsdel och kan ta mycket energi av människan. Vid sjukdom uppkommer inte alltid fysisk smärta utan kan istället orsaka andligt eller själsligt lidande. Dessa sorters lidande kan uppkomma till följd av förödmjukelse som sjukdomen ger, också av bemötandet av sjukvårdspersonal. Skam kan de flesta människor känna runt sina sjukdomar. Föräldrar kan känna skuld att deras barn råkat ut för en sjukdom, att de inte gjort allt rätt. Skam kan också förekomma för patienter med gynekologiska sjukdomar eftersom det berör ens intima område. Lidande inom vården berör även anhöriga som kan behöva bevittna sina nära bli sjuka (Eriksson, 1994, 77-80).

Vårdlidande innebär lidande som uppkommer av felaktig vård eller utebliven vård. Kränkningar, straff och maktutövning är situationer i vården som orsakar lidande. Att kränka en patient kan gå till så att vårdaren inte tar hänsyn till patientens integritet, till exempel genom att inte skydda kroppsdelar vid undersökningar eller att ställa olämpliga personliga frågor (Eriksson, 1994, 81-85).

Genom att låta bli att hjälpa patienten med små saker utövar man straff. Allt från en ilsken blick, till att inte hjälpa med matning kan släcka en patients livsgnista. Men på samma sätt kan en gnista tändas genom att vårdaren gör en oväntat god gärning. Att inte få den vård man behöver av olika anledningar; glömska eller medveten utebliven vård leder båda till lidande för patienten (Eriksson, 1994, 85-88).

Med livslidande menar man den omställning i livet som uppkommer till följd av sjukdom. En människas vardag och framtid kan plötsligt tas ifrån henne och orsakar lidande i form av ovisshet. Människan kan kastas från hopp och vilja om att leva till rädsla och smärta. Att befinna sig i en oväntad och ibland en situation där döden inte kan förhindras kan det vara svårt att finna någon motivation att fortsätta livet och värdesätta den tid som finns kvar (Eriksson, 1994, 88-89).

4.3 Att lindra lidande

Lidande är en del av allas liv och något alla kommer gå igenom, trots det försöker människan ändå alltid hitta ett sätt att lindra lidandet. Alla människor lider på olika sätt, och det är omöjligt att jämföra lidande människor emellan. För att lindra lidande kan människan tro att den behöver offra något för att få något i gengäld. Människan kan försöka hitta ett offer och genom det tro att man försonas, människan kan också i ett försök att bli en bättre människa och vara plikttrogen, tro att situationen lindras. I något skede blir människan ändå ödmjuk inför den situation som uppstått (Eriksson, 1994, 67-69).

I det lidande som människan går genom upplever man både hopplöshet och hopp. Hoppet ger människan möjligheten att våga att gå genom lidandet men också förmågan att känna medlidande med andra som går igenom svåra situationer. Grunden i att lindra lidande är att ha tro, hopp och kärlek. Det kan ge en livsglöd och en tro på ett gott liv (Eriksson, 1994, 71-72).

En människa i lidande upplever en rad olika känslor, ibland på samma gång. Man kan känna glädje i svåra stunder men även hopplöshet som kräver tröst. Alla människor har rätt att gråta och vara sårbara men vi har också en plikt att ta emot andra i sorg och respektera den spårbara människan. I svåra stunder kan det finnas ögonblick där en människa kan känna sig död fast man ännu lever, i det tomrum som då upplevs behöver man fylla något som ger livet en mening igen. Det kan fyllas av en människa, av naturen eller också av en Gud (Eriksson, 1994, 72-74).

5 Metod

I detta kapitel beskrivs urvalet av deltagare, vilken datainsamlingsmetod som används samt vad en kvalitativ innehållsanalys är. Etiskt övervägande tas även upp.

5.1 Val av deltagare

Val av antalet deltagare som behövs till en kvalitativ studie är i regel färre än vid en kvantitativ studie eftersom man i en kvalitativ studie vill komma åt deltagarnas upplevelser och därför är innehållet viktigare än antalet som deltar i studien. Deltagarna tillfrågas eller väljs ut med förutsättningen att de har erfarenheter av det som det frågas efter i just den studien. Genom att ha deltagare i olika åldrar och kön kan det bidra till större variation i svar och upplevelser (Henricson & Billhult, 2017, 111-117).

För att kunna delta i denna studie behövde deltagarna ha arbetat med patienter i livets slutskede, helst på en sjukhusavdelning samt vara sjukskötare eller hälsovårdare till utbildningen. För att hitta deltagarna lades ett Facebook inlägg upp (Bilaga 1), där det framkom vad syftet med studien var, vilka deltagare som söktes samt kontaktuppgifter. Genom inlägget hittades en frivillig deltagare, men eftersom det behövdes flera deltagare gick skribenten via vänner och bekanta för att hitta ytterligare tre frivilliga som kunde att delta i studien.

Före det blev aktuellt att göra första riktiga intervjun gjordes en provintervju, detta för att få ett ungefär på hur långa intervjuerna kommer att bli samt hur välformulerade frågorna var. Eftersom majoriteten av intervjuerna skulle göras via videosamtal gjordes provintervjun på samma sätt (Danielson, 2017, 149).

Sammanlagt intervjuades fyra sjukskötare, tre av intervjuerna gjordes via videosamtal och en intervju gjordes på en plats som deltagaren själv fick bestämma. Deltagarna fick på förhand ett informationsbrev och intervjufrågorna skickade till sig. Deltagarna gav samtycke till att intervjuerna skulle spelas in, detta för att kunna transkribera dem senare.

5.2 Datainsamling

Datainsamling till studien gjordes med hjälp av intervjuer, detta för att få höra om deltagarnas upplevelser och tankar kring ämnet. En intervjuguide användes med färdigt bestämda frågor men med möjligheten att ställa följdfrågor på passande ställen, detta kallas för en semistrukturerad intervju (Danielson, 2017, 143-149). Intervjuguiden gjordes upp på förhand och skickades ut till deltagarna (Bilaga 2). Utrymme gavs även att diskutera utanför de specifika frågorna med hjälp av följdfrågor eller att deltagarna själva spann vidare på något hen ansåg var viktigt för intervjun. Frågorna som ställdes var gjorda med tanke på att svara på studiens syfte samt på frågeställningarna.

Att bestämma var och när intervjuerna skulle göras fick deltagarna själva välja, men på grund av avstånd blev tre av fyra intervjuer gjorda på distans genom videosamtal. Det var även att föredra att intervjuerna skulle ske i en avskild miljö för att inte bli störda under intervjun (Danielson, 2017, 150). Genom att använda videosamtal fick man känslan av att man befinner sig i samma rum, detta förstärktes genom att ljud och bild fungerade utmärkt.

Intervjuerna gick till så att jag började med en presentation av mig själv och vad intervjuens syfte var. Efter diskuterades det om en ungefärlig tid som intervjun kommer ta, att deltagaren får avbryta sin medverkan när som helst samt samtycke till att intervjun spelas in, endast i syfte för att skribenten senare ska kunna lyssna och transkribera intervjun till text. Frågorna ställdes i ordning och ibland ställdes följdfrågor. Intervjuerna varierade alla i längd mellan 30- 40 minuter.

Som intervjuare ska man se till att intervjun går så bra som möjligt, anpassa sig efter deltagaren och främst lyssna. Genom att lyssna och beakta deltagarens ansiktsuttryck och känslor som visas i form av skratt eller gråt kan det ge värdefullt material till analysen. Före intervjun avslutas bör man som intervjuare ännu fråga om det finns något att tillägga eller om det är något som deltagaren missat att berätta på någon tidigare ställd fråga (Danielson, 2017, 151-152).

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Som dataanalysmetod valdes en innehållsanalys eftersom man då analyserar innehållet i en text. I detta fall är det intervjuerna som analyserades. Materialet som samlats in kallas

analysenhet (Danielson, 2017, 286). Analysen påbörjas när intervjun transkriberas från ljudfil till skriven text. Intervjun skrivs ner ord för ord och inget bör lämnas bort (Danielson, 2017,152). Det går att analysera innehållet induktivt eller deduktivt. När man analyserar själva innehållet i en text, i detta fall intervjuerna kallas, det induktiv analys. Där används koder, kategorier och teman som botten för analysen. I en deduktiv analys utgår man från en teori när man analyserar innehållet i en text (Danielson, 2017, 290). I denna studie används induktiv analys eftersom jag vill analysera vad som sagts i intervjuerna, alltså innehållet.

När materialet finns i skriven text kan man börja använda sig av olika termer för att särskilda olika delar i innehållet. Man börjar med att samla material som har liknande innebörd och svarar på någon av frågeställningarna eller på syftet. När materialet med liknande innebörd är samlat går det att namnge det med antingen ett ord eller några ord. De ord som väljs ska sammanfatta materialet och vad det har gemensamt. Detta kallas *koder* (Danielson, 2017, 286-287).

Om man samlar flera *koder* med liknande innehåll går det att bilda en kategori. En *kategori* ska däremot inte vara en annan kategori lik, alltså innehåll som har något gemensamt ska samlas under en och samma kategori. En *underkategori* är en del av en kategori och innehåller endast en del av koderna. För att samla ihop alla delar kan man till sist använda sig av teman. *Temat* beskriver i stora drag vad koderna och kategorierna innehåller, men det är inget måste att använda både kategorier och teman i samma studie (Danielson, 2017, 287).

Jag transkriberade intervjuerna till papper och läste genom dem några gånger. Jag började sedan markera med olika färgpennor vad som hörde samman från de olika intervjuerna, på så sätt fick jag fram koderna. Jag använde mig sedan av underkategorier och huvudkategorier för att förenkla läsandet. Jag namngav kategorierna så att läsaren ska få en helhetsbild av det innehåll som finns under varje kategori eller underkategori. Under varje kategori har jag även valt att lägga till citat för att ge en verkligare känsla av vad som sagts under intervjuerna.

5.4 Etiska övervägande

Det man bör tänka på när det gäller forskningsetik är att inte utsätta deltagarna för något som kan skada dem, inte undanhålla någon information, rätten att avbryta sitt deltagande när som helst, värna om privatlivet samt behandla materialet konfidentiellt. Man får heller inte på något sätt förvränga det material man får in i sin studie. Ett etiskt tänkande börjar redan när skribenten väljer vilket ämne som hen ska göra sin studie om. Genom att använda rimliga forskningsfrågor, hålla studien vetenskaplig och att utföra studien med ett etiskt tänkande stärks etiken kring studien (Kjellström, 2017, 57- 66).

Deltagarna i en studie ska på förhand få information gällande studien de deltar i, deltagandet ska också ske frivilligt, man kan bli tillfrågad om medverkan eller själv som deltagare ta kontakt om deltagande i en studie som intresserar. Samtycke till att delta i en studie kan ske både skriftligt men också muntligt. Fast samtycke har getts får deltagaren fortfarande avbryta sin medverkan. Materialet som samlas in ska behandlas konfidentiellt, vilket betyder att inga personuppgifter ska komma ut till obehöriga, inte heller att materialet ska gå att koppla ihop med någon särskild individ (Kjellström, 2017, 69-73).

I denna studie blev tre av deltagarna tillfråga om de ville delta i studien, där påpekade skribenten att det är frivilligt och att man får ångra sig när som helst. Deltagarna fick på förhand ett informationsbrev (Bilaga 3) samt intervjufrågorna skickade till sig. Samtycke till intervjun skedde i vissa fall skriftligt och i andra muntligt, där gav deltagarna även sitt samtycke till att intervjun spelades in. Materialet som transkriberades behölls som vid inspelningarna, det vill säga, med de dialekter deltagarna hade samt att inget material lämnades bort eller sattes till.

I Finland används en modell som heter god vetenskaplig praxis för att undvika att falsk information publiceras. I den ingår även plagiat, förvränga resultat samt att ta stjäla någon annans material. God vetenskaplig praxis bör beaktas genom hela arbetet. TENK kallas det organ som bevakar att god vetenskaplig praxis beaktats i forskningen och gör utredningar om dessa inte följs (TENK, u.å.).

6 Resultat

Skribenten kommer i detta kapitel redovisa det material som samlats in genom intervjuerna. Skribenten intervjuade fyra finländska sjukskötare, som i sitt arbete kommer i kontakt med patienter i livets slutskede. De var alla i åldern 25-50 år och har olika lång arbetserfarenhet. Intervjuerna tog i snitt 30- 40 minuter. Tre intervjuer gjordes via videosamtal och en intervju gjordes på en plats som deltagaren själv fick bestämma. Intervjuerna spelades in, efter godkännande av deltagarna och transkriberades senare

Materialet kommer framföras genom 3 huvudkategorier: *Smärta i livets slutskede, en värdig död på sjukhus och vårdpersonalens förbättringsförslag för vård i livets slutskede*

I resultatet kommer även citat tas med, detta för att ge en verkligare känsla av intervjuerna. Citaten är skrivna i *kursiv stil*.

6.1 Smärta i livets slutskede

Smärta hos patienter i livets slutskede förekommer ofta enligt deltagarna, men att det varierar från patient till patient. Vissa har svårare smärtor än andra och det varierar i hur lätt det går att behandla smärtan. Denna kategori delas vidare in i två underkategorier: *hur man upptäcker smärta och smärtlindring och dess effekt*.

6.1.1 Hur man upptäcker smärta

Det mest självklara sättet att upptäcka smärta är att man frågar patienten om han eller hon har smärtor, men om det inte är möjligt, finns det andra sätt att upptäcka smärta hos en patient. Utöver verbal kommunikation var alla överens om att olika ansiktsuttryck och kroppsspråk ger en riktlinje om patienten har smärtor. Rynkor i pannan, grimaser, motoriskt orolig, att patienten svettas eller har hög puls är tecken på smärta enligt deltagarna. Även anhöriga brukar kunna se på patienten då han eller hon har smärtor påpekade deltagarna. Ingen av deltagarna använde regelbundet någon smärtskattningsskala men flera av deltagarna menade att det var något man borde bli bättre på.

“Vi brukar gå på ansiktsuttryck, oftast så får dom en rynka i pannan eller att dom grimaserar”

“Ja försöker no ti tolk kroppsspråk”

“Man kan ju märk a på in puls, an kan ju va jättehög om man har smärtor”

6.1.2 Smärtlindring och dess effekt

Deltagarna ansåg alla att hur väl smärtlindringen fungerar varierar från patient till patient men att det nästan alltid handlar om att patienten får en smärt pump på slutet, ofta innehållande morfin. Alla av deltagarna påpekade att det kan hända att smärtmedicineringen inte har den effekt man hoppats på.

En av deltagarna nämner att patienterna borde ha en individuell plan för sin smärtmedicinering eftersom allas smärta är så olika. En annan berättar även att hen upplever att patienter med både somatisk visceral smärta och nervsmärta kan vara svåra patienter att få smärtfria. De gånger då det är svårt att få patienten smärtfri kan det behövas andra metoder, till exempel hade en av deltagarna sett positiva effekter av användning av epiduralsmärtlindring för patienter med svåra smärtor. De menade att det också beror på läkaren, hur bekväma de är med att ordinera starkare smärtmediciner samt vid hur låg tröskel personalen ger extra smärtmediciner.

“Bäre man vågar jev tillräckligt så jaa tå har vi en bra smärtmedicinering”

“E finns ju olika plåster, tabletter men entå tisist bruk e va hede morfin som allti e på”

“Epidural har för vissa faktiskt varit räddningen när inget annat har fungerat ”

Två av sjuksköterna hade praktiskt varit med om palliativ sedering, medan de andra två hade teoretisk kunskap men inte varit med om det i praktiken. Däremot ansåg alla deltagare att det finns tillfället när det borde prövas för vissa patienter. Situationer då de tyckte palliativ sedering skulle vara lämpligt var till exempel vid: kvävningssänsla för patienten, svår ångest, svåra smärtor och massiva blödningar. Deltagarna ansåg att man behöver få mera skolning inom palliativ sedering så att personalen känner sig trygg att med den behandlingsformen.

“Att patienten sku väit att e finns möjlighet ti sov om man har jättesvåra smärtor”

“Tå man sir att patientin lider, e tå man sku vill att e (palliativ sedering) sku diskuteras”

6.2 En värdig död på sjukhus

Gemensamt vad deltagarna ansåg bidrog till en god och värdig död var: *god omsorg och närheten till anhöriga.*

6.2.1 Omsorg

Alla deltagarna ansåg att man på sin arbetsplats gav god vård i livets slutskede. Med god vård och omsorg menades att hinna svänga patienten, smörja fötter, fukta munnen, behandla symptom, som till exempel rosslande andning.

Det flera poängterade var tidsbrist, att man egentligen inte skulle ha tid att stanna och prata en längre stund men att de nog tar sig den tiden ändå. I vissa fall skulle det vara välbehövligt för både patienten och anhöriga att få prata med någon annan professionell än vårdpersonalen på sjukhuset menade deltagarna.

Faktorer som bidrar till en värdig död var enligt deltagarna: att vara smärtfri, respekt, integritet, anhöriga och att även de blir omhändertagna, ensam rum, fria besökstider och trygghet. Deltagarna önskade att döden ska ske så stillsamt och lugnt som möjligt men att det inte alltid kan garanteras.

“Att patientin kändär se trygg å att anhöri kändär se trygg, tå ha man kumi ganska laangt”

“Att man faktiskt finns å lyydes ...å att man itt visar att man har a stressåt”

“Att dom inte ska ha smärtor när dom dör, det ska va så stillsamt som möjligt, oftast tycker ja de lyckas ganska bra”

“ E kan räck me att man sviengär dyynon, kanske haldär haanden å främst tar hand om anhöriga”

6.2.2 Anhöriga

Anhöriga är väldigt viktiga för patienten och speciellt under sista tiden i livet menade deltagarna. Genom att ha anhöriga runt patienten bidrar det till att patienten är lugn, trygg och att de finns där som sällskap för patienten. Ofta kan det vara så att det är anhöriga som behöver mera stöd på slutet än patienten själv. Anhöriga brukar ha frågor, som till exempel rör praktiska saker efter dödsfallet, men även medicinska frågor. Då är det viktigt att vårdpersonalen tar sig tid att prata och svara på frågor för att anhöriga ska känna sig trygga och sedda menade deltagarna.

En del anhöriga hjälper också själv till med omvårdnaden på slutet, de smörjer fötter, matar patienten, putsar munnen med mera. Deltagarna berättade att anhöriga i slutet har fria besökstider och att man erbjuder dem att stanna nattetid om de önskar. Små saker kan betyda mycket för anhöriga i dessa situationer, bara att bli erbjuden te och smörgås kan kännas stort i svåra stunder.

Det finns även patienter som inte har några nära anhöriga, de gångerna ansåg deltagarna att det är extra viktigt att vårdpersonalen finns nära till för patienten.

“oftast kan e va att patientin i he läget itt kräver så mytchy extra utan att he anhöri som kräver mäir”

“ Att bäre finns på plats kan ge en trygghäit fö patientin”

“Att man jevär di tid å att man talar å förklarar, fö maang har ju no frågor... å just baket di döjr att hu jier vi å gar ti väga praktiskt (kan anhöriga undra)”

6.3 Vårdpersonalens förbättringsförslag för vård i livets slutskede

Under intervjuerna framkom det att man skulle önska att personalen som vårdar patienter i livets slutskede skulle få mera skolning inom ämnet, detta för att personalen ska känna sig trygg och kunna ge bästa möjliga vård. Deltagarna önskade även att det ska finnas mera tid för att stöda både patienter och anhöriga, det skulle ske genom man ser till att det finns tillräckligt med personal.

Sjukhusen ska gärna vara mera hemtrevliga, man vill kunna erbjuda en lugn miljö åt patienter och anhöriga uttryckte deltagarna. En hemtrevlig miljö innebär målade väggar, tavlor, blommor, uteplats och tillgång till digitala verktyg som innehåller ljudböcker, musik, med mera. Även djurterapi nämndes kunde vara uppiggande för patienter.

Deltagarna upplevde att anhöriga i vissa fall behöver få mera stöd än patienten själv och att det kan vara svårt för anhöriga att veta vart man ska vända sig efter att den närstående har dött. Flera deltagare nämner att det finns psykosocialt stöd att fås men att det kan behövas utnyttjas oftare.

När det gäller smärtmedicinering ville deltagarna att alla patienterna ska få vara smärtfria och att läkarna ska påbörja smärtmedicinering i ett tidigt skede.

“Å mair tid behöv vi ju, att man sku känn att man kan ta se tid å att få prioritier tāj patienten som itt har så mytchy tid åter”

“Att ha mera stöttamde för anhöriga, kanske till och med grupper eller annat slags stöd”

“De sku va trevligt för patienterna att ha möjlighet att ha tillgång till ljudböcker, netflix eller musik. Ja tror också att djurterapi skulle va uppskattat”

7 Spegling av resultatet

I detta kapitel kommer resultatet speglas mot bakgrunden och den teoretiska utgångspunkt som använts. Syftet med studien var att intervjua sjukskötare eller hälsovårdare som arbetar med patienter i livets slutskede och se hur de anser smärtlindring fungerar samt vad de anser är en värdig död på sjukhus. Genom att intervjua fyra sjukskötare har jag försökt få svar på frågeställningarna. Val av metod kommer även diskuteras.

7.1 Metoddiskussion

I bakgrunden beskrevs vård i livets slutskede, vad det innebär och olika delar av den vård som ges. Bakgrunden skulle helst vara så lättförståelig som möjlig så att även andra än

vårdpersonal skulle kunna förstå vad vård i livets slutskede innebär. Med syftet och frågeställningarna ville jag få fram sjukskötares erfarenheter kring vård i livets slutskede och därför valdes en kvalitativ intervjustudie eftersom man genom en intervju får fram känslor, upplevelser och erfarenheter.

Under intervjuerna önskade jag få så utförliga svar som möjligt för att kunna ha bäst möjliga material att analysera. Intervjuerna varierade relativt mycket i längd, allt från 30 – 45 minuter. Vissa blev aningen långa och andra lite väl korta och inte så innehållsrika som jag önskat. Därför skulle jag behövt ha mera följdfrågor åt vissa av deltagarna för att faktiskt få fram allt de kan kring ämnet.

Deltagarnas ålder var mellan 25-50 år. Jag anser det bidrog positivt till resultatet att det fanns en variation i ålder, eftersom jag ville få in så många olika erfarenheter som möjligt och att olika generationer kanske upplever vårdandet på olika sätt. Efter att jag analyserat materialet kom jag fram till att jag möjligen skulle velat intervjua 1-2 deltagare till eftersom det skulle behövts på vissa frågor där någon av deltagarna hade mindre erfarenheter.

Valet av intervjufrågor kunde ha varit andra, en del av dem var oväsentliga i förhållande till syfte och frågeställningar men för mitt eget intresse uppskattade jag alla intervjufrågor. Flera vetenskapliga artiklar skulle vara önskat, som stöd till det resultat jag fått fram.

7.2 Resultatdiskussion

Med denna studie ville jag få en bättre bild av hur sjukskötare upplever att vården av patienter i livets slutskede fungerar. Upplever de att patienterna är smärtfria eller lider patienterna under sin sista tid? Vilka faktorer bidrar till att en patient kan dö en värdig död? Mitt intresse för vård i livets slutskede kommer ifrån att jag själv hoppas och önskar att vi som vårdpersonal ska ha de resurser, hjälpmedel och den kunskap som krävs för att kunna bidra till en värdig sista tid och senare död för våra patienter.

Mina frågeställningar var: *“Vilka upplevelser har sjukskötare av att patienter är smärtfria respektive är smärtpåverkade i livets slutskede?”* och *“Vad innebär en värdig död på ett sjukhus?”*

Genom intervjuerna fick jag svar på mina frågeställningar. Deltagarna ansåg att patienter ofta har smärtor i livets slutskede men att med hjälp av olika smärtmedicineringar går det att få många patienter smärtfria. Hur väl smärtmedicineringen fungerar beror dock mycket på patient till patient. Enligt Strang & Beck-Friis (2012) varierar patienters smärta ofta beroende på den diagnos patienten har, till exempel vid metastaserad cancer upplever patienter ofta svåra smärtor men att med en lyckad läkemedelsbehandling kan patienten få vara smärtfri under sin sista tid. Kati Eriksson (1994) skriver att lidande inte alltid innebär fysisk smärta utan att smärtan även kan komma ifrån andliga eller själsliga besvär, att behöva acceptera att döden inte går att undvika är exempel på en smärta som inte är fysisk. Psykisk och själslig smärta hos patienter i livets slutskede är förslag på vidareforskning kring detta ämne.

I resultatet framkom även att utöver smärtmedicinering via tabletter och smärtpump, skulle man i en del fall även kunna prova palliativ sedering, till exempel vid svåra smärtor och ångest. Enligt Käypähoito (2021) så sänker man en patients medvetandegrad för att lindra symptom så som andnöd, ångest och svåra smärtor, detta efter att man prövat andra behandlingar som inte gett resultat.

Det som deltagarna ansåg bidrog till en värdig död på sjukhus var att patienten får god omsorg och att de kan ha sina anhöriga nära till. En värdig död innebar även för deltagarna att man tar hand om patientens anhöriga eftersom de kan kräva mera tid en själva patienten. Vikten av anhöriga framkom även i studien gjord av Bokberg & Tjernberg (2020) där äldre i livets slutskede fann mest glädje i att spendera tid med barn och barnbarn och att de önskade få ta farväl av dem före döden inträffade. Det jag tycker är viktigt att nämna som kom fram i resultatet är att sjuksköterna ville alla få mera tid för att vårda patienterna och på så sätt kunna bidra till ännu bättre vård i livets slutskede.

Källförteckning

Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Lund: Studentlitteratur

Bökberg.C&Tjernberg.J.2020.Older persons' thoughts about death and dying and their experiences of care in end-of-life: a qualitative study. *BMC nursing*, 19 (1), s.123-133.

Cancerfonden. 2019. *Smärtbehandling vid cancer*. Hämtat 01.11.2022. [Smärtbehandling – Olika typer av smärta och behandling | Cancerfonden](#)

Cipolletta. S & Oprandi. N. 2014. What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studie*.38 (1), s. 20-27

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I: M.Henricson (red.), *vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.143-165). Lund: Studentlitteratur

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: M.Henricson (red.), *vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.285-297). Lund: Studentlitteratur

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber

Finlands Läkarförbund. 2021. *Vård i livets slutskede*. Hämtat 11.03.2022. <https://www.laakariliitto.fi/lakaretik/livets-slutskede/vard-i-livets-slutskede/>

Forskningsetiska delegationen (TENK). (u.å.) Hämtat 06.10.2022. <https://tenk.fi/sv>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M & Billhult A. (2017). Kvalitativ metod. I. M. Henricson (red.), *vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (111-117). Lund: Studentlitteratur

Institutet för hälsa och välfärd. 2021. *Vad är palliativ vård*. Hämtat 15.11.2021. [https://thl.fi/sv/web/aldre/vard-i-livets-slutskede/vad-ar-palliativ-
vard#palliativ_v%C3%A5rd](https://thl.fi/sv/web/aldre/vard-i-livets-slutskede/vad-ar-palliativ-vard#palliativ_v%C3%A5rd)

Institutet för hälsa och välfärd. 2021. *Vård i livets slutskede*. Hämtat 11.03.2022. <https://thl.fi/sv/web/aldre/vard-i-livets-slutskede>

Internetmedicin. 2021. *Palliativ vård- smärtbehandling*. Hämtat 07.03.2022. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/smarta/palliativ-var-d-smartbehandling/>

Internetmedicin. 2021. *Palliativ vård-allmänt*. Hämtat 15.03.2022. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/palliativ-var-d-allmant/>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I: M.Henricson (red.), *vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur

Käypähoito. 2020. *Palliativ vård- lindrande vård i livets slutskede*. Hämtat 15.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00088>

Ludvigsson. C, Isaksson. U, & Hajdarevic.S. (2020). Experiencing improved assessment and control of pain in end-of-life care when using the Abbey Pain Scale systematically. *Nursing Open*. 7(6), 1798-1806.

Psykologiguiden. 2019. *Sorg*. Hämtat 01.11.2022. <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/psykisk-ohalsa/sorg>

Social- och hälsovårdsministeriet. (u.å). *Palliativ vård och terminalvård*. Hämtat 19.11.2021. <https://stm.fi/sv/terminalvard>

Strang, P. & Beck-Friis, B. (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber

Wallerstedt. B, Sahlberg-Blom. E, Benzein. E, & Andershed. B. (2012). Identification and documentation of persons being in palliative phase regardless of age, diagnosis and places of care, and their use of a sitting service at the end of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), s.561-568.

Valvira. 2020. *Vård i livets slutskede*. Hämtat 16.11.2021. [Vård i livets slutskede - valvira ruotsi - Valvira](#)

Vårdhandboken. 2021. *Vård i livets slutskede och dödsfall- Översikt*. Hämtat 10.03.2022. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/dodsfall-och-var-d-i-livets-slutskede/vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/oversikt/>

Widell, M. (2016). *Palliativ vård*. Stockholm: Sanoma utbildning

World Health Organisation. 2020. *Palliative care*. Hämtat 19.11.2021.

Bilaga 1

Hej!

Jag studerar mitt sista år till sjukskötare på Yrkeshögskolan [Novia](#) och håller som bäst på med mitt examensarbete. Mitt arbete handlar om palliativ vård på sjukhus med syftet hur patienter kan få en så värdig sista tid i livets som möjligt.

Jag söker nu sjukskötare/hälsovårdare som jobbar med patienter i palliativ vård på sjukhus och som kan tänka sig ställa upp på en intervju om sina erfarenheter. (Med sjukhus menar jag även bäddavdelningar/ närsjukhus).

Intervjuerna behandlas konfidentiellt. Hör gärna av dig via [pm](#) eller till min [mail](mailto:wilstr@edu.novia.fi), wilstr@edu.novia.fi om du är intresserad att ställa upp på en intervju!

Inlägget får gärna delas!

Bilaga 2

Intervjufrågor

1. Ålder, utbildning och arbetserfarenhet inom vården
2. Hur kommer du i kontakt med palliativ vård i ditt arbete?
3. Upplever du att patienter i livets slutskede har smärtor under sin sista tid?
4. På vilka sätt kan man se att en patient i livets slutskede har smärtor?
5. Anser du att den smärtlindring som ges på sjukhus är tillräcklig?
6. Har du några erfarenheter av palliativ sedering? I vilka tillfällen anser du att det är ett lämpligt alternativ för patienten?
7. Anser du att patienter i livets slutskede får tillräckligt av den vård och omsorg de behöver? Ifall inte, utveckla gärna.
8. Hur kan man ge en patient på sjukhus en värdig död?
9. På vilka sätt kan närstående vara en del i vården i livets slutskede?
10. Anser du att det finns saker som kan förbättras inom palliativ vård?

Bilaga 3

Informationsblankett och samtycke till intervju

Tack för att du väljer att delta i min intervju!

Jag studerar tredje året till sjuksköterska på Yrkeshögskolan Novia och håller just nu på att skriva mitt examensarbete. Examensarbete handlar om palliativ vård och vård i livets slutskede för patienter på sjukhus. I examensarbetet tar jag upp hur man kan lindra lidande och hur man som vårdpersonal kan bidra till en värdig död på sjukhus, därför vill jag intervjua sjukskötare/hälsovårdare som just arbetar med patienter i palliativ vård på sjukhus.

Deltagande är frivilligt och får när som helst avbrytas, även efter intervjun. Intervjun kommer spelas in, men det är endast jag som kommer ta del av inspelningen efteråt. Materialet behandlas konfidentiellt och förstörs efter att examensarbetet är godkänt. Det färdiga examensarbetet publiceras på nätet och då kan du som deltagare ta del av arbetet.

Mvh Wilma Strandholm