



Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskors erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö

**Rajveer Gill
Åse Zachrisson**

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2021**

Sjuksköterskors erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö

Nurses' experiences of inserting a peripherally inserted central catheter (PICC) on patients in palliative care in a home environment

Författare	Rajveer Gill Åse Zachrisson
Handledare	Marie Engwall
Examinator	Sandra Pennbrant
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, magister 15 hp
Program/kurs	Specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska – avancerad vård i hemmet
Termin/år	VT 2021
Antal sidor	20 (exklusive försättsblad, innehåll, referenser och bilagor)

Sammanfattning

Bakgrund: Många patienter väljer att vårdas i sitt hem den sista tiden i livet. Antalet patienter i palliativ vård i hemmiljö ökar och mer avancerad behandling erbjuds i hemmet. Patienter som erhåller palliativ vård i hemmet har ofta ett behov av en central infart för att kunna få läkemedel, infusion eller att ta blodprover i syfte att minska vårdlidande.

Syfte: Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av inläggning av perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö.

Metod: I studien användes en konventionell innehållsanalys med induktiv ansats för att analysera de sex genomförda semistrukturerade intervjuerna.

Resultat: Resultatet presenteras i tre kategorier med tillhörande nio underkategorier. De tre kategorierna var: behov av formell och reell kompetens, förberedelser inför och under genomförande samt utvärdering av inläggning av PICC. De nio underkategorierna som framkom var: att ha erfarenhet av att lägga in PICC, att vara kreativ, att ha kännedom om patientens hälsotillstånd, att det finns materiella resurser, att samarbeta med andra vårdenheter, att arbeta i hemmet är en utmaning för arbetsmiljö, att kunna avsätta tid, att risk finns för komplikationer samt att registrera antalet inlagda PICC. Informanternas tidigare erfarenheter av att lägga in PICC på sjukhus var en förutsättning för att kunna lägga in PICC hemma hos en patient. Att vara förberedd genom att ha kunskap om patientens tillstånd var viktigt. Att arbeta i någons hem krävde kreativitet för att lösa situationer och problem som kunde uppstå. Utvärdering av komplikationer skedde fortlöpande.

Slutsats: Resultatet visade att informanternas förvärvade erfarenheter av inläggning av PICC i slutenvården under det tidigare yrkeslivet låg till grund för en lyckad inläggning av PICC på patienter i palliativ vård i deras hem, men att det krävdes noggranna förberedelser inför ingreppet. Komplikationer efter inläggning var få.

Nyckelord: erfarenheter, hemmiljö, konventionell innehållsanalys, perifert inlagd central venkateter, sjuksköterska, vårdlidande

Abstract

Background: Many patients choose to be in their home during the final time of their lives. The number of patients in palliative care in the home environment is increasing and more advanced treatment can be offered at home. Patients who receive palliative care at home often have a need for a central line to receive medication, infusion, or to take blood samples.

Aim: The aim of the study was to shed light on nurses' experiences of inserting a peripherally inserted central catheter (PICC) on patients in palliative care in a home environment.

Method: A conventional content analysis with an inductive approach to analyze the six semi-structured interviews was used.

Results: The results were presented in three categories with nine subcategories. The three categories are: need for formal and prior competence, preparations for and during implementation and evaluation of insertion of PICC. The nine sub-categories that emerged were: to have experience of inserting PICC, to be creative, to have knowledge of the patient's health condition, that there are material resources, to collaborate with other care units, to work at home is a challenge for the work environment, to be able to set aside time, that there is risk for complications and to register the number of PICCs inserted. Informants' previous experiences of inserting PICCs in hospitals were a prerequisite for being able to insert PICCs at patient's home. Being prepared by having knowledge of the patient's condition as well as the home environment was important. Working in someone's home required creativity to handle situations and problems that may arise. Evaluation of complications took place continuously.

Conclusion. The results showed that the informants' acquired experiences of inserting PICC in inpatient care during their previous professional life were the basis for successful insertions of PICC:s to patients in palliative care in their homes, but careful preparations were required before the procedure.

Keywords: conventional content analysis, experiences, home environment, nurse, peripherally inserted central catheter, suffering from care

Populärvetenskaplig sammanfattning

Sjuksköterskors erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö

På vissa ställen i Sverige är det möjligt för sjuksköterskor att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i deras hemmiljö när behov finns. Denna studie skildrar dessa sjuksköterskors erfarenheter av att göra inläggningar av PICC i hemmiljö.

Palliativ vård innebär vård i livets slutskede och är till för att möta behov hos patienten och närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut. Behovet av palliativ vård är stort. Årligen avlider drygt 90 000 personer i Sverige och omkring 80 procent av dessa bedöms ha varit i behov av palliativ vård. Palliativ vård bedrivs i alla kommuner i landet, men kan vara organiserad på olika sätt. Det finns en vårdform som heter avancerad vård i hemmet (ASIH) som erbjuder specialiserad palliativ vård till patienter som vill vårdas hemma. ASIH riktar sig till patienter med obotlig sjukdom, men även till dem som under en begränsad tid kräver avancerad vård i hemmet.

Patienter som erhåller palliativ vård i hemmet har ofta ett behov av en central infart för att få läkemedel, infusioner, eller för att kunna ta blodprover. Att i vissa fall kunna få en perifert inlagd central venkateter (PICC) i hemmet kan innebära en stor vinst för patienten i minskat vårdlidande och ökad livskvalitet.

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av inläggning av perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö. Resultatet i studien bygger på intervjuer med sex sjuksköterskor som i dagsläget lägger in PICC på patienter i palliativ vård i hemmiljö. Sjuksköterskornas erfarenheter av att lägga in PICC på sjukhus var en förutsättning för att kunna lägga in PICC hemma hos en patient. Vidare framkom vikten av att sjuksköterskorna hade förberett sig genom att ha läst eller fått information om patienterna och deras tillstånd samt att de hade med sig dubbel uppsättning av material till hemmet. Att arbeta i någons hem kräver kreativitet för att kunna lösa situationer och problem som kan uppstå.

Studien visade att det var möjligt att lägga in PICC i patientens hem för att minska patientens lidande, utan allvarliga komplikationer, men det krävdes att sjuksköterskan hade tidigare erfarenhet av inläggning av PICC från sjukhusvård.

Förslag på klinisk tillämpning är att fler regioner bör erbjuda möjligheten att lägga in PICC i hemmet på patienter i palliativ vård för att minska patientens vårdlidande. Möjligheten att använda ultraljudsteknik för att sätta in olika infarter bör utforskas vidare som ett led i att förbättra omvårdnaden i såväl kommunal som regional sjukvård.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Palliativ vård	1
Palliativ vård i hemmet.....	2
Perifert inlagd central venkateter	2
Specialistsjuksköterskans roll	3
Problemformulering	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Design	5
Kontext	5
Urval	5
Datainsamling	5
Analys	6
Förförståelse	6
Etiska överväganden	6
Resultat	8
Behov av formell och reell kompetens	8
Att ha erfarenhet av att lägga in PICC	8
Att vara kreativ	9
Förberedelse inför och under genomförande	10
Att ha kännedom om patientens hälsotillstånd.....	10
Att det finns materiella resurser	10
Att samarbeta med andra vårdenheter.....	11
Att arbeta i hemmet är en utmaning för arbetsmiljön	12
Att kunna avsätta tid	12
Utvärdering av inläggning av PICC	14
Att risk finns för komplikationer	14
Att registrera antalet inlagda PICC	15
Diskussion.....	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion.....	18
Slutsatser	20
Förslag till klinisk tillämpning.....	20
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	20
Referenser	21

Bilagor

Bilaga I	Informationsbrev
Bilaga II	Intervjuguide
Bilaga III	Etisk bedömningsmall

Inledning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor. Vården ska respektera alla människors lika värde och den enskildes värdighet, samt företrädesvis ges till dem som har de största behoven av hälso- och sjukvård (Hälso- och sjukvårdslagen SFS: 2017:30, 3 kap. 1§). Många patienter med kroniska och obotliga sjukdomar väljer att få vård i hemmet i slutskedet av livet vilket gör att palliativ vård i hemmet ökar och att det krävs mer avancerad vård i hemmet. I denna vårdform är målet att besök på sjukhusinrättningar ska undvikas i möjligaste mån. Den palliativa vården kräver ofta att patienten har en central venkateter (CVK) insatt för att behandling ska kunna ges i hemmet. Sjuksköterskans uppgift inom den palliativa vården är att vårda och behandla patienten på ett kompetent, säkert och så ändamålsenligt sätt som möjligt (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016).

Perifert inlagd central venkateter (PICC) är en typ av central infart som förekommer frekvent inom den palliativa vården. Organisationen kring inläggning av PICC ser olika ut i landet. I vissa regioner finns det möjlighet att lägga in en PICC i patientens hem eller på en mottagning av specialutbildade sjuksköterskor (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). I nuläget finns få högkvalitativa studier som beskriver funktionalitet, fördelar och nackdelar med inläggning av PICC i hemmet utförd av sjuksköterskor samt deras erfarenheter (SBU, 2011) vilket denna studie kommer att utforska.

Bakgrund

Palliativ vård

Palliativ vård innebär vård i livets slutskede och är till för att möta behov hos patienten och närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut (Socialstyrelsen, 2018). Definition av palliativ vård enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2002, s 84):

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan tänkas uppkomma i samband med livshotande sjukdom.

Behovet av palliativ vård är stort. Årligen avlider drygt 90 000 personer i Sverige och omkring 80 procent av dessa bedöms ha varit i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Hellström et al. (2017) delas palliativ vård in i två delar; allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård. Allmän palliativ vård ges av personal med grundläggande kunskaper och kompetens inom palliativ vård. Denna vårdform erbjuds vanligtvis på olika avdelningar inom slutenvården, hemtjänst och hemsjukvård samt på vård- och omsorgsboenden. Specialiserad palliativ vård ges av multiprofessionella team som har specialistkunskaper och gedigen kompetens på området. Denna vårdform bedrivs exempelvis vid hospice, mobila palliativa team samt av specialiserade hemsjukvårdsteam.

Ökade möjligheter att utföra mer avancerade medicinska insatser utanför sjukhusmiljö de senaste 20 åren har medfört att utvecklingen av vården gått mot att allt fler patienter nu vårdas i hemmet med hjälp av insatser från hemsjukvård som utförs av professionell personal (SOU 2011:55). Främst arbetar legitimerad personal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemsjukvården (SBU, 1999). Ädelreformen från 1992 (Socialstyrelsen, 2006) ledde till att kommunerna fick ansvaret för den långvariga vården av äldre och funktionshindrade i stället för landstingen. Denna reform ledde till att hälften av alla personer över 65 år avled utanför sjukhusmiljön. Innan ädelreformen infördes avled endast en fjärdedel av patienterna i hemmet.

Palliativ vård i hemmet

Många patienter väljer att vårdas och avsluta sitt liv i hemmet (Benkel et al., 2016). Palliativ vård bedrivs i alla kommuner i landet men kan vara organiserad på olika sätt. Avancerad vård i hemmet (ASIH) är en vårdform som erbjuder specialiserad palliativ vård till patienter som vill vårdas hemma och riktar sig till patienter med obotlig sjukdom, men även till de som under en begränsad tid kräver avancerad vård i hemmet. Målet med vården är att tillgodose de fysiska, psykiska, sociala och andliga behov som finns, för att ge patienter och deras anhöriga bästa möjliga livskvalitet (Västra Götalandsregionen, 2018). SBU:s (1999) definition av avancerad hemsjukvård är att den ska ersätta institutionell vård, vara läkarledd och teambaserad. Vården ska kunna ges dygnet runt av kvalificerad personal med tillgång till medicinsk teknologi. Hjälpmedel som till exempel en sjukhussäng skall finnas tillgänglig vid behov. Samverkan mellan region och kommun gör det möjligt att bedriva en specialiserad vård i hemmet (SOU 2020:19).

Palliativ vård i hemmet möjliggör för patienter att tillbringa sin sista tid i hemmet med sina nära och kära. Bergqvist och Ljunggren (2020) beskriver i en svensk studie att när palliativa patienter fick adekvat vård i hemmet så minskade sjukhusinläggningar och besök på akutmottagningar i denna patientgrupp med 51 %. Upplevelser av palliativ vård i hemmet har beskrivits i ett flertal studier. När närståendes upplevelser studerades framkom det i studier av Jack et al. (2016) och Spelten et al. (2019) att palliativ hemsjukvård möjliggjorde att närstående kunde leva ett mer normalt liv och undvika ständiga resor till och från sjukhus. Närstående kände att de hade professionell hjälp vid sin sida. I Hiscock et al. (2016) studie, där närstående- och vårdares erfarenheter fokuserades, visade att nyttan av att vårda patienten i hemmiljö var stor. Vården i hemmet gjorde det möjligt för patienter att delta i vardagslivet och ingav en känsla av kontroll över sin livssituation. Denna vårdform möjliggjorde en personcentrerad vård, vilket närstående ofta upplevde som bidragande till en värdig död. Rent praktiskt kunde detta innebära att patienten fick möjlighet att fortsatt vara omgiven av sina personliga saker eller att kunna ha sina husdjur i sängen. Vård i hemmet gav möjlighet till lugn och ro och en bättre förutsättning för familj och vänner att komma och hälsa på. Närstående berättade om svårigheterna de själva upplevt i samband med vård i hemmet. Det kunde uppstå komplexa situationer när deras behov som närstående krockade med den döende personens behov. Tillgången till professionellt stöd med att hantera behovskonflikter var avgörande för de närståendes uppfattning att hemmiljön var det bästa alternativet för vården av deras familjemedlem i livets slutskede.

I studier med fokus på både patient och närstående framkom det att sjukhusbesök och transporter kunde innebära ett ständigt stressmoment för såväl patient som närstående. Patienter i ett sent palliativt skede upplevde ofta mycket oro, smärta och ångest vilket medförde behov av att administrera läkemedel för snabb effekt. För att uppnå detta var en central infart en förutsättning, vilket även kunde minska lidandet och förbättra patientens upplevelser av vården. Att få en central infart inlagd i hemmet i stället för på sjukhus, kunde eliminera den stress som många patienter upplevde i samband med transport till sjukhus (Almåns et al., 2013). Även att få medicinerna administrerade i hemmet och undvika att besöka sjukhuset flera gånger i veckan ledde till en ökad frihetskänsla för patienterna (Molloy et al., 2008).

Perifert inlagd central venkateter

Perifert inlagd central venkateter (Peripherally Inserted Central Catheter (PICC)) har använts sedan 1970-talet i USA och började användas i Sverige på 1990-talet. PICC är en central infart som läggs in i någon av överarmens vener. Kateterspetsen ligger i en central ven, som regel vena cava superior. En PICC kan vara inlagd i en ven i upp till ett år, och används vid behov av en central infart såsom vid medellång till långvarig administrering av kärlretande

läkemedel som till exempel antibiotika, nutritionslösningar och cytotoxiska läkemedel. En PICC kan även användas vid provtagning och för att ge blod. Genom att använda en PICC elimineras upprepade nålstick. Många svårt sjuka och palliativa patienter uppfyller kriterier för att få en PICC (Vårdhandboken, 2020).

Inom svensk sjukvård har PICC börjat användas mer frekvent, vilket beror på att denna venkateter är mindre resurskrävande vid inläggning än den mer konventionella centrala venkatetern (CVK). Enligt McArthur (2018) är de bidragande faktorerna till att PICC blivit allt vanligare den relativt låga kostnaden för inläggning, möjligheten att utbilda personal till att lägga in PICC samt låg incidens för allvarliga komplikationer. Naayer (2014) menar att det är viktigt att bedöma patientens behov av PICC samt patientens anatomi noggrant före inläggning. I Pittiruti (2015) studie framkom det att PICC rekommenderades för patienter som vårdades i hemmet och som var i behov av en central infart under veckor eller månaders behandling. PICC kunde läggas in i hemmet förutsatt att vissa villkor var uppfyllda såsom erfaren personal, aseptisk teknik, ultraljudsguidad inläggning, användning av Sherlock 3CG™ samt att hanteringen av PICC i hemmet var den samma som på sjukhuset. Sherlock 3CG™ är en EKG-baserad medicinteknisk apparatur som kan användas i stället för röntgen för att kontrollera att en PICC ligger rätt efter inläggning. I enstaka fall görs en kontrollröntgen (Västra Götalandsregionen, 2020).

Inläggning av PICC görs av en specialutbildad sjuksköterska eller läkare under sterila förhållanden och kräver närvaro av två personer, varav en är sterilklädd och en assisterar. Katetern läggs oftast in med hjälp av ultraljud vilket underlättar att finna en lämplig ven i överarmen. Lämpliga vener för att lägga in PICC i är v. basilica, v. brachialis eller v. cephalica. Kateterspetsens läge verifieras med hjälp av för ändamålet godkänd teknik, vanligtvis med Sherlock 3CG™. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017b) är information en stor del av sjuksköterskans ansvar. Det är viktigt att sjuksköterskan skapar en relation med patienten och informerar denne före ingreppet. Nicholson och Davies (2013) beskriver i sin studie att patienters stora förtroende för sjuksköterskorna som utförde inläggningen av PICC var en viktig faktor för att minska patienters oro och smärta under ingreppet.

I Bortolossi et al. (2015) studie framkom det att patienterna löpte låg risk att drabbas av komplikationer relaterade till PICC-inläggning. Komplikationer som uppstod var reversibla och irreversibla stopp i PICC hos cirka 10 % av alla inlagda PICC:er. I jämförelse med inläggning av en CVK kunde konstateras att detta medförde en ökad risk för pneumothorax, punktion av artär, hemothorax, stroke, arytmier och nervskada (Polderman et al., 2009). Flera studier visar att sjuksköterskeledda team som skötte inläggning av PICC på sjukhus utförde säkra inläggningar med få komplikationer (Scocco et al., 2008; Bedford & Waterhouse, 2016; McDiarmid et al., 2017).

Specialistsjuksköterskans roll

Specialistsjuksköterskor har ett ansvar i att lindra lidande och främja hälsa och välbefinnande (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Katie Eriksson (1994) är det mänskliga lidandet ett centralt och betydelsefullt begrepp i vården, där en patient ses som en lidande människa i behov av omvårdnadsinsatser. Detta innebär att vårdens största uppgift blir att lindra lidande. I sin teori beskriver Eriksson tre olika former av lidande; sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidandet är det fysiska lidande som uppstår vid en sjukdom som till följd kan till exempel begränsa patientens vardagliga liv. Detta leder till att patienten kan förlora kontrollen över sitt liv och blir beroende av andra vilket i sin tur minskar livskvaliteten hos patienten. Livslidandet är det lidande som påverkar hela människans existens, inte bara den fysiska utan

även den psykiska hälsan. Vårdlidandet är det lidande som orsakas av vården och inte av eller är symtom på sjukdom, utan är ett svar på otillräcklig vård. Vårdlidandet upplevs på olika sätt av varje enskild individ och kan delas in i olika kategorier såsom utebliven vård, kränkningar, maktutövning eller dömande personal. Arman et al. (2002) beskriver att vårdlidandet kan vara det dominanta lidandet i jämförelse med sjukdoms- och livslidande.

Kasén et al. (2008) anser att vårdrelationen med patienten påverkas när brister och obetänksamma handlingar utförs av vårdpersonalen vilket leder till ett vårdlidande. Vidare beskriver författarna att patienten är i ett utsatt läge gentemot vårdaren då vårdaren har stor makt genom att de besitter kunskap. En PICC möjliggör ett minskat vårdlidande genom att smärta vid upprepade insättningar av infarter såsom PVK och blodprovstagning kan undvikas. Vårdlidande är ett onödigt lidande som skapas av vård, till exempel då en central infart ej sätts in eller sätts in för sent. Bortolussi et al. (2015) beskriver att patienters livskvalitet ökade efter inläggning av PICC då behandlingar och provtagning kunde ske utan att patienten utsattes för upprepade nålstick. Under patientens sista tid i livet är det än mer viktigt att patienten inte utsätts för smärta orsakat av nålstick utan att omvårdnaden kring patienten möjliggör en god livskvalitet med ett minskat lidande. Tidigare forskning har visat att PICC är en mer komfortabel infart för patienterna jämfört med CVK (Alcantara et al., 2019; Pittirutti, 2015; Bortolussi et al., 2015). Yamada et al. (2010) beskriver att efter inläggning av PICC ökade patientens upplevelse av välbefinnande med 94% jämfört med tidigare, vilket bidrog till minskat lidandet hos patienter inom den palliativa vården.

Kim et al. (2015) påtalar att i främjandet av patientsäkerheten har sjuksköterskan en viktig roll. Tidig identifiering och prevention av potentiella problem som kan äventyra patientsäkerheten, kan förhindras genom sjuksköterskans kontinuerliga patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen (PSL) (SFS 2010:659) beskriver att vårdgivaren har skyldighet att bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete, vilket syftar till att främja en hög säkerhet i vården för patienten samt att förebygga vårdskador. Lagen ställer även krav på att sjuksköterskor och annan vårdpersonal skall arbeta utifrån en vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Patientsäkerhet innebär att patienten inte skall skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder och att vården ska implementera de åtgärder som krävs och är anpassade till patientens hälsotillstånd. Friman et al. (2011) skriver att specialistsjuksköterskan ska ha goda insikter och kunskaper om medicinska behandlingar. Detta leder till att tillvägagångssätt och olika metoder i den praktiska omvårdnaden utövas på bästa sätt för den enskilde patienten. På många sjukhus i Sverige är det sjuksköterskor med specialistutbildning som lägger in PICC. I nuläget finns inga specialistsjuksköterskor inom hemsjukvården som utför detta moment då det krävs tidigare erfarenhet av insättning av PICC, samt möjlighet att upprätthålla kompetensen för att minska vårdlidandet.

Problemformulering

Patienter som kräver avancerad sjukvård i hemmet har en komplex sjukdomsbild och ett stort behov av omvårdnad. Det har blivit allt vanligare att patienter önskar palliativ vård i hemmet och därigenom får tillbringa den sista tiden av livet i sin egen hemmiljö. I många fall krävs en central infart för att ge patienten olika typer av behandling. En central inlagd venkateter (PICC) kan vara till hjälp för att underlätta den avancerade omvårdnaden och minska patientens lidande. Det finns i dagsläget få studier som belyser ämnet av att lägga in PICC i hemmet. Den forskning som finns inom området har fokuserat på rutiner och krav för att inläggning av PICC skall kunna utföras. Specialistsjuksköterskor har ett ansvar att vidareutveckla och förbättra omvårdnaden, utan att kompromissa med patientsäkerheten. Denna studie bidrar med ny kunskap i ämnet då den beskriver sjuksköterskors erfarenheter av

att självständigt utföra en avancerad omvårdnadsåtgärd, som kan lindra lidande hos redan sköra och utsatta patienter och på så sätt öka deras välbefinnande vid vård i livets slut.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av inläggning av perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö.

Metod

Design

I studien användes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Den kvalitativa metoden syftade till att utforska, beskriva och tydliggöra resultat från den komplexa palliativa vården (Priebe & Landström, 2017). En kvalitativ ansats ansågs vara relevant för att besvara syftet i studien. Den valda metoden främjar förståelsen av helheten och passar därmed för denna studie som strävar efter att belysa sjuksköterskor upplevda erfarenheter av den palliativa vården.

Kontext

Författarna avsåg att intervjua sjuksköterskor som kommit i kontakt med hemsjukvård och/eller palliativ vård i samband med att de har lagt in PICC i patientens hemmiljö och på så sätt få del av deras erfarenheter. Palliativ vård i hemmiljö erbjuder patienten omvårdnad kring läkemedel, såromläggningar, smärtlindring, injektioner samt extra näring i form av dropp eller sond. Rehabilitering ingår också inom palliativ vård i hemmiljö där patienten möter olika professioner såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Urval

Informanter söktes från olika regioner i Sverige via en grupp för sjuksköterskor på sociala medier. Genom ett bekvämlighetsurval inkluderades informanter som samtyckte till att delta i studien, samt uppfyllde inklusionskriterierna (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterierna för att delta i studien var sjuksköterskor från hela Sverige med erfarenhet från inläggning av PICC i patientens hem under minst två år. Författarna intervjuade sex sjuksköterskor. Informanterna var geografiskt spridda runt om i Sverige och arbetade främst inom olika onkologiska team på sjukhus och servade palliativa enheter eller palliativa team med inläggning av PICC i patienters hem. Två av informanterna arbetade på samma enhet. Ingen av informanterna arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård. Patienterna som fick PICC inlagda vårdades för cancer, svår hjärtsvikt eller andra kroniska sjukdomar. Samtliga informanter var angelägna om att få delta då de upplevde syftet med studien som viktigt. Av de sex informanterna var en man och fem kvinnor i åldrar mellan 41 och 64 år. Samtliga informanter hade lång erfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor inom olika områden, bland annat inom onkologi, palliativ vård och hemsjukvård. Informanterna hade minst fem års erfarenhet av att lägga in PICC och från några månader till många års erfarenhet av att lägga in PICC i hemmiljö.

Datainsamling

Ett informationsbrev med studiens syfte samt en möjlighet till skriftligt samtycke att delta, skickades ut via mejl våren 2021 efter att kontakt hade etablerats tidigare via sociala medier (Bilaga I). Därefter kontaktades informanterna åter via mejl för en bokning av tid för intervju. Intervjuerna genomfördes via ett digitalt kommunikationsverktyg som Högskolan Väst tillhandahåller. En intervjuguide skapades med frågeområden utifrån studiens syfte. Frågorna var öppna för att få så uttömmande svar som möjligt. Författarna ville uppmuntra informanterna att prata fritt, för att därigenom få fram så mycket information som möjligt (Polit & Beck, 2017). Författarna avsatte god tid och valde en lugn miljö för intervjuerna.

Båda författarna spelade in intervjuerna på mp3-spelare för att säkerställa att data inte skulle gå förlorad. Varje intervju startade med en öppningsfråga “Kan du berätta om dina erfarenheter av att lägga PICC i hemmet?”. Därefter kom följdfrågor samt en avslutande fråga som löd: “Är det något du vill tilläga?” (se Bilaga 2). Intervjuerna pågick tills en mättnad uppnåddes, det vill säga att ingen ny information framkom (Thorén-Jönsson, 2017). Författarna hjälptes åt att genomföra intervjuerna och medverkade samtidigt via det digitala kommunikationsverktyget. Samtliga intervjuer genomfördes från slutet av februari till slutet av mars 2021. Intervjuerna tog mellan 30-52 minuter att genomföra.

Analys

En konventionell innehållsanalys lämpar sig då teorier inom ett område saknas eller om det finns få studier inom området. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället för att viktiga detaljer inte skulle missas (Patton, 2002). Därefter arbetade författarna tillsammans för att gå igenom transkriptionen och för att försäkra sig om att intervjumaterialet hade uppfattats korrekt av båda författarna. Intervjuerna lästes igenom flera gånger för att på så sätt få en helhetsbild av datamaterialet. Texten lästes sedan ord för ord för att få fram nyckelord eller begrepp. Därefter sökte författarna efter mönster i det insamlade datamaterialet med målet att hitta likheter och skillnader. Viktiga delar markerades i texten och dessa kortades ned till meningsbärande enheter. Utifrån dessa arbetades sedan koder fram vilka skrevs ner på små lappar som sorterades in under olika underkategorier utefter likheter och skillnader i innehållet. Därefter grupperades underkategorierna under lämpliga kategorier vilka sammanfattade dess innehåll på en högre abstraktionsnivå. Exempel på analysprocessen beskrivs nedan i tabell 1. Genom detta analysförfarande framkom beskrivningar av informanternas erfarenheter översiktligt och tydligt. Kategorier och underkategorier ändrades och grupperades om under analysprocessen för att slutligen resultera i tre kategorier och nio underkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Ni behöver ju träningen, och det är väl det här att sätta på behandlingspatienter, vanliga, alltså bra kärl och att öva in rutinen och ha det riktigt i sina händer.</i>	<i>Kontinuerlig träning</i>	<i>Att ha erfarenhet av att lägga in PICC</i>	<i>Behov av formell och reell kompetens</i>

Förförståelse

Malterud (2014) beskriver att förförståelse baseras på tidigare upplevda erfarenheter, både professionella och personliga. Eftersom författarna arbetar inom hemsjukvården och har erfarenhet av palliativ vård finns en förförståelse för vad som kan underlätta för patienten och hur miljön ser ut både för sjuksköterskor och patienter. Författarna har även erfarenhet av att sköta och hantera PICC i hemmet och ser fördelarna med att patienterna har en väl fungerande central infart. Förförståelsen har medvetet beaktats under studien gång. Författarna var medvetna om att förförståelsen var ett steg i kunskapsspiralen där ny kunskap bygger på en redan känd förvärvad kunskap (Nielsen Höglund & Granskär, 2017).

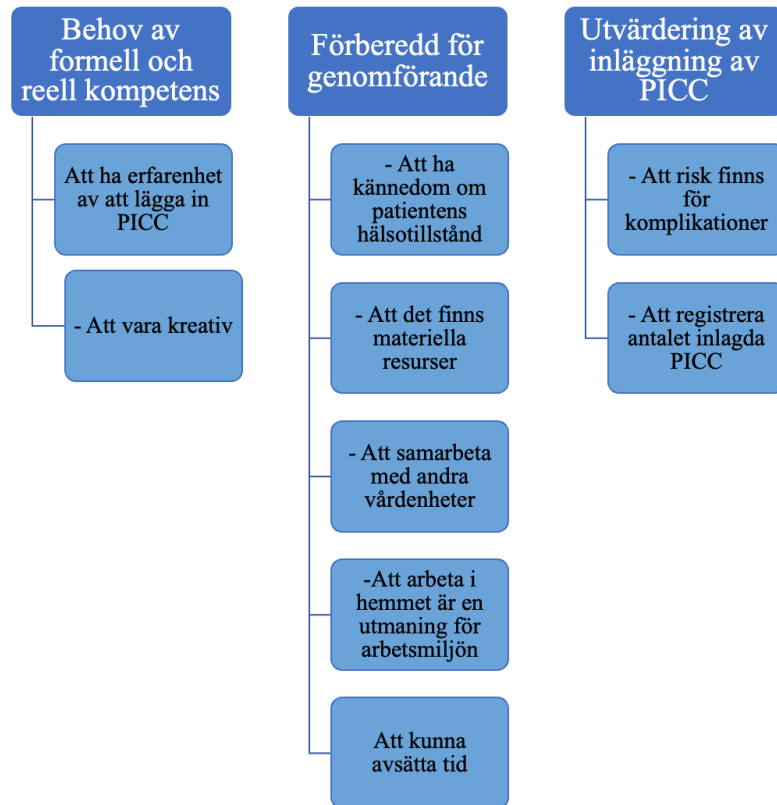
Etiska överväganden

De etiska principerna informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav utformades utifrån Helsingforsdeklarationen (World Medical Association,

2018). För att tillgodose informationskravet mejlades skriftlig information gällande studiens syfte, villkor, upplägg samt kontaktuppgifter till ansvariga för studien ut till informanterna. Därefter inhämtades skriftligt informerat samtycke från informanterna för att säkerställa att informanterna har läst och fattat beslut om att delta. På så sätt tillgodoseddes samtyckeskravet. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta medverkan i studien utan att uppge orsak. För att värna deltagarnas integritet förvarades datamaterialet utan åtkomst för obehöriga enligt konfidentialitetskravet. Enligt nyttjandekravet informerades deltagarna om att materialet endast skulle användas för den aktuella studien. För att kunna hantera eventuella oväntade situationer och starka känslor som kunde uppstå och påverka deltagarna avsatte författarna god tid för intervjuerna (World Medical Association, 2018). Ingen intervju presenteras i sin helhet. Författarna avsåg att minimera eventuella skaderisker såsom att svar inte skall kunna härledas till en enskild informant (Polit & Beck, 2017). Författarna anser att studien kommer att ge fördelar och kan komma att utveckla omvårdnaden i hemmet, och inte bidra till några skador.

Resultat

Resultatet presenteras i tre kategorier med tillhörande underkategorier (Figur 1). De tre kategorierna som framkom är; behov av formell och reell kompetens, förberedd för genomförande samt utvärdering av inläggning av PICC.



Figur 1. Resultatet redovisat i kategorier och underkategorier.

Behov av formell och reell kompetens

Kategorin att ha kompetens innehåller informanternas erfarenheter av att det inte endast räcker med att sjuksköterskan besitter formell kompetens såsom utbildning för att utföra inläggning av PICC i hemmiljö. Det behövdes även erfarenhet och kreativitet vilket presenteras i underkategorierna med samma namn. Underkategorierna redovisas var för sig och styrks med citat från informanterna.

Att ha erfarenhet av att lägga in PICC

Denna underkategori speglar vikten av informanternas erfarenheter av att lägga in PICC för att klara av utmaningar som kan inträffa.

Informanterna framhöll vikten av god erfarenhet av att tidigare ha lagt in PICC på sjukhus för att klara av de svårigheter och komplikationer som kunde uppstå vid inläggning av PICC i hemmet. Om informanterna hade erfarenhet av att hantera uppkomna problem på sjukhus med den hjälp som fanns nära till hands, var det enklare att hantera de problem som kunde uppstå vid inläggning av PICC i hemmiljö.

“Man behöver ju känna sig trygg själv, vad skulle jag göra om något av alla komplikationer som kan inträffa, inträffar i hemmet.” (Informant 1)

Informanterna betonade att det var viktigt med ett sterilt arbetssätt, vilket tränades in under tidigare arbetsperiod inom sjukhusvården. I det sterila arbetssättet ingick att få in rörelserna i sitt muskelminne. En annan informant menade att PICC-inläggning kunde jämföras med att sätta in en perifer venkateter (PVK). Skillnaden var att det krävdes mer förberedelser som till exempel steriltvättning av armen med descutan eller tvål och vatten.

“Anhöriga är ju helt fascinerade, för att de står i dörren, får jag ta ett kort?? liksom för du har ju gjort om hela deras sovrum till en operationssal.” (Informant 4)

Informanterna beskrev att de genom erfarenhet blev bra på att planera och strukturera sin dag, de blev medvetna om att oförutsedda händelser kunde ske. Dock ansåg de inte att akutläkemedel behövdes tas med till patienten. Om någon patient skulle behöva lugnande eller smärtstillande läkemedel vid inläggning av PICC så hade många patienter en låda med så kallade trygghetsmediciner i hemmet som informanterna kunde använda sig av om behovet uppstod.

“Att jag vet lite grann om de har mycket ont, eller är väldigt oroliga. Då kan man behöva ge Midazolam innan så de blir lite groggy, och i alla fall kopplar av den stunden”. (Informant 2)

Att vara kreativ

Underkategorin kreativitet beskriver behovet av att informanterna var uppfinningsrika och kunde lösa situationer eller problem som uppstod under arbetets gång. Utrustning som fanns på sjukhus och som de var vana vid fanns oftast inte i hemmet och ibland var informanterna tvungna att finna alternativa lösningar på en situation som hade uppstått.

“Det är ju bara att översätta som man gör på sjukhus. Men, man har ju den lokalen man har hos patienten. Det kan vara låga sängar, man får ligga på knä, det är mörkt. Man får hitta ljuskällor och ibland är det anhöriga som håller ficklampor.” (Informant 1)

Vid svårigheter att komma förbi axillarlinjen, beskrev informanterna hur de kunde få behöva klippa av katetern eller byta till en annan kortare kateter. Katetern omvandlades då till en annan infart som kallas för midline (en lång perifer venkateter som kunde sitta i cirka 30 dagar). Utifrån den information som informanterna hade om patientens tillstånd och de behandlingar som planerades, kunde informanterna avgöra om en midline skulle kunna fungera för patientens planerade behandling som till exempel kunde innefatta intravenös antibiotikabehandling.

“Jag har metoder och tekniker för att försöka ta mig förbi axellinjen....går det inte så får jag ju avbryta....då blir det så avvägningar som hur länge ska enbart sitta här är det så att jag kan lägga en midline nu...då kapar jag bara den.” (Informant 2)

Ytterligare kreativa lösningar kunde innebära att ett nattduksbord fick agera som avlastningsbord och att en handduk fick fungera som armstöd i stället för ett armbord.

“Vi fick ta en badrumshylla som avlastningsbord, sen hade jag ett sängbord att sitta på. Så vi fick vara lite kreativa.” (Informant 6)

En annan viktig komponent som informanterna beskrev var att vara lyhörda för patientens behov. Informanterna kunde anpassa sig om patienten inte ville prata om själva ingreppet utan bara vilja prata om allmänna ting. Då kunde informanterna vara kreativa och lyssna in och prata om patientens intresse eller hobby. Detta kunde vara ett sätt att minska oron hos patienten.

“Jag brukar ställa frågan till mina patienter att vill du veta vad jag gör, vill du veta hur det känns? I så fall berättar jag. Annars kan vi prata om något annat och då kan det variera från skogsbruk, djuphavsfiske till trädgårdsskötsel.” (Informant 1)

Förberedelse inför och under genomförande

Denna kategori beskriver vilken planering som behöver göras före inläggning samt under genomförandet av PICC. Kategorin bygger på av underkategorierna kännedom om patienten, materiella resurser, samarbete samt tidsaspekter.

Att ha kännedom om patientens hälsotillstånd

Denna underkategori beskriver informanternas behov av information rörande patientens hälsotillstånd och medicinska behov samt information gällande hemmiljön.

Informanterna beskrev att de underlättade att de var pålästa om patienten, såsom varför behov av en PICC förelåg, eventuella allergier, om patienten hade förmaksflimmer och om patienten var ordinerad blodförtunnande läkemedel. Informanterna beskrev att det var viktigt att inhämta information om patientens anatomi vilket underlättade vid inläggning av PICC. Det kunde handla om vilka möjligheter som fanns för att lägga in en PICC i båda armarna eller om det fanns något hinder att lägga in i den ena armen exempelvis på grund av en axillarutrymning.

“Om jag haft tillgång till den medicinska journalen, så väljer jag också att kontrollera den innan jag åker ut. Det handlar mer om sådana här medicinska variationer som jag behöver ta hänsyn till när jag lägger. Alltså, det är mer tekniskt, att ja, men har patienten två armar? Kan jag använda båda? Eller skall jag undvika någon?”

(Informant 1)

Vidare beskrev informanterna att det var viktigt att vara välinformerad, då var det lättare att besvara frågor från patienten rörande ingreppet och vad som kunde ske efteråt. Detta gjorde att patienterna kände sig trygga och deras oro minskade.

“Om jag hinner läsa lite grann om patientens historia och fått någon rapport från dem som känner patienten, vilket gör att jag kan bemöta frågor på ett annat sätt än om jag bara skulle ut som en form av konsult.” (Informant 2)

Det framkom även att en enhet valde att alltid göra ett hembesök före inläggningen medan andra enheter inhämtade information om hemmet från sjuksköterskor i hemsjukvården eller liknande enheter. Syftet med informationen, enligt informanterna, var att få en bild av hemmet, hur hygien var och om det fanns några husdjur.

“Det kan ju inte vara hur stökigt och bökit och smutsigt som helst. Man ska ju ändå göra en steril omläggning.” (Informant 4)

Att det finns materiella resurser

Underkategorin ”Att det finns materiella resurser” beskriver de förberedelser och den planering av vilket material som ska tas med till patientens hem för att arbetet ska kunna genomföras på ett patientsäkert och hygieniskt sätt.

Vid arbete i patients hem krävdes planering enligt informanterna. De tog alltid med en extra uppsättning material såsom extra kateterset och sterila lakan, då oförutsedda händelser kunde ske i hemmet. Material kunde tappas på golvet, eller så kunde sterilt material förorenas. Vid enstaka tillfällen misslyckades en inläggning och då fick nytt material tas fram till ett nytt försök. En uppsättning togs med in till patienten, medan den andra fick ligga kvar i bilen.

Packlistor och checklistor användes för att kontrollera att allt material var packat och fanns med. Informanterna beskrev att det hade uppstått situationer i hemmet då det upptäckts att något hade glömt. Avståndet tillbaka till sjukhuset kunde vara flera mil vilket resulterade i att inläggningen av PICC inte kunde genomföras.

”Man har åkt typ fem mil... Tog du kateter-setet? Nej, du skulle ju ta. Då står man mitt i skogen. Okej, vem åker och hämtar? Det har ju hänt en gång”.
(Informant 3)

Informanterna beskrev att material förpackades väl, ofta i plastpåsar som lades i plastbackar med lock, vilket rekommenderades av respektive sjukhus för att säkra vårdhygien. Några av enheterna tog med ett rostfritt rullbord och ett armbord till hemmen. Dessa kunde desinficeras före och efter användning. Lakan och patientskjorta togs också med. I många fall slängdes avfall och överblivet material i en stor plastsäck som togs tillbaka till sjukhuset. Informanterna beskrev att de hade med sig den ryggsäck med material som de använde i vanliga fall vid hembesök.

”Sen måste jag ta med min egen ryggsäck. Jag måste ju ha med lite extra grejer ifall jag skulle tappa eller glömma något.” (Informant 2)

Att samarbeta med andra vårdenheter

Denna underkategori handlar om samarbete, inte bara med andra sjuksköterskor inom samma enhet utan även med andra enheter som hemsjukvård och palliativa team.

Informanterna beskrev att det alltid krävdes en remiss för att en patient skulle kunna få en PICC. Remissen kunde vara skriven av en sjuksköterska eller en läkare. På några enheter krävdes ett journalnotat av en läkare innan inläggning var möjlig.

”Väldigt kompetenta sköterskor som kan ta de här besluten att patienten behöver en central infart, för det underlättar ju så mycket för sjuksköterskorna och patienterna när man har en säker infart.” (Informant 5)

Samarbete med hemsjukvård och palliativa team var viktigt enligt informanterna. Informanter som arbetade med inläggning av PICC informerade sina kollegor på sjukhuset och i hemsjukvården om att de kunde lägga in PICC i hemmet, men att det helst inte skulle göras akut utan planeras i förväg. Informanterna betonade vikten av att ha framförhållning i vården kring patienten och att de försökte förutse behovet av en central infart. Informanterna beskrev att det finns sjuksköterskor i hemsjukvården som tidigare hade arbetat på sjukhus och visste om att det fanns team som kunde lägga PICC i hemmet. Tillsammans med informanterna planerade de om det var bäst att infarten lades in i hemmet eller om det skulle ske i samband med att patienten besökte sjukhuset för behandling eller undersökning.

”Vi kommer överens tillsammans, att vet man om att den här patienten, att det kan bli besvärligt mot slutet. Att vi ser till att det finns en PICC. Så en patient som har väldigt mycket symptom och har en venport kan behöva en PICC.” (Informant 5)

De inläggande enheterna där informanterna arbetade gjordes på olika sätt vid inläggning av PICC i hemmet. I vissa fall åkte informanterna ut själva eller med en kollega på kliniken till patientens hem. I andra fall var det sjuksköterskan från hemsjukvården eller det palliativa teamet som assisterade vid inläggningen. Den inläggande sjuksköterskan var alltid sterilklädd och hade det övergripande ansvaret. Det fanns alltid en assistent till förfogande vid inläggningen. I vissa fall var det en närstående som hjälpte till med vissa moment.

“Man måste vara beredd på att man är den ende i rummet som fattar beslut om vad som skall hända, och kunna styra de andra i rummet så det blir rätt och redigt.”

(Informant 2)

Att arbeta i hemmet är en utmaning för arbetsmiljön

Underkategorin arbetsmiljö beskriver de utmaningar som informanterna ställdes inför vid arbete i patienternas hem. Arbetsmiljön i de olika hemmen skiljde sig åt.

Informanterna beskrev att mötet med en patient i sjukhusmiljö skiljde sig från att möta dem i deras hemmiljö. På en vårdinrättning sker oftast en avpersonifiering och patienten bemöts utifrån sin diagnos. Inom hemsjukvården är informanten istället gäst i vårdtagarens hem och möter denne i sin naturliga miljö för att utföra professionell omvårdnad.

“Jag är en besökare i patientens hem.....jämfört med att patienterna kommer till mitt PICCline-rum och jag lägger på de där, för då är de mera gäster hos mig.”

(Informant 1)

Informanterna beskrev att det var vanligt att patienten inte hade en vårdsäng, utan en vanlig säng som inte kunde höjas eller sänkas. Patienter i sent palliativt skede brukade dock erhålla en vårdsäng vilket underlättade arbetet. Arbetsutrymmet runt patienten kunde vara begränsat likaså var arbetsbelysningen vid många tillfällen inte tillfredsställande.

“I hemmet kan det vara lite olika var patienten befinner sig, om det är trångt i ett sovrum eller att det har varit i vardagsrumssoffan. En del har suttit i en länsfåtölj.”

(Informant 5)

Arbetsbelysningen i hemmen kunde vara av varierande kvalitet. Ljuskällor fick hämtas från andra rum för att belysningen där patienten vårdades var för dålig. Ibland fick informanter använda pannlampa för att få en adekvat arbetsbelysning.

“Man får hitta ljuskällor och ibland är det anhöriga som håller ficklampor. Man får ha en sån där pannlampa på.....man ser till att det finns en golvlampa eller så.”

(Informant 2)

Informanterna beskrev att hemmen kunde variera i både materiell- och hygienisk standard, även om standarden på hygien i hemmen över lag var god. Några hushåll kunde sakna självklarheter såsom rinnande vatten inomhus.

“Vi har ju varit i hem ute på landet och i skogen där patienten inte har toaletten inne ens en gång, eller knappt heller rinnande vatten, och då får man hitta på saker utifrån de förutsättningarna.” (Informant 4)

Informanterna beskrev att ett team hade nekat inläggning av PICC relaterat till dålig standard på hygien i hemmet och närvaron av ett flertal husdjur. Alla informanter hade varit med om att husdjur dykt upp i rummet under inläggning. Husdjuren kunde medföra risk för infektion samt försvåra inläggningen och därför behövde de vara instängda under inläggningen. Lösa husdjur kunde medföra att steriliteten bröts.

“Hundar och katter och sånt är ju inget problem. Men de kan vara väldigt nyfikna, och speciellt hundar kan vara väldigt protektionistiska mot sina mattar och hussar upplever jag ibland. Katter kan vara ganska så gränslösa.” (Informant 1)

Att kunna avsätta tid

Denna underkategori beskriver olika tidsaspekter som måste beaktas vid inläggning av en PICC. Den beskriver inte bara tidsåtgång för inläggning, utan även restid, att tid från annat arbete försvinner samt att även spara tid för patienten.

Att avsätta tillräckligt med tid för att göra en inläggning av en PICC var viktigt oavsett om det skedde i hemmet eller på sjukhus enligt informanterna. Informanterna beskrev även att en inläggning av PICC kunde ta mellan 20–60 minuter, så det var viktigt att avsätta god tid för inläggningen när tidsbokning gjordes. Komplikationer kunde uppstå vilket kunde leda till att patientens andra arm i stället användes för inläggning. Detta ledde till att den sterila uppdukningen fick upprepas och att proceduren med tvättning och drapering av armen fick göras om.

“Att verkligen ta sig tid, att man har gott om tid för om det blir komplikationer och man kanske måste byta arm och duka upp igen. Patienten är kanske lite orolig och då får man sitta ner. Vi har lärt oss att sätta av gott om tid”. (Informant 4)

Informanterna beskrev att tid även måste planeras in för förberedelser, då saker plockades undan i hemmet för att ge plats åt material och utrymme för de personer som skulle vara aktiva vid inläggningen. Tid planerades även in för att kunna prata med och informera patient och dess närstående.

“Ja, vi var ju borta liksom två och halv timme och då är det mest att det handlar om förberedelser runt om patienten.” (Informant 3)

Informanterna beskrev att tid för inläggning och resa medförde att på en dag kunde en inläggning utföras på förmiddagen och en på eftermiddagen, vilket resulterade i färre inläggningar per dag i jämförelse med att göra inläggningar på sjukhus.

“I hemmet sätter jag kanske inte mer än tio om året. Jag åker över hela regionen...det kan bli tio mil att köra en väg.” (Informant 2)

Informanterna beskrev att de rekommenderade att två personer var med vid inläggningen vilket sparade tid för att kunna hjälpa och stötta varandra och även patienten. En dukade upp och förberedde inläggningen medan den andre kunde prata och hjälpa patienten. Detta kunde hjälpa till att minska eventuell oro hos patienten inför ingreppet.

“Det här är ju ändå en skör grupp, de här palliativa patienterna om det, det är skönt att vara två för att ibland behöver de kanske sätta sig upp. De kanske får svårt med andningen och blir lite oroliga, men det är ju mycket runt omkring. Det är ganska skönt att man alltid är två sjuksköterskor.” (Informant 3)

Informanterna upplevde att det var bra att vara två, men i vissa fall kunde inte verksamheten att de kunde avvara två sköterskor samtidigt. Då kunde de låna en sjuksköterska från hemsjukvården eller palliativa teamet som en assistent vilket gjorde att det tog längre tid på grund av att man var ovan vid att assistera vid inläggning. Den sjuksköterskan kunde då komma efter med sina ordinarie arbetsuppgifter.

“Jag åker ut själv ibland.....ibland har jag haft turen att ha med mig en assistent från mitt eget jobb, men det beror på personalsituationen.....majoriteten av gångerna har jag haft med mig någon som är lite skolad, men det tar tid från deras verksamhet.” (Informant 1)

Ofta hade enheterna en eller två dagar i veckan avsatta för att åka ut i hemmen enligt informanterna. Det var få sjuksköterskor som kunde lägga in PICC vilket gjorde organisationen sårbar och begränsade antalet inläggningar. Förutom få sjuksköterskor, kunde de antingen vara sjukskrivna, ha semester eller vara frånvarande på grund av annan ledighet. Att få en PICC inlagd i hemmet sparade även tid för patienten. Tiden som annars lades på transport till och från sjukhuset kunde nu i stället läggas på aktiviteter som ökade patientens livskvalitet.

“Det är ju svårt sjuka patienter. Många är ju svårmodiga, alltså inte så rörliga och att ta en sån patient till sjukhus med ambulans, samt lift, och alla resurser runtomkring tar ju så mycket jämfört med att åka ut och de är på plats i sin säng hemma.” (Informant 6)

Det geografiska avståndet från sjukhuset till patientens hem påverkade möjligheten för informanterna att utföra inläggning i hemmet. Avståndet i mil var inte det avgörande, utan hur lång restiden blev. Restiden begränsade antalet inläggningar som var möjliga att genomföra i hemmet. Detta medförde att vården inte blev jämlik över landet, då samtliga patienter som var i behov av en inläggning av PICC, inte hade någon möjlighet att få det gjort i hemmet.

”För att vi rent resursmässigt ska kunna vara en person som då kör de här sex milen, eller tolv milen tur och retur. Det är två timmar. Och sen räknar vi med inläggning som tar en halvtimme till en timme. Det beror lite på hur snabb jag är, så då måste jag kunna vara tre timmar från min arbetsplats.” (Informant 1)

Utvärdering av inläggning av PICC

Denna kategori innehåller informanternas erfarenheter av att inläggningarna av PICC utvärderades. Kategorin bygger på underkategorierna att risk finns för komplikationer och att registrera antalet inlagda PICC.

Att risk finns för komplikationer

Denna underkategori beskriver att det fanns olika komplikationer och störningar som kunde uppstå, även om de inte var vanliga. De vanligaste komplikationerna som kunde drabba patienterna vid inläggning av PICC var enligt informanterna trombos eller infektion. Informanterna beskrev att de inte själva följde upp hur det gick med patienten efter inläggning utan det överlämnades till ansvarig sjuksköterska inom hemsjukvården, som gjorde uppföljningsbesök nästföljande dag. Informanterna beskrev att de inte hade varit med om några infektioner i hemmet inom 30 dagar efter inläggning.

“Det är patientens hem, där hen är i det vardagliga, så det är ju den bästa miljön. Det är ju hens egna baciller ändå på något sätt. Det är farligare när vi tar hit dem till sjukhuset.” (Informant 3)

En informant delgav en händelse av en komplikation som skedde i hemmet i form av en artärpunktion. Detta uppdagades omedelbart och behandlades med ett tryckförband. Efter en stunds kompression gjordes ett nytt försök att lägga in PICC vilket lyckades. Artärpunktionen medförde inga framtida men för patienten.

“...det värsta jag har varit med om....aldrig någonsin gjort nån sån här artärpunktion...jag lyckades....jag väntade ett tag och sen försökte jag igen och då gick det ju bra.” (Informant 5)

Informanterna nämnde att förekomsten av förmaksflimmer hos patienter medförde ett hinder av inläggning av PICC då detta försvårade avläsningen av EKG-kurvan som indikerade om kateterspetsen hade hamnat i rätt läge. Oftast gick det ändå bra att sätta in en PICC. En av informanterna hade som princip att inte lägga en PICC om patienten hade aktivt förmaksflimmer.

“De kan inte ha ett aktivt förmaksflimmer för då fungerar inte maskinen.” (Informant 6)

Informanterna beskrev att det hade förekommit störningar av den medicintekniska utrustningen, Sherlock 3CG™, hos patienter som legat i vårsäng samtidigt som

medicinteknisk utrustning varit kopplad till kroppen. Om störningarna berodde på kontakt med metall och/eller apparaturen visste inte informanten, men det kunde upplevas som ett stressmoment. Apparater och mobiltelefoner i rummet stängdes av för att minska störningarna.

“Jag fick inte upp en EKG-kurva på henne för elektroniken stördes så himla mycket på apparaten.” (Informant 5)

Att registrera antalet inlagda PICC

Denna underkategori beskriver hur registrering användes för utvärdering av verksamheten. Registrering utfördes och analyserades statistiskt. Antalet inlagda PICC registrerades inom de inläggande enheterna.

Informanterna beskrev att det i registren inte angavs om en PICC lades in på sjukhus eller i hemmet, och därför fanns inga särskilda data för PICC inlagda i hemmet. En del patienter med PICC var även polikliniska patienter som fick behandling på sjukhus, men omläggning av PICC och provtagning skedde i hemmet.

“Vi registrerar bara våra PICC i ett lokalt register och vi registrerar då vart de är lagda. Sen försöker vi göra en årlig rapport, men det särskiljer inte på såna som är lagda i hemmet eller sådana som är lagda på klinik. Vi tittat på komplikationer i form av DVT (djup ventrombos) och infektioner.” (Informant 1)

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens resultat presenterades i tre kategorier: behov av formell och reell kompetens, förberedelse inför och under genomförandet samt utvärdering av inläggning av PICC. Slutsatserna som framkom var att informanternas formella och reella kompetens samt praktiska erfarenheter av inläggning av PICC låg till grund för en lyckad inläggning av PICC på patienter inom den palliativa vården i hemmiljö. Det framkom även att noggranna förberedelser innan inläggning av PICC sällan ledde till komplikationer. Studien visade att informanterna arbetade utifrån beprövad erfarenhet, vilket innebar ökad säkerhet för patienten och därmed ett minskat vårdlidande. Patienternas integritet och tillit tillgodosågs via den omvårdnad som informanterna gav dem under inläggningarna.

Vikten av tidigare erfarenheter från inläggning av PICC på sjukhus sågs som ett viktigt led i att upprätthålla patientsäkerhet. Enligt PSL (2010) finns krav på att sjuksköterskor ska arbeta utifrån en vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Erfarenhet krävdes för att kunna hantera olika situationer samt komplikationer som kunde uppstå i hemmiljön. Enligt Alvariza (2020) krävs det specialkompetens och användning av olika strategier för att kunna ge omvårdnad i någons privata hem. Strategierna påverkar sjuksköterskans sätt att anpassa sig till patientens hemmiljö samt anpassa bemötandet av patienten och närstående efter rådande omständigheter. Åtgärderna anpassas utifrån den unika miljön i varje hem. Andra strategier som kan användas är att stödja och vägleda patienter i att få balans mellan egenvård, säker vård och känslan av att vara oberoende av andra människor. Informanternas tidigare erfarenheter som bottnade i att de stått inför olika situationer gjorde dem mer kreativa och problemlösningsorienterade i sitt arbete. Ett sådant arbetssätt leder till minskad risk för patienten att stå utan behandling ifall inläggningen av PICC skulle misslyckas. Detta arbetssätt bidrog även till att patienter inte behövde åka till sjukhus vid upprepade tillfällen och på så vis utsättas för ett onödigt vårdlidande (Eriksson, 1994). Även Pittirutti (2015) påtalade vikten av att erfarenhet var en viktig komponent hos inläggaren så att ingreppet kunde utföras på ett

säkert sätt. Informanternas formella och reella kompetens ledde till att patienternas vårdlidande lindrades då inläggningen av PICC utfördes på ett säkert sätt. Utförandet av omvårdnadsuppgifterna skedde utifrån omvårdnadsprocessen som syftar till att hjälpa sjuksköterskan att lösa eventuella problem metodiskt och föra över sina teoretiska kunskaper till omvårdnadsarbetet med kvalitetssäkra metoder (Ehnfors et al., 2013; Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Möjligheten till god hälsa för både patient och för den som utför omvårdnaden är viktiga komponenter för en hållbar omvårdnad.

Tillgången till information om patienten och dennes hemmiljö var en viktig komponent inför förberedelserna för inläggning av PICC. För att kunna skapa trygghet hos patienten var det av stor vikt att sjuksköterskan var påläst om patientens sjukdom och behandling. Detta var en förutsättning för att kunna besvara frågor från patienten både före och under inläggningen. Informationen inhämtades från journalsystemet och/eller från patientansvarig sjuksköterska i hemsjukvården eller i det palliativa teamet. Detta möjliggjorde att informanten gav rätt mängd information till patienten, något som Nicholson och Davies (2013) beskrev i sin studie. Mängden information som patienterna fick minskade den upplevda oron inför- och under ingreppet. Enligt Dahlberg et al. (2003) kan vårdlidande uppstå om patienten inte förstår vad som sker eller vad som kommer att ske beträffande vården, vilket i sin tur kan minska patientens självkänsla. En form av vårdlidande är otrygghet hos patienten som kan orsakas av brist på information då patienten inte förstår vad sjuksköterskan gör. Att lindra den typen av lidande är möjligt och av stor vikt för omvårdnaden, för att kunna förhindra ytterligare lidande för en person med ohälsa eller sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Oro och smärta minskade hos patienter som hade ett högt förtroende för sjuksköterskan som utförde ingreppet (Nicholson & Davies, 2013). För att kunna ge en god omvårdnad är det viktigt att skapa en bra relation till patienten, vilket speglades i patientens tillit till sjuksköterskan. Att ha en god och tillitsskapande relation kan bidra till att lidandet lindras (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Samverkan i team är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och innebär att sjuksköterskor ska kunna komplettera varandras kompetenser och arbeta för att främja kontinuitet. De ska även arbeta för att skapa samarbete och dialog där de kan lära av varandra. Sjuksköterskor skall även gemensamt kunna fatta beslut för att ge en god och säker hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Vikten av god kvalitet i samarbetet med andra sjuksköterskor framkom i studien, vilket möjliggjorde en bättre planering av arbetet och ökad kvaliteten av omvårdnaden vid inläggningen av PICC. Behov av ett proaktivt arbete framkom som en viktig del och syftade på en genomtänkt planering och framförhållning gällande patientens framtida behandlingsbehov. I *Värdegrund för sjuksköterskor* (2016) framkommer att sjuksköterskan ska försöka förebygga och minska onödigt lidande hos patienten. Genom att arbeta proaktivt i planeringen av en patients behandling kan vårdlidande reduceras och förhoppningsvis elimineras (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Samverkan är en nyckelfaktor för att patienten ska få en god, säker och hållbar omvårdnad. Vid teamsamverkan där olika professioner och erfarenheter ingår, kan patientens omvårdnad och behandling utformas utifrån olika kunskapsområden och perspektiv och därmed reducera patientens lidande (Ekman, 2021).

Sjuksköterskors krav på en god arbetsmiljö är inte alltid samstämmig med patienternas hemmiljö. Miljön i hemmet, oftast den hygieniska standarden i hemmet, kunde ibland ses som hinder för att genomföra inläggningen av PICC med god kvalitet. Dessa problem kunde dock oftast lösas. Arbetsmiljöverket (2018) skriver att arbetsmiljön i hemmet kan vara svår att påverka även om den regleras i lagar, såsom patientsäkerhets- och arbetsmiljölagen. Vidare

skriver Arbetsmiljöverket att ett systematiskt arbetsmiljöarbete bör göras där arbetsmiljön undersöks, riskbedöms, åtgärdas, kontrolleras och följs upp (Arbetsmiljöverket, 2015). Omvårdnaden i hemmet ska utgå från ICN:s etiska riktlinjer som betonar att vården ska byggas på respekt, samt att sjuksköterskans primära ansvar är att kunna bedöma vem som är i behov av vård. Omvårdnadsarbetet i hemmet är en balansakt för sjuksköterskan, där kraven på en god arbetsmiljö ställs mot patientens önskan om att kunna vårdas i sin egen trygga miljö. Sjuksköterskan har ett ansvar för sin egen hälsa där förmågan till att ge vård och att kunna arbeta utifrån en hållbar miljö inte ska äventyras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Det är svårt att som sjuksköterska eller arbetsgivare bestämma hur arbetsmiljön ska vara i någons hem, och därmed kunna skapa en säker och bra arbetsmiljö. Det är även svårt för sjuksköterskan att kräva att vissa hjälpmedel skall finnas på plats, utan en diskussion får göras successivt med patient och närstående om fördelarna med hjälpmedel och därefter installeras efter att patienten har gått med på förändringarna i hemmet. En påtvingad förändring av patientens hemmiljö kan ses som en kränkning som i sin tur kan kopplas till vårdlidande (Eriksson, 1994).

Trots att tiden kunde ses som en negativ aspekt, kunde det leda till något positivt för patienten som till exempel att få en PICC inlagd i hemmet jämfört med att det inte skedde någon inläggning alls. Patienten kunde på så sätt undvika att åka in till sjukhus vilket minskade lidandet (Eriksson, 1994; Molloy et al., 2008; Bergqvist & Ljunggren, 2020). Lidandet kan ses som en vårdskada och kan undvikas genom att sätta in en adekvat åtgärd av hälso- och sjukvården (PSL, 2010).

Att arbeta på ett aseptiskt sätt vid inläggning av PICC var ett tidskrävande moment. En underlättande faktor var att vara två sjuksköterskor, vilket var en förutsättning för att kunna arbeta patientsäkert (PSL, 2010). Detta var även viktigt för att kunna förhindra infektioner som hade kunnat leda till onödigt vårdlidande (Eriksson, 1994). För att kunna bedriva säker vård ses samarbetet som en viktig komponent hos den enskilde sjuksköterskan i att kunna förhindra att en vårdskada uppstår, och i sin tur leder till onödigt lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Efter inläggning av PICC i hemmet uppstod få komplikationer. I studier av Cogtoni et al. (2014) och Chopra et al. (2013) framkommer att användandet av PICC på sjukhus medförde fler komplikationer såsom infektion, trombos eller andra mekaniska problem jämfört med användning av densamma i hemmet. Marsh et al. (2020) menar att PICC är en infart som är säker att använda i hemmet då avancerad sjukvård i hemmet bedrivs. Sveriges Kommuner och Regioners (2019) punktprevalensmätningar som utförs årligen visade att omkring nio procent av alla patienter som vårdades på sjukhus drabbades av en vårdrelaterad infektion (VRI). VRI räknas som en vårdskada eftersom den kan undvikas. Genom inläggning av PICC i hemmet kan risken för VRI minskas. Det ingår i sjuksköterskans kompetens att kunna analysera en patients unika vårdbehov och att kunna välja den åtgärd som ger mest nytta och minst skada utifrån evidens (Hallberg, 2021), och på så sätt minska patientens vårdlidande.

Användningen och möjligheten att lägga in PICC i hemmet kan leda till att fler patienter kan vårdas och erhålla intravenös behandling i hemmiljö och därmed undvika att vårdas på sjukhus. Detta kommer att leda till ett ökat behov av specialistsjuksköterskor och mobila team inom hemsjukvården. I utredningen "God och nära vård" (SOU 2020:19) beskrivs att sjukhusvården kommer att minska och därmed flyttas till hemmet i högre grad. En ökad förskjutning av resurser från slutenvård till öppenvård kommer att ske. Genom att PICC läggs in i hemmet avlastas sjukhusvården och resurser sparas på grund av ett minskat behov av

lokaler och personal på sjukhus. Inläggning av PICC i hemmet kan också leda till minskade infektioner, då hemmiljön inte är lika utsatt för multiresistenta bakterier samt virus. Detta leder i sin tur till minskade kostnader för slutenvården. Ur ett etiskt perspektiv är det för den palliativa patienten bättre att få omvårdnad och behandling i sitt hem och inte behöva utsättas för transporter till och från sjukhus samt möten med ett flertal personal. Patientens autonomi och vårdpersonalens vilja att göra gott och inte påföra lidande beaktas.

Specialistsköterskor ska bedriva en jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Genom att utöka antalet enheter i landet som kan lägga in PICC i hemmet kommer det att uppstå en mer jämlik vård för patienter inom palliativ vård. Att patienter i palliativ vård i hemmiljö ska kunna ges möjlighet att få en PICC inlagd i hemmet och slippa den stress samt lidanden en liggande transport till och från sjukhus kan medföra är viktigt. I dagsläget är vården i Sverige inte jämställd då det endast är ett fåtal patienter som får möjlighet till inläggning av PICC i sitt eget hem vid vård i livets slut utförd av sjuksköterskor med god erfarenhet och kompetens.

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats och metod valdes för analys av insamlade data då den är att föredra när människors erfarenheter av ett fenomen ska studeras (Polit & Beck, 2017).

Informanterna söktes via sociala medier och inkluderades via bekvämlighetsurval. Bekvämlighetsurval valdes för att det gjorde det möjligt att inkludera de informanter som hade erfarenhet från det aktuella ämnet samt dem som accepterade att delta frivillig. Enligt Denscombe (2018) kan bekvämlighetsurval vara lämpligt vid mindre studier. Nackdelen med bekvämlighetsurval är att ingen hänsyn tas till variationen av de som deltar i studien. Antalet informanter i studien var sex, en man och fem kvinnor, alla med mångårig erfarenhet av att lägga in PICC och en mångårig erfarenhet av sjuksköterskeyrket. Fler deltagare i studien hade kunnat öka trovärdigheten av resultatet, likaså hade en jämnare könsfördelning kunnat resultera i ytterligare erfarenheter av inläggning av PICC. Författarna har dock ej påverkat valet av informanterna. Samtliga informanter som deltog i studien har inkluderats. Alla informanter var anställda i olika regioner som är geografiskt spridda över landet. Inläggning av PICC sker ännu inte av kommunanställda sjuksköterska och dessa har därför inte kunnat delta i studien. Författarnas förståelse innefattade en positiv inställning till möjligheten att lägga in PICC i hemmet inom den palliativa vården. För att uppväga den positiva inställningen efterfrågades både positiva och negativa erfarenheter. Ett av inklusionskriterierna innefattade en period av två års erfarenhet hos informanterna av inläggning av PICC. Denna period valdes då två år ansågs ha givit informanterna en bred erfarenhet som kunde studeras och på så sätt svara upp mot studiens syfte. Urvalsförfarandet stärker studiens trovärdighet samt är motiverad och förenlig med studiens syfte, samt att citaten som ingår i resultatpresentationen styrker tolkningen av informanternas utsagor (Polit & Beck, 2017).

Data samlades in via semistrukturerade intervjuer då subjektiva åsikter var av intresse att studera. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide framtagen av författarna innan intervjuerna vilket stärker studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2017). Intervjuerna genomfördes via ett digitalt kommunikationsverktyg på grund av långt geografiskt avstånd, samt restriktionerna under pandemin. Att intervjua på distans digitalt var ett lättillgängligt och smidigt sätt att mötas på. Svagheten med denna form var att även om författarna och informanterna såg varandra via datorn kunde kroppsgester och rörelser missas och därmed påverka möjligheten till informationsöverföring. Den sociala interaktion som fås genom att träffas fysiskt uteblev. Tekniken fungerade med god kvalitet, ljud och bild var klar och tydliga

utan tekniska avbrott under intervjuerna. Författarna frågade eller bad informanten om att vidareutveckla sitt resonemang om något var otydligt i svaret.

En kvalitativ konventionell innehållsanalys valdes som analysmetod för att besvara syftet och därigenom öka förståelsen för ämnet. Genom analysarbetet arbetades koder fram och kategorier vilket ledde till en ökad kunskap kring processens gång som består av planering, genomförande och utvärdering av sjuksköterskors erfarenheter av inläggning av PICC i hemmet. Resultatet härrör från informanternas direkta beskrivningar vilket är en styrka med denna metod. Intervjuerna genererade en stor mängd data. Författarna omarbetade kategorierna flera gånger under analysprocessen. Underkategorier flyttades om flera gånger och delades upp i fler underkategorier. Några underkategorier slogs ihop. En stor datamängd i denna studie kunde vara en nackdel. Författarna skulle då kunna riskera att missa att koda och intressant data hade kunnat förbises. Hsieh och Shannon (2005) hävdar att genom bearbetning erhåller författarna en djup förståelse av datamaterialets kontext och en ofullständig analys och felaktiga kategoriseringar av materialet kan undvikas. Polit och Beck (2017) hävdar att en kvalitativ studies trovärdighet påverkas av dess pålitlighet, överförbarhet och bekräftelse. Resultatets trovärdighet uppnåddes genom att författarna läste igenom datamaterial många gånger vid olika tillfällen. Trovärdigheten hade kunnat ökas ytterligare om även informanterna hade fått läsa den transkriberade texten, vilket är att föredra enligt Polit och Beck (2017). Informanterna bad inte om att få läsa det transkriberade materialet och tidspressen gjorde det omöjligt för författarna att få återkopplingen från informanterna. För att ytterligare öka trovärdigheten infogades citat från informanternas utsagor i resultatet. Informanterna delade samstämmiga erfarenheter av hur det är att lägga in PICC i patients hemmiljö, vilket tyder på att resultatet ger en trovärdig bild av det studerade området.

Efter att fyra intervjuer hade genomförts började ett mönster skönjas av informanternas beskrivningar. Författarna beslöt sig för att intervjua ytterligare två informanter för att öka beskrivningarna av erfarenheter från inläggning av PICC. Trots att få informanter deltog i studien sågs en samstämmighet då informanterna beskrev sina erfarenheter. Detta ledde till att giltigheten av studiens resultat stärktes. Genom att följa metoden noggrant och tolka datamaterialet på ett trovärdigt sätt blev resultatet representativt och tillförlitligt. Det fanns inga personer med liknande erfarenheter som var tillgängliga för avstämning gällande resultatets giltighet.

Polit och Beck (2017) beskriver att överförbarheten är kontextbunden hos en kvalitativ studie. Datainsamlingen samt analysen är väl beskriven under rubriken metod, något som ökar möjligheten för andra forskare att komma fram till liknande resultat. Förutsättningen för överförbarheten av studiens resultat till andra miljöer ges genom att urval, deltagare, datainsamling och analys tydligt har beskrivits. Polit och Beck (2017) förklarar innebörden av överförbarhet med att resultatet av en studie kan appliceras på andra miljöer och grupper och till vilken grad detta kan ske. Användningen av citat i resultatet gjorde att överförbarheten stärktes då kontexten blev tydligare. Överförbarheten är begränsad då enbart sex sjuksköterskor har deltagit. Trots det anser författarna att resultatet i studien kan överföras till liknande enheter med likartade förutsättningar.

Författarna förförståelse av att arbeta med PICC och att hantera detta i arbetet inom kommunal hemsjukvård i vårdandet av patienter i palliativ vård. Denna förförståelse diskuterades genomgående under analysen av datamaterialet samt hur den kunde påverka studiens resultat. Författarna gjorde varandra uppmärksamma på om tolkningar efter den egna förförståelsen påverkade resultatet. Dessa tolkningar kunde då undvikas.

Forskningsetiska överväganden gjordes under uppsatsens samtliga delar. Hänsyn togs till informationskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet. Informanterna informerades ingående om sina rättigheter inom ramen för studien och de lämnade inte ut någon information som gjorde att patienterna på något sätt kunde identifieras. Vidare uttryckte informanterna stor respekt för patienternas integritet. Ingen av informanterna arbetade inom samma geografiska området vilket minimerade risken för identifiering av patienterna. Författarna ansåg att nyttan med studien övervägde eventuella risker.

Slutsatser

Resultatet visade att informanternas formella kompetens och förvärvade erfarenheter av inläggning av PICC i slutenvården under det tidigare yrkeslivet möjliggjorde inläggning av PICC i patienternas hem inom den palliativ vården. Det krävdes noggranna förberedelser innan ingreppen samt att dessa kunde utföras utan allvarliga komplikationer. Patientens lidande kunde reduceras om PICC användes mer frekvent på patienter i palliativ vård. Patienterna behövde inte utsättas för smärta som kan uppstå vid upprepade PVK-insättningar eller blodprovstagningar. Då sjuksköterskans arbete utgår från en etisk värdegrund och omvårdnadskunskap, innebär detta att onödigt lidande förebyggs och minskas hos patienten. Genom att arbeta proaktivt i planeringen av en patients behandling kan vårdlidande reduceras och förhoppningsvis elimineras.

Det finns i dagsläget få studier som belyser inläggning av PICC i hemmet. De studier som finns tillgängliga beskriver rutiner och krav för inläggning skall kunna äga rum. Denna studie bidrar med kunskap i ämnet då den beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att självständigt utföra en avancerad omvårdnadsåtgärd som kan lindra lidande hos redan sköra och utsatta patienter och på så sätt öka deras välbefinnande under vården vid livets slut.

Förslag till klinisk tillämpning

För att förbättra omvårdnaden i hemmiljö för patienter inom palliativ vård kan specialistsjuksköterskan i hemsjukvården undersöka möjligheten att få en PICC inlagd i hemmet. Specialistsjuksköterskan kan på så sätt öka vårdkvaliteten för dessa patienter och minska vårdlidandet. En god samverkan med närliggande sjukhus är viktig för att inläggning av PICC skall få en större utbredning inom vård i hemmet.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Kortare vårdtider och färre platser på sjukhus leder till att fler patienter i framtiden till större del kommer att vårdas i hemmet. Som resultat av detta kommer behovet av nya tekniker och behandlingsformer att flyttas ut från sjukhus till hemmiljöer och olika boende. Inläggning av PICC på sjukhus utförd av sjuksköterskor är sedan tidigare studerad, men inläggning som sker i en annan miljö, såsom hemmiljö behöver studeras ytterligare för att vidareutveckla omvårdnaden. Vidare kan möjligheten till att använda ultraljudsteknik i hemmiljö eller på olika boenden utforskas som ett led för att förbättra omvårdnaden. Med denna teknik kan lidande reduceras hos patienter som har tunna eller sköra blodkärl när det uppstår ett behov av en PVK eller blodprovstagning.

Referenser

- Alcântara, D. C., Peregrino, A. A. de F., Jesus, C. demir S. de, Siqueira, A. P., Silva, P. O. da, Marta, C. B., da Silva, R. C. L., & da Silva, C. R. L. (2019). Peripherally Inserted Central Catheter: Contributions To Oncological Nursing. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3), 715-731. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236058p715-731-2019>
- Almås, H., Stubberud, D., & Grønseth, R. (red.) (2011). *Klinisk omvårdnad 2*. (2 uppl.). Liber.
- Alvariza, A., Mjörnberg, M., & Goliath, I. (2020). Palliative care nurses' strategies when working in private homes - A photo-elicitation study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), Article 1-2.
- Arbetsmiljöverket. (2015). *Skapa en bra arbetsmiljö vid omvårdnadsarbete i boendemiljö*. (Broschyr). Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyrr/skapa-en-bra-arbetsmiljo-vid-omvardnadsarbete-i-boendemiljo-broschyr-adi589.pdf> Hämtad 2021-05-17
- Arbetsmiljöverket. (2018). *Hälso- och sjukvård*. Broschyr). Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/> Hämtad 2021-05-09
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer – being in a field of forces. *Cancer Nursing*, 25(2), 96-103.
- Bedford, E., & Waterhouse, D. (2016). Service development of a nurse-led community-based PICC insertion service. *British Journal of Nursing*, 26(2), 22-27.
- Benkel, I. Molander, U., & Wijk. H. (2016). *Palliativ vård – Ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Liber.
- Bergqvist, J., & Ljunggren, G. (2020). The Impact of Integrated Home Palliative Care Services on Resource Use and Place of Death. *Journal of Palliative Medicine*, 23(1), 67-73. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0639>
- Bortolussi, R., Zotti, P., Conte, M., Marson, R., Polesel, J., Colussi, A., Piazza, D., Tabaro, G., & Spazzapan, S. (2015). Quality of Life, Pain Perception, and Distress Correlated to Ultrasound-Guided Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Palliative Care Patients in a Home or Hospice Setting. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.027>
- Chopra, V., O'Horo, J., Rogers, M.A.M., Maki D.G., & Safkar, N. (2013). The risk of bloodstream infection associated with peripherally inserted central catheters compared with central venous catheters in adults: a systematic review and meta-analysis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(9), 908-918. <https://doi.org/10.1086/671737>
- Cotogni, P., Barbero, C., Garrino, C., Degiorgis, C., Mussa, B., Francesco, A. D., & Pittiruti, M. (2015). Peripherally inserted central catheters in non-hospitalized cancer patients: 5-year results of a prospective study. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 403-409. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2387-9>

- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstran, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Studentlitteratur.
- Ekman, I. (2021). Personcentrerad vård i teamsamverkan. I Willman, A & Andersson, Å. *Sjuksköterska - Ett jobb för livet* (s. 59-66). Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber.
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Woundcare by district nurses at primary health centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 426-435. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x>
- Hallberg Rahm, I., (2021). Evidensbaserad omvårdnad. I Willman, A & Andersson, Å. *Sjuksköterska - Ett jobb för livet* (s. 69-76). Studentlitteratur.
- Hellström, I., Sandberg, J., Hanson, E., & Öhlén, J. (2017). *Stöd till anhöriga i samband med palliativ vård i hemmet: En kunskapsöversikt*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Hiscock, J., Pottle, J., Neal, R. D., & Poolman, M. (2020). Dying at home of cancer: Whose needs are being met? The experience of family carers and healthcare professionals (a multiperspective qualitative study). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(1), e6. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001145>
- Hsieh, H.- & Shannon, S.E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Jack, B.A., Mitchell, T.K., Cope, L.C., & O'Brien, M.R. (2016). Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: A qualitative study of patient and family caregiver experiences of hospice at home care. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2162-2172. <https://doi.org/10.1111/jan.12983>
- Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. ”Då patienten lider av vården” – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 88(28), 4-8.
- Kim, I., Lyder, C.H., McNeese-Smith, D., Leach, L.S., & Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 2490-2503. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3 uppl.). Studentlitteratur.

- Marsh, N., Larsen, E., Tapp, S., Sommerville, M., Mihala, G., & Rickard, C.M. (2020). Management of Hospital In The Home (HITH) Peripherally Inserted Central Catheters: A Retrospective Cohort Study. *Home Health Management & Practice*, 32(1), 34-39. <https://doi.org/10.1177/1084822319873334>
- McDiarmid, S., Scrivens, N., Carrier, M., Sabri, E., Toyne, B., Huebsch, L., & Fergusson, D. (2017). Outcomes in nurse-led peripherally inserted central catheter program: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 5(3), 535-539.
- McArthur, B. (2018). Peripherally inserted central catheters (PICCs): A review of complications and innovative solutions. *Vascular Access*, 12(1), 32-37.
- Molloy, D., Smith, L.N., & Aitchinson, T. (2008). Cytotoxic chemotherapy for incurable colorectal cancer: Living with a PICC-line. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02359.x>
- Naayer, K. (2014). Essentials of Assessment for a Peripherally Inserted Central Catheter Insertion Team. *Vascular Access*, 8(2), 8-11.
- Nicholson, J., & Davies, L. (2013). Patients' experiences of the PICC insertion procedure. *British Journal of Nursing*, 22(14), S16-8, S20-3, Article Sup9.S16. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.Sup9.S16>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publication Inc.
- Pittiruti, M. (2015). A GAVeCeLT Project: The Development of a Consensus in Indication, Insertion and Management of PICCs in Home Care. *Journal of the Association for Vascular Access*, 20(4), 240-240.
- Polderman, K., & Girbes, A. (2002). Central venous catheter use: Part 1: Mechanical complications. *Intensive care Medicine*, 28(281), 1-17.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10: e uppl.). Wolters Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod; från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25-42). Studentlitteratur.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede— Nationellt vårdprogram*. Regionala cancercentrum i samverkan. https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf
- SBU. (1999). *Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering – Effekter och kostnader*. SBU. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/avancerad-hemsjukvard-och-hemrehabilitering-effekter-och-kostnader/>
- Scocca, A. & Gioia, A. (2008). Initial experience of a nurse-led implemented peripherally inserted central catheter program in Italy. *The Journal of the Association for Vascular Access*, 13(1), 27-30. <https://doi.org/10.2309/java.13-1-6>

SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård förtydligande och konkretisering av begrepp*. Socialstyrelsen.

SOU 2011:55. Kommunaliserad hemsjukvård.
<https://www.regeringen.se/49b6a1/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155>

SOU 2020:19. *God och nära vår - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Socialdepartementet.
https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-hal-so--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf?TSPD_101_R0=088d4528d9ab2000223e9486a6b6cb63dabb3de9cd15167b67bc56822a9d3f78588f4fc5cde7a1420897eb24c91430004439b14d63b792b22c19fb2363fad463195266cd5159c19c76a3956700474ad4b4f7c04aeec81a23e5dd5bdc6f171c61

Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S.F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realized, experiences of family members and nurses with a new model of care. *The Australian Journal of Rural Health*, 27(4), 336-343.
<https://doi.org/10.1111/ajr.12518>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning Avancerad Nivå Distriktssköterska*. Svensk sjuksköterskeförening. <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niva-distriktsskoterska-reviderad-2019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet. (2020). *Teamarbete & Förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2019). *Vårdrelaterade infektioner: En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013–2018*. SKR. HYPs:[//webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-756-5.pdf](https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-756-5.pdf)

Thorén-Jönsson, A.-L. (2017). Grounded Theory. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Vårdhandboken. (2020). *PICC-line - Översikt*. Vårdhandboken. <https://www.varldhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/picc-line/oversikt/>

Västra Götalandsregionen. (2018). *Trygg vård och omsorg -ASIH-teamet*. (Broschyr). VGR. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/8a897d72-ce8b-4c86-b0b1-8deac8957b5e/ASIH%20folder%20uppdatering%202018%20utskrift%20som%20häfte.pdf?a=false&guest=true&native=true>

Västra Götalandsregionen. (2020). *Rutin—PICC-line (perifert inlagd central venkateter) - Handläggning*. VGR. [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31215/PICC-line%20\(perifert%20inlagd%20central%20venkateter\)%20-%20handläggning.pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31215/PICC-line%20(perifert%20inlagd%20central%20venkateter)%20-%20handläggning.pdf?a=false&guest=true)

World Health Organization (WHO). (2002). *National Cancer Control Programmes – Policies and managerial guidelines*. 2nd edition. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Medical Association. (2018). *Helsingforsdeklarationen*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yamada, R., Morita, T., Yashiro, E., Otani, H., Amano, K., Tei, Y., & Inoue, S. (2010). Patient-Reported Usefulness of Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(1). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.327>

Informationsbrev



HÖGSKOLAN VÄST

*Till dig som är sjuksköterska och har erfarenhet av att lägga in perifert inlagt central venkateter (PICC) i hemmiljö. Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning
Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie*

Bakgrunden till detta examensarbete på magisternivå är att patienter allt snabbare skrivs ut från sjukhus vilket ofta leder till att de är i behov av mer avancerad och specialiserad vård i hemmet. Inom hemsjukvården vårdas patienten av sjuksköterskor bland annat i palliativ vård. Patienterna är ofta i behov av provtagning, infusioner, antibiotikabehandling, blodtransfusioner vilket underlättas om patienten har en central infart. Då patienter ofta har svårigheter med att transportera sig till sjukhus på grund av sin sviktande hälsa skulle det underlätta om denna centrala infart kan läggas in i patientens hem. Denna skulle sedan kunna användas vid omvårdnaden och vara till stor hjälp för att öka patienternas livskvalitet, minska lidande samt ge förutsättningar att bedriva en personcentrerad och kostnadseffektiv vård.

Syftet med studien är att inom den palliativa hemsjukvården belysa sjuksköterskors erfarenheter av inläggning av PICC i hemmiljö.

Deltagare till studien söks via en sluten grupp för sjuksköterskor på Facebook. Om du är intresserad att delta i vår studie skulle vi vilja att du kontaktar oss via e-post, telefon eller dm. Intervjuerna kommer att genomföras via Högskolan i Västs zoom-rum. Intervjuerna beräknas ta 30–60 minuter. Ditt deltagande är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta din medverkan. Deltagandet i studien kan bidra till att utveckla kunskapsläget vilket kan vara till gagn för verksamheten, kollegor och patienter. Du är välkommen att kontakta undertecknade efter intervjun om du önskar att diskutera eventuella tankar som väcks i samband med intervjun.

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras i magisteruppsatsen. Ansvarig för personuppgifter är Högskolan i Väst. Tillgång till materialet har endast författarna och handledaren. Materialet förstörs efter publicering. Det färdiga arbetet kommer att publiceras på Diva-portalen.

Vi heter Rajveer Gill och Åse Zachrisson och går på Högskolan i Väst och läser till distriktssköterskor med inriktning mot avancerad vård i hemmet. I utbildningen ingår att göra ett magisterarbete, i vilket denna intervjustudie ingår. Har du några frågor så hör gärna av dig till någon av de undertecknade.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga. Trollhättan 21-02-22

Ansvariga för studien:

Rajveer Gill, xxxx-xxxxxx, student, fil.kand i omvårdnad

Åse Zachrisson, xxxx-xxxxxx, student, fil.kand i omvårdnad

Marie Engwall, xxxx-xxxxxx, lektor, fil.dr i vårdvetenskap, Högskolan i Väst

Arne Johansson, dataskyddsombud, Högskolan i Väst, dataskydd@hv.se



Samtyckesblankett

Samtycke att delta i studien:

Inläggning av perifer central venkateter i hemmet (PICC) - Sjuksköterskors erfarenheter

Jag har skriftligen informerats om studien och samtycker till att delta.
Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt att jag kan avbryta mitt deltagande i studien utan att ange något skäl.

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ort och datum _____

Ansvariga för studien:

Rajveer Gill, xxxx-xxxxxx, student, fil.kand i omvårdnad

Åse Zachrisson, xxxx-xxxxxx, student, fil.kand i omvårdnad

Marie Engwall, xxxx-xxxxxx, lektor, fil.dr i vårdvetenskap, Högskolan i Väst

Arne Johansson, dataskyddsombud, Högskolan i Väst, dataskydd@hv.se

Intervjuguide

Demografiska data

Kön och ålder

Hur många år informanten har lagt in PICC?

Därefter påbörjades intervjun med en inledande fråga:

”Vad har du för erfarenheter av att lägga in PICC i hemmet?”

Följt av följdfrågor:

- På vilket sätt?
- Hur menar du då?
- Kan du ge exempel?

HEMMILJÖ

- Vad är viktigt att tänka på i hemmiljön?
- Hur upplevs hemmet som arbetsmiljö?

HANDHAVANDE

- Vad krävs för förberedelser?
- Vad finns det för fördelar?
- Vad finns det för nackdelar?
- Behövs mer erfarenhet att lägga PICC i hemmet än på sjukhus?
- Varför tror du att det inte utförs på fler ställen i landet?

PATIENTEN

- Vilken patientgrupp är vanligast? Tex palliativa, allmän hemsjukvård etc
- Vem ordinerar/skriver remiss? ssk, läkare, båda?
- Kriterier för att få en PICC

UTVÄRDERING

- Lyckade inläggningar? Skiljer sig de från på sjukhuset? Vilka lärdomar har du fått? Och varför? Komplikationer, har det uppstått?
- Hur följer ni upp eventuella komplikationer? Kan du utveckla, mer!
- Har du fått återkoppling hur patienterna upplever det?
- Hur kan vi hjälpa utvecklingen framåt?
- Är det något du vill tillägga?
- Finns det något du vill ta upp som jag inte frågat dig om?

Etisk bedömningsmall



HÖGSKOLAN VÄST

Blankett för etisk egengranskning av studentarbeten som involverar människor

Projekt titel: Sjuksköterskors erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö

Datum: 2021-02-20

Studenter: Rajveer Gill och Åse Zachrisson

Handledare: Marie Engwall

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			Nej
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			Nej
3	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			Nej
4	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			Nej
5	Avser du att behandla personuppgifter om lagöverträdelser, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			Nej
6	Avser du att behandla personuppgifter på ett strukturerat sätt, t.ex. i ett register eller en databas? (Observera att även avkodade och krypterade personuppgifter betraktas som personuppgifter så länge det finns en kodnyckel).			Nej
7	Kan arbetet få etiska konsekvenser utanför den undersökta gruppen och samhället i övrigt			Nej

(Blanketten utgår från en version hämtad från Högskolan Dalarna)

Nedanstående två öppna frågor skall också besvaras!

1. Var ska studien genomföras?

Via ett digitalt kommunikationsverktyg när informanterna är tillgängliga under perioden februari till mars 2021.

2. Hur görs urvalet av informanter?

Bekvämlighetsurval via en grupp på sociala medier.

Enskild författares bidrag

Kurs: EXD800

Arbetets titel: Sjuksköterskans erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö.

Författare: Rajveer Gill

Studenternas namn och personnummer: xxxxxx-xxxx

Jag har gjort femtio procent samt att det har varit ett teamarbete för vi har växeldragit.

Enskild författares bidrag

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, magister/specialistsjuksköterska

Arbetets titel: Sjuksköterskors erfarenheter av att lägga in perifert inlagd central venkateter (PICC) på patienter i palliativ vård i hemmiljö

Författare: Åse Zachrisson och Rajveer Gill

Studenternas namn och personnummer:

Åse Zachrisson xxxxxx-xxxx

Inledning: 50%

Bakgrund: 50%

Metod: 50%

Resultat: 50%

Diskussion: 50%

Vi har jobbat som team och växeldragit samt stöttat varandra under arbetes gång.

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
www.hv.se