



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisteruppsats

Omvårdnadspersonals upplevelser av vård i livets slutskede

En kvalitativ intervjustudie

Nursing staff experience of end of life care
A qualitative interview study

Författare: Maria Neljesjö och Ingegerd Strömkvist
Handledare: Marie Elf
Examinator: Anna Ehrenberg
Granskare: Inger Kull
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Poäng: 15 hp
Betygsdatum: 120604

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Syftet: Syftet med studien var att beskriva hur omvårdnadspersonal inom kommunens särskilda boende och korttidsboende upplever att vårda personer i livets slutskede.

Metod: Studien bygger på åtta kvalitativa intervjuer med undersköterskor.

Datansamlingsmetoden baserades på Critical Incident Technique och som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I intervjuerna framkom att samarbetet till de övriga i teamet och närstående hade en stor och avgörande betydelse för hur vården utvecklades.

Omvårdnadspersonalen kände ibland att sjuksköterskan saknades i vissa omvårdnadssituationer. Fördelning av personal under dygnet bidrog till kontinuitet i samverkan. De upplevde att olika faktorer i miljön kunde vara både till hjälp eller till hinder i samspelet till den döende och närstående. De intervjuade talade också om vikten av att respektera patientens vilja.

Omvårdnadspersonalen gav även stöd till de närstående och de kom familjerna nära. De upplevde att närvaro utan krav och stress var av betydelse för interaktionen till den döende och dess närstående. Det var viktigt att både den döende och de närstående var tillfreds med symtomlindringen. Det var viktigt att få ge ett värdigt omhändertagande efter döden.

Slutsats: Det genomgåendet temat visade att interaktion och samverkan med vårdteamet, närstående och patienten var av avgörande betydelse för hur vården i livets slut skulle bli trygg och värdig.

Nyckelord: Critical Incident Technique, kommunal äldreomsorg, kvalitativ, omvårdnadspersonal, vård i livets slutskede.

Abstract

Aim: The aim of this study was to describe how the nursing staff within the municipality's special housing and short term care perceived their caring for patients receiving palliative care.

Method: The study is based on eight interviews with enrolled nurses. The data collection method was based on the Critical Incident Technique. The analysis of interviews was carried out with qualitative content analysis.

Result: Cooperation between the care team and the relatives had a great and significant impact on how care was delivered. At times the nursing staff felt that the nurse was not present during various nursing interventions. Distribution of staff during the day contributed to the continuity of the interaction. The enrolled nurses expressed that different environmental factors were either helpful or obstacles in the interaction between the dying person and their relatives. The enrolled nurses illuminated the importance of respecting the patient's wishes. The nursing staff provided the families with support which contributed to a feeling of closeness. Furthermore, the enrolled nurses felt that their presence without demands and stress were significant in the interaction between the dying person and their family. It was important that the dying patient and their families were satisfied with symptom control. It was significant to provide a dignified treatment after death.

Conclusion: The overall theme was that the nursing staff perceived that interaction and collaboration between the care team, family and the patient was of significant importance for a secure and dignified end of life care.

Keywords: End of life care, municipal elderly care, nursing staff, qualitative, The Critical Incident Technique

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	6
Bakgrund.....	6
De mest sjuka äldre på SÄBO	7
Hospicefilosofin	7
Personalsituation och kompetens	8
Teamets betydelse	9
Omvårdnad vid livets slut	10
Problembeskrivning	11
Syfte.....	12
Frågeområde.....	12
METOD.....	12
Design	12
Population och urval	13
Datainsamlingsmetod	13
Critical Incident Technique.....	13
Tillvägagångssätt.....	14
Analys	15
Forskningsetiska överväganden	16
RESULTAT	17
Interaktion och samverkan för en värdig och trygg vård i livets slut.....	17
Vara en del i ett team.....	18
Ett bra samarbete gynnar patienten	18
Svårigheter i samarbetet	19
Resursfördelning	20
Vårdmiljö	21
Saker att minnas.....	21
Brister närmiljön	21
Kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd.....	21
Närvaro möjliggör interaktion.....	22
Emotionellt och praktiskt stöd	22
Att komma till insikt	23

Identifikation med den döende.....	23
Vikten av att bekräfta patienten	24
Omhändertagandet efter döden	24
Symtomkontroll	25
God symtomkontroll	25
Otillfredsställande symtomkontroll	25
DISKUSSION.....	26
Sammanfattning av huvudresultaten	26
Resultatdiskussion	26
Teamarbete	27
Stötta närstående och göra dem delaktiga	29
God symtomlindring.....	29
Vården ska ske i hemlikmiljö	30
Beakta livskvalitet för både den döende och närstående	31
Metoddiskussion.....	32
Slutsats	33
Kliniska implikationer:	33
Förslag på fortsatt forskning	34
REFERENSLISTA.....	35
<i>Bilaga 1: Missivbrev</i>	
<i>Bilaga 2: Författardeklaration</i>	

INTRODUKTION

“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.”

Cicely Saunders (1976)

Bakgrund

De senaste två decennierna har andelen av den äldre befolkningen ökat med 30 procent i Sverige. Enligt beräkningar kommer denna grupp att öka med 60 procent de kommande två decennierna. Allt eftersom åldern stiger finns det också en ökad risk för att drabbas av ohälsa eller funktionsnedsättning vilket medför att gruppen av äldre som har komplexa vård- och omsorgsbehov ökar. (Socialdepartementet 2011). Detta i sin tur ställer ökade krav på äldreomsorgen (Regerings Proposition 2004/05:94). I Sverige trädde Ädelreformen i kraft 1992 vilket innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för hälso- och sjukvården för de som var över 65 år (Tunedal & Fagerberg, 2001).

Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) reglerar all omsorg och vård som bedrivs i kommunal regi. HSL riktar sig direkt till kommunen i paragraf 18 med krav om en god hälso- och sjukvård till den vårdtagare som bor i särskilt boende (SÄBO).

Svensk sjuksköterskeförening (2010) skriver att varje människa är en unik individ som finns som en del i ett större sammanhang. När hälsan sviktar och behov av vård finns så måste det ske genom hänsyn till familj, närstående, omgivning och miljö. Omvårdnaden skall vara personcentrerad och utgå från individen där vårdtagaren är delaktig i vård och behandling. Vården ska vara präglad av respekt för personens sårbarhet, värdighet integritet och självbestämmande för att patienten om möjligt ska kunna uppleva tillit, hopp och mening.

”Omvårdnadens mål är att främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för en fridfull och värdigt avslut av livet med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor” (ibid. s. 6).

De mest sjuka äldre på SÄBO

För att tillhöra gruppen de mest sjuka äldre så ska individen enligt socialstyrelsen bland annat uppfyllt ett av följande kriterier, antingen ha permanent boende på SÄBO eller beviljats en plats på korttidsboendet (Socialstyrelsen 2011a).

Korttidsboendet är en del av SÄBO och skall bereda plats för individer som är i behov av mer medicinska, rehabiliterande och sociala insatser. Korttidsboendet har en viktig funktion när det handlar om att ta hand om det mest svårt sjuka (Socialstyrelsen, 2011b).

Ädelreformen innebar att vården i livets slutskede i många fall flyttades från sjukhuset till SÄBO (Beck-Friis, 2009). Majoriteten av de människor som dör varje år har en okomplicerad sista tid med bara någon enstaka komplikation och är därför inte en svår patientgrupp att sköta inom de vårdformer som finns. Men en tredjedel av de som dör har ett behov av mer komplicerad symtomlindring och kräver ett specialkunnande av det teamet som vårdar personen i livets slut (Strang, 2008).

Hospicefilosofin

Hospicerörelsen startade i Storbritanien under 1960-talet av den då verksamma sjuksköterskan Dame Cicely Saunders. Hon upplevde under sin tid som sjuksköterska att det fanns stora brister i vården av de döende. Hon bestämde sig då för att utbilda sig till både kurator och läkare för att kunna bedriva ett förbättringsarbete inom vård i livets slut (Beck-Friis, 2008). Den första Hospice inrättningen uppstod 1967 där patienter med lång framskriden sjukdom och kort förväntad överlevnad vårdades. Ett kännetecken för denna vårdform är att det finns en helhetssyn på personen vilket innebär att målet med behandlingarna inte är kurativa utan istället lindrande och dessutom så ska patientens psykosociala och existentiella behov tillgodoses på allra bästa sätt. Det är viktigt att patienten själv är delaktig i de beslut som gäller henne eller honom. Familjen och de närstående ses som en resurs i vården men de behöver också stödjas (Kaasa, 1998/2001). Begreppet palliativ vård och palliativ vårdfilosofi fick sitt genomslag i svensk hälso- och sjukvård 1988 (Beck-Friis, 2008). Det fysiska, psykiska, sociala och de existentiella behoven fick en central plats i den palliativa vården. Genom att se den

döende ur dessa fyra perspektiv kan en bättre förståelse skapas för dennes situation (Saunders, 1978/1979). Vårdteam med olika kompetenser blir nödvändiga för att kunna stötta den döende. I centrum för alla insatser ska den döende och de närstående finnas (Eckerdal, 2005).

I litteraturen formuleras hospicefilosofin på olika sätt. Ternestedt (1998) skriver att målet för vården är ett och detsamma trots olika beskrivningar. Filosofin strävar mot att uppnå den bästa möjliga livskvalitet för individen under den sista tiden av livet samt att förutsättningar skapas för en god död. Följande punkter kan enligt Ternestedt representera Hospicefilosofin:

- Teamarbete
- Stötta närstående och göra dem delaktiga
- God symtomlindring
- Vården ska ske i hemlik miljö
- Beakta livskvaliteten för både den döende och de närstående

Det är viktigt att påpeka att den palliativa vården inte är passiv utan den är istället kontinuerligt aktiv och kreativ. För både patienten och dennes familj är det viktigt att den sista tiden blir så bra som möjligt. Alla individer är olika och därmed finns det skilda behov som kan förändras under vårdtiden (Ternestedt, 2005).

Personalsituation och kompetens

Socialstyrelsen (2011c) anser att personalen inom äldreomsorgen måste vara utbildad, kunnig och erfaren för att kunna ge en god vård och omsorg.

Utbildningsnivån kan vara ett mått på förutsättningarna för att resultat och kvalitet i vården skall uppnås. Dessutom säger Socialstyrelsen att det finns stora skillnader i antalet utbildad omvårdnadspersonal i Sveriges kommuner. Socialstyrelsen visade även att år 2010 fanns det kommuner där endast 38 procent av omvårdnadspersonalen hade en vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. Det fanns även vissa kommuner där samtliga hade utbildning. I ett genomsnitt av Sveriges kommuner hade 80 procent av personalen en vårdutbildning.

Antalet sjuksköterskor inom den kommunala äldreomsorgen har minskat och detta har lett till att sjuksköterskan ofta arbetar konsultativt (Josefsson, 2009).

Sjuksköterskan har ansvaret för att omvårdnadspersonalen utför sjukvårdsuppgifter men hon kan inte styra över deras kompetens. Omvårdnadspersonalen ska utföra både sociala omsorgsuppgifter och hälso- och sjukvårdsinsatser (Westlund & Larsson, 2007). Det förväntas att omvårdnadspersonalen gör observationer och kontaktar och informerar sjuksköterskan när något avviker från det normala hos dem som vårdas. Omvårdnadspersonalen är de som lär känna vårdtagaren bäst och har även möjligheten att först upptäcka förändringar i allmäntillståndet. De vilar även ett ansvar på omvårdnadspersonalen att informera om tecken på sviktande hälsa visar sig. De får ofta en nära relation till de närstående (Socialstyrelsen, 2011b).

Omvårdnadspersonalen måste känna sig trygg och bekväm i sin uppgift för att kunna skapa en god vård (Stillman, Stumpf, Capezuti & Tuch, 2005) och trygghet uppstår då sjuksköterskan finns som en nära samarbetspartner (Wallerstedt, 2012).

Teamets betydelse

Beck-Friis (2009) skriver att vård i livets slutskede bygger på ett bra teamarbete. I teamet ska ingå läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal samt andra professionella med nödvändig kompetens för att svara mot de problem som vård av en svårt sjuk person innebär. Det är läkaren som fattar beslut om diagnos och medicinering. Sjuksköterskan ansvarar för att vårdplaneringar skrivs och utförs i samarbete med patienten, närstående och övriga i teamet. Beck-Friis lyfter även fram att det är sjuksköterskan som skall informera läkaren, följa upp och verkställa beslut. Sjuksköterskan har en viktig roll att skapa trygghet och tillit hos patienten och närstående men även för omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan är sällan den person som utför den närmaste och dagliga vården av patienten. Den vården utförs oftast av omvårdnadspersonalen vilket innebär en nära kontakt med patienten i livets slut. Omvårdnadspersonalen får ofta i uppdrag genom delegering att utföra en del av sjuksköterskans uppgifter.

Omvårdnad vid livets slut

Lindra symtom och att bidra till en god livskvalitet är det som styr vårddinnehållet då en människa kommit till den obotliga sjukdomsfasen. Denna del av livet kan pågå från några dagar till flera veckor (Socialstyrelsen, 2011c).

Pleschberger (2007) skriver att det sårbara blir alltmer tydligt då värdigheten utmanas av sjukdom, ohälsa och behov av hjälp med personlig omvårdnad. Hennes studie visar att vårdtagaren inte vill vara en ”börda”, de som har möjlighet vill vara aktiva i vården och att deras vilja ska respekteras. Vidare fortsätter Pleschberger att vårdtagaren önskar tillåtelse att dö men att inte uppleva smärta. Patienter har även uttryckt att de önskar att vara tillsammans med närstående när döden närmar sig. Det sociala nätverket är en förutsättning för att behålla värdigheten.

Källströms Karlsson (2009) beskriver att när döden närmar sig begränsas de döendes möjlighet att utföra egenvård och beroendet av andra ökar. Det är då viktigt att kunna läsa av den döendes icke verbala signaler när förmågan att förmedla sina behov är reducerad.

Vården av svårt sjuka och döende personer innebär dagliga möten mellan patient, närstående och personal. Detta i sin tur leder till ett stort ansvar och det krävs förmåga att samarbeta med patient, närstående och övriga i vårdteamet (Wallerstedt, 2012). Studier har visat att omvårdnadspersonal har upplevt att döendeprocessen fungerat bra om sjuksköterskan planerat och samordnat vården i livets slut (Goodridge, Bond, Cameron & McKean, 2005). Omvårdnadspersonal har vittnat om att när arbetet följer en viss planering och rutin och när de är trygga i sin roll så bidrar det till en god vård i livets slut (Cartwright & Kayser-Jones, 2003).

Omvårdnadspersonalen har stor betydelse för de närståendes upplevelser i samband med vård i livets slut (Shield, Wetle, Teno, Miller & Welch, 2005). Det är viktigt att de närstående känner att de är delaktiga, att de kan och får hjälpa till (Friedrichsen, 2005). De närstående kan ibland känna en osäkerhet om omvårdnadspersonalen har tillräckligt med kompetens och kunskap för att vårda deras anhörige (Cartwright & Kayser-Jones, 2003). En bidragande faktor till

osäkerhet hos närstående är att arbetsbelastningen är hög eller att empati saknas (Shield et al, 2005). Enligt en studie av Österlind (2009) påvisades att bristande stöd från organisationen samt utbildning till omvårdnadspersonal inom äldreården medförde ett sämre engagemang i samband med vården i livets slutskede.

Genom möten med de döende och deras närstående får omvårdnadspersonalen kunskap och erfarenhet. Det bidrar till en personlig och professionell utveckling (Källström Karlsson, 2009). Det är viktigt att vara närvarande i mötet med patienten. Närvaro kan vara en tyst gemenskap som består av en sorts aktiv passivitet, där man bara är. Närvaro som kräver koncentration, förståelse och uppmärksamhet men utan att göra något som syns för omgivningen (Friedrichsen, 2005).

Vårdmiljön har stor betydelse för hur vården kan utföras både för den döende och närstående. Det är extra viktigt att beakta detta eftersom välbefinnandet och upplevelsen indirekt påverkas av vårdmiljön. För de närstående kommer även minnena från dessa dagar att färgas av upplevelsen av vårdmiljön (Waller & Finn, 2011).

En del döende kämpar in i det sista mot döden men oftast bli döden en lugn övergång. Det är något speciellt när en människa passerar livsgränsen även när döden är väntad. Olika reaktioner som förnekelse, vrede, hopp och förtvivlan kan visa sig hos de närstående i varierande grad. Omsorgen om den döende innefattar också omsorg om de närstående. De är patientens närmaste och största tillgång och behöver hjälp att förstå sina egna reaktioner och att leva med dem (Sætren, 2003).

Problembeskrivning

Inom den kommunala äldreomsorgen vårdas många personer med stort vårdbehov och komplex sjukdomsbild. Många av dessa personer vistas på SÄBO eller korttidsboende och det stora flertalet kommer att sluta sina dagar där. Vården som ges i livets slutskede är av stor betydelse framförallt för personen som vårdas men även för de närstående som ska leva vidare med minnena från dessa dagar. Vid

vården i livets slutskede finns ett team runt patienten. I teamet ingår bland annat läkare, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal och närstående.

Omvårdnadspersonalen har en framträdande roll i detta samarbete. Sjuksköterskan har på grund av organisationen inte möjlighet att delta i det direkta omvårdnadsarbetet utan omvårdnadspersonalen blir oftast de som är vårdtagaren närmast. I denna studie har vi valt att fokusera på hur omvårdnadspersonalen upplever den vård som ges i livet slutskede. Det är viktigt att lyfta fram dessa upplevelser eftersom de kan ge vägledning för kommande förbättringsarbeten inom den kommunala hälso- och sjukvården med fokus på vård i livets slutskede.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur omvårdnadspersonal inom kommunens särskilda boende och korttidsboende upplever vård i livets slutskede.

Frågeområde

Informanterna fick beskriva olika situationer med vård i livets slutskede som skett inom SÄBO eller korttidsboende. Det skulle vara händelser som beskrev situationer då vården i livets slutskede utvecklades till positiva upplevelser samt motsatsen, det vill säga då vården i livets slutskede utvecklades till negativa erfarenheter.

METOD

Design

Studien är en kvalitativ intervjustudie där informanterna fick beskriva kritiska händelser av positiva och negativa situationer i samband med vård i livets slutskede. Händelserna skulle baseras på egna erfarenheter.

En kvalitativ studie beskriver den livsvärld som individen upplever och används då syftet är att beskriva företeelser och skeenden enligt Kvale och Brinkmann (2008/2009). Studien har en induktiv ansats. Den induktiva ansatsen är upptäckandets väg och texten analyseras så förutsättningslöst som möjligt i

forskningsprocessen i motsats till den deduktiva ansatsen där analysen utförs från en förutbestämd mall eller teori enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

Population och urval

Urvalet gjordes från två mindre kommuner i Mellansverige. Ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2008) av fyra omvårdnadspersonal från respektive kommun gjordes med hjälp av enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt sjuksköterska. Kriterier för att få delta i intervjun var att informanten hade erfarenhet av att vårda i livets slutskede. Med erfarenhet avsågs att den som skulle delta hade varit med vid flera tillfällen av vård i livets slutskede. Alla åtta informanterna hade genomgått undersköterskeutbildning. De hade lång erfarenhet mellan 16 -30 år, median 21 år. Ålder var 34-62 år, medianen var 50 år. Alla deltagare var kvinnor.

Datansamlingsmetod

Datansamlingsmetoden baserades på retrospektiv metod ” Critical Incident Technique” (CIT) (Flanagan, 1954). I missivbrevet (Bilaga 1) som skickades till informanterna angavs det att de skulle få beskriva positiva och negativa erfarenheter i samband med vård i livets slutskede. Två öppna frågor ställdes till informanterna samt följdfråga om vårdmiljöns betydelse. Samtliga intervjuer spelades in på diktafon efter informerat samtycke.

Critical Incident Technique

Denna metod används i kvalitativa studier och avser att studera positiva och negativa händelser i sin naturliga miljö. Metoden utvecklades under femtioalet av psykologer inom det amerikanska flygväsendet (Flanagan, 1954). Metoden har sedan spridit sig till flera olika ämnesområden såsom omvårdnad.

På ett enkelt sätt kan metoden beskrivas som en strategi där det sker insamling av beteenden eller aktiviteter i samband med en viss händelse (Carlsson, 2008; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2008). Informanterna får öppna frågor om kritiska händelser som upplevts som positiva respektive negativa. Informanten ska kunna beskriva händelsen från minnet och inkludera relevanta detaljer. Dessa händelser påverkade hur situationen utvecklade sig och hur upplevelsen blev (Flanagan,

1954; Norman, Redfern, Tomalin & Oliver, 1992). Med hjälp av CIT kan relevant fakta lyftas fram genom att personliga åsikter, bedömningar och generaliseringar reduceras (Kemppainen, 2000).

Tillvägagångssätt

Två kommuner där författarna själva inte är yrkesverksamma valdes ut. I respektive kommun kontaktades verksamhetscheferna inom äldreomsorgen och informerades muntligt via telefon om den planerade studien. De tog även del av den skriftliga projektplanen. När de gett sin tillåtelse att omvårdnadspersonal inom kommunens äldreomsorg skulle få delta i studien undertecknade de den forskningsetiska ansökan. Enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt sjuksköterska fick projektplaner och därefter var de behjälpliga med att föreslå omvårdnadspersonal som uppfyllde kriteriet. I en av kommunerna föreslog enhetschefen att missivbrev kunde mailas ut till omvårdnadspersonalen och i den andra kommunen delade enhetschefen ut dem personligen till omvårdnadspersonalen.

Telefon- eller mailkontakt togs efter några dagar och samtliga som tillfrågats accepterade att delta i intervjun. Datum och tid planerades efter deras önskemål. Intervjuerna skedde under oktober till december 2011. Var och en utförde fyra intervjuer som skedde under arbetstid och på informanternas arbetsplats. Intervjuerna genomfördes i enskilt rum och spelades in på diktafon. Innan intervjun startade fick intervjupersonerna information om hur materialet skulle användas och samtliga gav informerats samtycke. De fick även möjlighet att ställa eventuella frågor. I inledningen av intervjun fick de ge bakgrundsfakta om sig själva det vill säga ålder, antal år i yrket samt utbildning.

Först uppmanades informanterna att återge händelser då de upplevt att vården i livets slutskede blivit bra sedan fick de beskriva motsatta upplevelser. Samtliga fick en följdfråga där de fick reflektera över vårdmiljöns betydelse för den utförda vården. Intervjuerna varierade i längd från 20 minuter till 50 minuter och därefter transkriberades de ordagrant.

Analys

Kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) valdes som analysmetod. Intervjumaterialet kom att bearbetas stegvis. Samtliga intervjuer lyssnades först igenom och transkriberades därefter ordagrant av den som utfört intervjun. Utskrifterna kontrollerades även mot originalinspelningarna. Samtliga intervjuer lästes noggrant igenom upprepade gånger av båda författarna för att få en helhetsbild och förståelse av textinnehållet.

Författarna gick gemensamt igenom en intervju från varje författare.

Meningsenheter som kunde kopplas till syftet och var relaterade till specifika händelser identifierades ur textmassan och därefter kondenserades dessa (Tabell 1). De återstående sex intervjuerna delades upp och analysen fortsatte med identifiering av meningsenheter samt kondensering av intervjutexterna

Författarna arbetade därefter gemensamt med att abstrahera de kondenserade meningsenheterna till koder. Kondenserade meningsenheter och koder med liknande innebörd grupperades sedan i tillfälliga kategorier, vilka beskrev innebörden i den ursprungliga texten. Vid upprepade genomläsningar av materialet under arbetets gång flyttades olika kondenserade meningsenheter och koder mellan olika tillfälliga kategorier för att slutligen hitta den kategori där de bäst hörde hemma.

Tabell 1: Exempel ur analysprocessen

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Underkategori	Kategori
Ja det var en man som var svårt sjuk och det var många anhöriga inne på det rummet och dom var oroliga och jag vet våran syster hade mycket att göra så hon åkte fram och tillbaka..	En svårt sjuk man med oroliga anhöriga. Sjuksköterskan fanns inte hos den döende.	Sjuksköterska saknas i teamet	Svårigheter i samarbetet	Stöd i samarbetet kring patienten
Och jag satt där och hennes anhöriga hade inte hunnit komma och då satt jag med henne där, och då bara slöt hon ögonen och så log hon. Och det var så fint att sitta där då och stryka hennes hand och kind	Det kändes bra att stryka hennes hand och kind och att hon log mot mig	Personalen tillfreds då de varit närvarande	Betydelsen av närvaro	Kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd
....det var inte alls någonting att vi skulle spara på någonting, utan hon fick precis allt. Och det försöker man då faktiskt säga till all, alla som har att är det någonting så ska det i alla fall inte ha ont, nej	Hon fick allt, det sparades inte på någonting ingen ska ha ont!	Symtomlindrad	God symtom kontroll	Symtomkontroll

Framväxten av temat är något som pågår parallellt med analysprocessen. Utifrån texten som helhet, kategorierna och känslan för det icke uttalade budskapet så växte temat fram och formulerades. Temat är den röda tråd som löper genom hela arbetet och svarar på frågan hur. Genom att skapa ett tema avspeglas det underliggande innehållet.

Författarna har vid flera tillfällen under analysen diskuterat med handledaren kring innehållet i olika kategorier för att få perspektiv på analysprocessen och minska den egna förförståelsen av materialet.

Forskningsetiska överväganden

Att vårda någon i livets slut kan ibland vara upplevelser som på olika sätt berör vårdaren. En ansökan lämnades till forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna 26 maj 2011 vilken godkändes. Till ansökan bifogades informationsbrevet samt projektplanen. Godkännande till studien inhämtades även från respektive kommuns verksamhetschef.

De etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning bygger på etiska principer som finns i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter samt i Helsingforsdeklarationen. De etiska principerna eftersträvades på följande sätt: Principen om autonomi säkerställdes genom frivillighet, informerat samtycke och att informanterna kunde avbryta studien när som helst utan närmare motivering. Allt insamlat material behandlades konfidentiellt. Principen om att göra gott avsåg att studiens resultat skulle vara till nytta för omvårdnaden av det som studien avsåg. Principen om att inte skada innebar att metoden inte fick ha skadlig inverkan på den som deltog och åtgärder måste vidtas för att förhindra eller minimera dess risker. Risken fanns att personalen påmindes om obehagliga upplevelser i samband med vård i livets slutskede. Om behov av samtal uppstod hade vi möjlighet att stanna efter intervjun. Principen om rättvisa värnar om den svaga gruppen så att de inte utnyttjas i forskningen vilket inte föreligger i denna studie.

RESULTAT

Det huvudsakliga resultatet av studien visade att omvårdnadspersonalen upplevde att interaktion och samverkan med vårdteamet, närstående och patienten var av avgörande betydelse för att vården i livets slut skulle bli trygg och värdig.

Analysen visade att det var fyra kategorier som påverkade interaktion och samarbetet; vara en del i ett team, vårdmiljön, kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd samt symtomkontroll (Tabell 2).

Tabell 2: Översikt över underkategorier, kategorier och tema

Underkategori	Kategori	Tema
Ett bra samarbete gynnar patienten	Vara en del i ett team	Interaktion och samverkan med vårdteamet, närstående och patienten var av avgörande betydelse för hur vården i livets slut skulle bli trygg och värdig.
Svårigheter i samarbetet		
Resursfördelning		
Saker att minnas	Vårdmiljö	
Brister i närmiljö		
Betydelsen av närvaro	Kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd	
Emotionellt och praktiskt stöd		
Att komma till insikt		
Identifikation med den döende		
Vikten av att bekräfta patienten		
Omhändertagandet efter döden		
God symtom kontroll	Symtomkontroll	
Otillfredsställande symtomkontroll		

Interaktion och samverkan för en värdig och trygg vård i livets slut

De intervjuade beskrev återkommande hur viktig interaktion och samarbete med både patient, närstående och vårdteam var för att vården i livets slut skulle bli värdig och trygg. De vittnade om att stöd från övriga i teamet var avgörande för om vården skulle bli bra. Alla deltagare beskrev hur de hade upplevt samarbete som fungerade bra och därmed gynnande patienten men även situationer där det saknades samarbete och som de upplevde påverkade vården negativt. Samarbetet påverkades av personaltillgång. Andra faktorer som var avgörande för vården var vårdmiljöns utformning, kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd och

symtomkontroll. De kategorier och underkategorier som framkom av analysen beskrivs nedan.

Vara en del i ett team

Enligt de intervjuade var samarbete med övriga i teamet av avgörande betydelse för att de döende fick ett tryggt och värdigt omhändertagande. De upplevde att när de hade stöd från övriga i teamet kunde de ge en bra vård. Samarbetspartner som de beskrev var närstående, sjuksköterskor och läkare men även kurator omnämndes. De intervjuade beskrev tydligt de närstående som en betydelsefull samarbetspartner och att de hade en viktig roll i teamet. De intervjuade omnämnde sällan patienten som en del i teamet även om fokus i vården var på patienten.

Ett bra samarbete gynnar patienten

I intervjuerna framkom det tydligt att när samarbetet fungerade väl i teamet så upplevde omvårdnadspersonalen att det främjade patientens välbefinnande. De beskrev att när samarbetet fungerade bra så kom teamet överens om att den som skötte omvårdnaden hos den döende inte behövde finnas till hands för andra uppgifter vilket gav kvalitativ tid till den döende. De beskrev även att vården fungerade bra när de olika yrkesgrupperna i teamet hade ansvar för olika områden. När vården fungerade bra så utnyttjades de skilda kompetenserna för den döendes bästa. De uttryckte exempelvis att när den döende var i behov av medicinsk symtomlindring så kunde omvårdnadspersonalen överlåta denna uppgift till sjuksköterskan.

De närståendes medverkan i vården beskrevs som betydelsefull både för den döende och för omvårdnadspersonalen. Ett flertal av de intervjuade upplevde att om de närstående var lugna och trygga så överfördes detta till de övriga i teamet vilket medförde att omvårdnadspersonalen blev säkrare och tryggare i omvårdnaden. De närstående kunde förmedla sinnesro till den döende men även hjälpa till att tolka och förklara omvärlden till den döende personen eftersom relationen oftast var intim och personlig:

”Han hade fyra barn som varvade och det var alltid någon av dem här. Och dom var så..va’ ska man säga, införstådda med vad som skulle hända, dom var lugna och det gjorde att vi blev lugna.”

Svårigheter i samarbetet

De intervjuade beskrev situationer då avsaknad av samarbete påverkade vården negativt. Det förekom att samarbetet med sjuksköterskan saknades vilket beskrevs som negativt. De upplevde att de ibland fick ta ett stort ansvar för döende människor även medicinskt vilket var utanför deras kompetens. Andra samarbetsfaktorer som påverkade vården negativt var avsaknad av vårdplan eller att sjuksköterskan brast i kompetens eller erfarenhet. Samarbetet försvårades också om sjuksköterskan inte hade en nära relation till den döende och närstående som och då inte kunde vara ett tillräckligt stöd i vårdsituationen. Samarbetet försvårades även av att sjuksköterskorna hade ett stort geografiskt arbetsområde med flera mil mellan äldreboendena vilket omöjliggjorde en direkt närvaro.

Det framkom även att några av de intervjuade upplevt att samarbetet med kuratorn varit bristfällig eftersom kuratorns expedition inte låg inom enheten. Även i relation till andra vårdaktörer förekom brist på samarbete som påverkade vården negativt. Informanterna vittnade om olämpliga förflyttningar med döende människor mellan sjukhus och kommunal vårdinrättning:

”Patienten var ju jättedålig och klarade sig bara några timmar så där och då kändes det inte bra för då kanske, ja, skulle ha varit kvar på lasarettet då.”

”Det var en man som var svårt sjuk och det var många anhöriga inne på rummet och de var oroliga och jag vet våran syster hade mycket att göra så hon åkte fram och tillbaka...”

De berättade även att det inte alltid var friktionsfritt i samarbetet med de närstående. De gav exempel på situationer då närstående ville styra symtomlindring trots att de enligt omvårdnadspersonalen saknade kunskap och erfarenhet. Samarbetet kunde även försvåras när den döende och närstående inte var överens om hur vården skulle utformas.

De intervjuade berättade även att det fanns en rädsla att bli ifrågasatt av de närstående och de gavs ofta tolkningsföreträde när det gällde att avgöra om den döende hade smärta, led eller uttryckte oro. Informanterna upplevde att närstående inte alltid ville acceptera att deras nära skulle dö vilket skapade svårigheter i samverkan:

” När det blev den dagen att han inte orkade nå mera så kom sonen...han tyckte att någonting måste göras. Och han ville själv inte skickas vidare till något annat sjukhus. Utan han ville få vara här och sluta sina dagar. Och det måste man ju respektera”

De beskrev också situationer då det var svårt att respektera patientens vilja exempelvis att inte informera närstående att döden närmade sig. Det fanns situationer där patientens önskan gick emot vad omvårdnadspersonalen tyckte var rätt och vad som ansågs som gängse normer.

De vittnade även om situationer då omvårdnadspersonalen hade svårt att acceptera att patienten kände sig färdig med livet. En av de intervjuade beskrev en matsituation då den döende sa nej till mat:

” Han var färdig med livet, 'jag har kämpat och kämpat men nu vill jag inget mer.' och då tyckte jag först att det var så svårt först, för man skulle ju truga”

Resursfördelning

De intervjuade lyfte betydelsen av att det fanns tillräckligt med personal för att vården skulle bli optimal. Informanterna beskrev att när både döende och övriga boende skulle vårdas parallellt fanns behov av extra personal eftersom den döende och de närstående behövde extra omsorg. Omvårdnadspersonalen beskrev att vid brist på personal kunde de hamna i situationer då de kände sig otillräckliga eller stressade vilket gav negativa konsekvenser för interaktionen med närstående:

”... och sen när dom inte orkade sitta ..., då kunde dom säga det till oss och dom kände väl att dom klarade av att säga det också .. då fick vi ju extra personal som kunde sitta där så att det blev, det blev bra, men det är jobbigt när den där extra inte finns, extra personalen finns”

Vårdmiljö

Informanterna upplevde att vårdmiljön kunde både vara till stöd i vårdarbetet eller utgöra ett hinder. De beskrev hur olika faktorer i miljön kunde påverka interaktionen positivt eller negativt med den döende och närstående men också med övriga i teamet.

Saker att minnas

De intervjuade beskrev framförallt hur olika ting i omgivningen kunde väcka minnen till liv hos den döende. Detta kunde bidra till en möjlighet att samtala med den döende. En av de intervjuade berättade om en man som började minnas händelser från sin barndom som han berättade om, detta utifrån en tavla som hängde på väggen i rummet där han låg:

”Och jag satt hos honom och det var en tavla därinne så han tittade på den och så började han berätta för mig”

Brister närmiljön

Informanterna beskrev också upplevelser av brister i närmiljön som påverkade interaktionen med patienten och närstående. De beskrev negativa situationer då det varit brist på lugn och ro i närmiljön. Närmiljön kunde bli orolig då exempelvis dementa personer förirrade sig in på rummet där den döende vårdades. Även telefonen kunde bli ett störande inslag i miljön och de upplevde att det ibland saknades förströelse som den döende själv kunde styra. De intervjuade beskrev även att rummen var för små för att närstående skulle kunna sova över:

”Nu sov dom två stycken därinne ibland det var ju jättetrångt och personalen var inne och vände på nätterna och dom fick nästan kliva över dom.”

Kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd

Alla de intervjuade berörde hur viktigt det var att kunna vara närvarande och ge psykosocialt stöd till den döende och de närstående för att vården skulle bli bra. Informanterna återgav att det kunde förekomma både praktiska och själsliga problem samt oro inför avskedet hos den döende och de närstående.

Omvårdnadspersonalen beskrev hur de utvecklade en lyhördhet inför den döendes och närståendes behov.

Närvaro möjliggör interaktion

De intervjuade beskrev att när de kunde vara närvarande i vårdsituationen så hade det en lugnande och rogivande inverkan. De intervjuade redogjorde för att närvaro handlade om att finnas till för både den döende och deras närstående. De uttryckte också att deras agerande i rummet hade stor betydelse för hur interaktionen blev med den döende. Det var viktigt att inte vara stressad utan ge sin tid till patienten.

De intervjuade beskrev att de kände sig nöjda och tillfredsställda när de varit närvarande hos den döende under stora delar av vården samt om de varit med vid dödsögonblicket. De vittnade även om att det var viktigt att stötta de närstående så att de kunde närvara i rummet hos den döende. De beskrev situationer då de hade bidragit till att de närstående stannade och kunde närvara. De ville inte att någon skulle känna sig utelämnad och ensam utan visade tydligt att det fanns en ambition att ge stöd och omsorg till den närstående:

”Och jag satt där och hennes anhöriga hade inte hunnit komma och då satt jag med henne där. Och då bara slöt hon ögonen och så log hon. Och det var så fint att sitta där då och stryka hennes hand och kind”

”’Jag tror att ni ska stanna nu för det är bara en tidsfråga.’ Då gör vi det’, sa dom....Och hans kontakt med mamman, han fick på slutet, de satt och prata hela tiden ’å: jag finns här mamma och jag håller Dig i handen mamma.’ Och hon liksom svara honom nästa hela tiden ända tills det går sista andetag...Hon drar sista andetaget och sen omfamna dom varandra...jag frågade om de ville att jag skulle gå ut. ’Nej, du får gärna vara kvar’, sa dom.”

Emotionellt och praktiskt stöd

Det var inte bara betydelsen av närvaro som var viktigt utan även att ge emotionellt och praktiskt stöd. Intervjupersonerna berättade att de döende ibland mötte på svårigheter och problem som rörde privat- och familjeliv. Den döende kunde ibland sörja för sådant som omvårdnadspersonalen förstod hörde till

privatlivet och konflikter som fanns där. Informanterna betonade att det då var viktigt att finnas till, vara neutral, inta en passiv roll och ge båda parter stöd genom att vara en god lyssnare. De beskrev även att det varit betydelsefullt för de närstående när de ordnat så att de praktiska vardagstingen fungerat så smidigt och så enkelt som möjligt. Omvårdnadspersonalen upplevde att de hade en förmåga att kunna ge vara lyhörda för både behov hos den döende och hos familjen. Det ansåg att det var en av deras viktigaste uppgift:

”Vi ställer ju upp på det vi kan om det är mat eller dryck eller sängplats eller annat som vi kan hjälpa till med”

Att komma till insikt

De intervjuade beskrev situationer då interaktionen fungerade bra vilket de upplevde bidrog till att patienten kunde komma till insikt att döden var nära. Informanterna upplevde att en del närstående gick igenom en stegvis process för att acceptera att den äldre vårdtagaren närmade sig livets slut. Då förloppet varit utdraget med inslag av successiva försämringar kunde döden upplevas som en befrielse. De intervjuade framhöll även att det fanns situationer då både den döende och närstående behövde mer tid för att uppnå insikt. När den döende eller dennes närstående inte fått insikt upplevde de intervjuade att det riktades ett missnöje emot omvårdnadspersonalen vilket upplevdes som svårt.

Identifikation med den döende

De intervjuade beskrev vidare att interaktionen med den döende kunde försvåras när patienten var ung och de identifierade sig med patienten, vilket försvårade interaktionen med den döende och vårdarbetet. Det var svårare att vårda yngre personerna som var döende än de äldre. De var lättare att acceptera och även naturligt att de äldre dog. De beskrev att när de vårdade unga döende kunde de hända att de upplevde egen dödsångest och blev mer tillbakadragna och inte förmådde att vara närvarande i dessa vårdsituationer:

”Vi mådde dåligt och framförallt en kollega som själv har varit cancersjuk som var ung och jobbade då, hon var ju helt knäckt av det där”.

Vikten av att bekräfta patienten

Informanterna talade om betydelsen av att bekräfta den döende och lyssna när de uttryckte sina känslor. De beskrev situationer då den döende visste att slutet närmade sig och att de då behövde få uttrycka det. Omvårdnadspersonalen beskrev hur de lärt sig av erfarenhet att både bekräfta och lyssna på patienten. De visade att de genom detta bejakade döendet och kunde stötta den döende i processen:

” 'Ina nu orkar jag inte nå mer'. Och då kunde man bara säga: 'ja känns det så nu'. Ja det var liksom skönt att få bekräfta det tillsammans.”

” Det var en äldre man långt över 90 år. Han sa många gånger till oss: 'å jag orkar inte nå mer jag vill bara dö' och då sa jag 'känns det så då?' ”

Omhändertagandet efter döden

De intervjuade beskrev omhändertagandet efter döden som viktigt för att vården skulle avslutas på ett värdigt sätt. De tyckte att uppgiften var viktig och att de oftast klarade av det på ett bra sätt. De vittnade om att det fanns olika sätt för närstående att bearbeta döden och att det var viktigt att bemöta det. Det fanns närstående som ville hjälpa till vid omhändertagandet av den döde och välja ut kläder. Andra behövde prata med omvårdnadspersonalen eller bara sitta ensam hos den döde. De intervjuade betonade att avskedet kunde bli värdigt om alla i teamet stöttade den närstående på olika sätt. Informanterna beskrev att det var viktigt att närstående fick ta tid på sig efter döden och tala med omvårdnadspersonalen om den sista tiden eller annat.

”Vi gjorde henne så fin efteråt då och vi hade tiden där och det var liksom ingen stress ”

”då vi fick också otrolig fin kontakt med anhöriga och patienten å. Han var klädd jägare han innan det var klart med bössa och allting. När dom kom och skulle ta avsked och han ligger där i sin jägarutrustning så sa dom att det är som om han ligger och sover, det är ju han.”

Symtomkontroll

De intervjuade framhöll vikten av en god symtomkontroll för att vården i livets slut skulle bli bra. De underströk vidare vikten av samarbete och samverkan mellan alla parter i teamet för att en tillfredsställande symtomkontroll ska uppnås. Informanterna upplevde att det kunde skifta hur den döendes symtom lindrades och hur närstående reagerade.

God symtomkontroll

De intervjuade beskrev att de upplevde att vården fungerade bra när symtomlindringen fungerade. Symtomlindring var viktigt både för den döende och närstående. Det var framförallt den medicinska symtomlindringen som de pratade om men nämnde även icke medicinsk symtomlindring som var en uppgift som omvårdnadspersonalen själv kunde utföra. Det upplevdes som betydelsefullt att kunna lindra symtom med enkla medel. De intervjuade kunde ge exempel på när de lindrat symtom som varit betydelsefullt för framför allt för den döende men även för närstående:

”Då frågade ju systrarna om han ville ha en spruta. ’nej’ sa han ’jag måste förklara som det är att jag har en dotter som jag inte har träffat på jättemånga år och vi har ...vi har haft jättedålig kontakt’ sa han. ’Jag klarar inte av att lämna det här livet’ sa han ’och inte ha fått prata ut med henne’. Vi tog kontakt med henne...Och dom satt jag vet inte i hur många timmar och prata och prata och prata, sen, sen vart hon kvar och han vart sämre och dör då på natten sen men så lugnt och så fint.”

Otillfredsställande symtomkontroll

De intervjuade beskrev även tillfällena när symtomkontrollen inte fungerat. De kände sig otillfredsställda och otillräckliga när de inte kunde lindra symtomen och såg både patient och närstående lida. Den medicinska symtomlindringen kunde bara ges när den ordinerats av sjuksköterska eller läkare. Vissa ordinationer kunde bara utföras av sjuksköterskor, vilket innebar att omvårdnadspersonalen inte själva hade kontroll över detta utan fick överlåta den uppgiften till andra. De beskrev situationer då de närstående inte fått respons trots att de indikerat att symtomkontrollen inte var tillfredsställande. Omvårdnadspersonalen vittnade om

hur det störde interaktionen med de närstående eftersom de upplevde att närståendes besvikelse då gick ut över dem:

”Och det var mycket ångest hos den där mannen som skulle avsluta. Vi tyckte han fick, fast det var mycket anhöriga som satt och höll handen, han fick sprutor mot, det vart liksom inte...man såg på anhöriga att det vart inge bra.”

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

I intervjuerna framkom att samarbetet till de övriga i teamet och närstående hade en stor och avgörande betydelse för hur vården utvecklades.

Omvårdnadspersonalen kände ibland att sjuksköterskan saknades i vissa omvårdnadssituationer. Fördelning av personal under dygnet bidrog till kontinuitet i samverkan. De upplevde att olika faktorer i miljön kunde vara både till hjälp eller till hinder i samspelet till den döende och närstående. De intervjuade talade också om vikten av att respektera patientens vilja. Omvårdnadspersonalen gav även stöd till de närstående och de kom familjerna nära. De upplevde att närvaro utan krav och stress var av betydelse för interaktionen till den döende och dess närstående. Det var viktigt att både den döende och de närstående var tillfreds med symtomlindringen. Det var viktigt att få ge ett värdigt omhändertagande efter döden. Det genomgåendet temat visade att interaktion och samverkan med vårdteamet, närstående och patienten var av avgörande betydelse för hur vården i livets slut skulle bli tryggt och värdigt.

Resultatdiskussion

Resultatet genomsyrades av betydelse för samverkan och interaktionen och dess betydelse för att vården och omhändertagandet skulle bli så optimalt som möjligt för den döende. Det var viktigt att det fanns goda relationer och att var och en i teamet visste sin uppgift. När det gäller omvårdnadspersonalen så förutsätter detta en personalgrupp som är stabil samt att de känner varandra och är inarbetade. Det är viktigt vid personalrekrytering att beakta detta. Det fanns ett tydligt behov av

att få samarbeta nära en sjuksköterska med kompetens inom området. Det framkom även att relationen till de närstående hade en avgörande betydelse för hur vårdförloppet skulle utvecklas. Detta visar tydligt att det ställs krav på att omvårdnadspersonalen ska ha förmåga att etablera relationer ibland på kort tid men som ska kunna utvecklas till förtroendeingivande. Anmärkningsvärt är att inte omvårdnadspersonalen i samma utsträckning lyfter betydelsen av interaktionen till den döende.

Resultatet kommer att diskuteras i förhållande till hospicefilosofins grundstenar det vill säga; teamarbete, stötta närstående och göra dem delaktiga, god symtomlindring, vården ska ske i hemlik miljö samt beakta livskvalitén för både den döende och de närstående (Ternestedt, 1998).

Teamarbete

I studien lyftes interaktionen och samarbetet i teamet fram som en av de viktigaste faktorerna för att vården av den döende skulle fungera bra. Omvårdnadspersonalen upplevde att de hade det största ansvaret i teamet för vården av den döende. De skulle avgöra när sjuksköterska skulle tillkallas och de fick hålla den regelbundna kontakten till de närstående. De fick även vara den första personen att ta emot de närståendes reaktioner. De skulle klara flera saker samtidigt det vill säga att vårda döende och ta hand om närstående. De beskrev även att de fick ge omsorg till de övriga på avdelningen. Med en personalgrupp som kände varandra väl så kunde de tillåta varandra att någon av dem fick ge mer tid hos den döende även om de då innebar att någon av kollegorna fick jobba desto mer på avdelningen.

Beck-Friis (2009) skriver att teamarbetets bidrag för att skapa god vård framhålls mer och mer inte minst i palliativ vård. Ett team består ofta av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var för sig har tydliga roller.

Teamsamverkan kräver att alla arbetar mot samma mål och alla i teamet påverkar och interagerar med varandra. Beck-Friis anser även att ett bra teamarbete är avgörande för vårdens kvalitet. Undersköterskorna är de som är närmast patienten och de får nära kontakt med patienterna i omvårdnaden. Det är givetvis en svår situation som kräver både kunskap och erfarenhet. De intervjuade i studien

vittnade också om att de hade upplevt situationer då inte teamsamverkan fungerade bra vilket påverkade hela vården för patienten.

Sjuksköterskan arbetar ofta som en ”konsult” inom SÄBO och har ingen möjlighet att vara med i varje enskild patients vård. Det är ett problem både för sjuksköterskan men också för omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan kan ofta inte lära känna patienten och delta i den dagliga vården utan måste lita på övrig personals kompetens. Omvårdnadspersonalen kan känna sig frustrerad då sjuksköterskan är frånvarande när viktiga beslut snabbt måste tas. Det innebär också att den enskilda patientens vårdplan blir allt viktigare. Detta bekräftades i resultatet där det framkom att omvårdnadspersonalen vittnade om att avsaknad av vårdplan försvårade samarbetet i teamet. Även Goodridge et al (2005) skriver om vikten av att sjuksköterskan planerar och samordnar vården i livets slut för att döendeprocessen ska bli så bra som möjligt.

Organisationen borde möjliggöra att sjuksköterskan var närmare patienten i vårdarbetet. Sjuksköterskans roll är att leda vårdarbetet som bedrivs i kommunen. Det är idag väldigt svårt för många sjuksköterskor att delta i det direkta vårdarbetet på grund av stort ansvarsområde med många vårdtagare.

Eftersom organisationen ser ut som den gör på många SÄBO så är det viktigare än någonsin att enheterna bygger upp ett teamsamarbete och klara rutiner för hur vården i livets slut skall bedrivas. Det är viktigt att teamet träffas med jämna mellanrum för att gå igenom händelser som upplevts som svåra och för att gå igenom rutinerna och samarbetet.

I en ideal värld så borde teamet ses som en cirkel med tre dimensioner. I mitten av cirkelns kärna finns den döende individen som allt fokus läggs på. Utanför denna kärna finns de närstående som ett skyddande hölje. I den tredje och yttersta cirkeln kommer de olika personalgrupperna som finns representerade i teamet. Dessa personalgrupper arbetar för att stödja både den döende och den närstående men arbetar även parallellt med de närstående in mot cirkelns kärna. Gemensamt bildar alla dessa tre skikt ett team.

Stötta närstående och göra dem delaktiga

I resultatet framkom det tydligt att omvårdnadspersonalen var medvetna om att de närstående behövde stöd och omsorg eftersom det var en ovan situation för dem. Omvårdnadspersonalen beskrev att de ofta erbjöd sitt stöd till de närstående på olika sätt. Det krävdes tid för att kunna vara ett stöd vilket omvårdnadspersonalen i studien upplevde att de inte alltid hade. Resultatet stödjer andra studier som visar att omsorg om döende också innefattar omsorg om närstående (Sætren, 2003). Cartwright och Kayser-Jones (2003) fann i en studie att brist på tid kunde vara orsak till att omvårdnadspersonalen upplevde att vården vid livets slut inte blev så fulländad som de önskade. Det finns flera författare som visat vikten för de närstående att den sista tiden blev så bra som möjligt (Ternestedt, 2005, Shield et al (2005).

I föreliggande studie visade resultatet att omvårdnadspersonalen hade respekt för de närstående och ville att de skulle vara delaktiga i omvårdnadsbesluten. En växelverkan uppstår naturligt mellan närstående och omvårdnadspersonalen. De intervjuade beskrev att de närstående kunde tolka den döende samt att de var dennes talesman och blev på så sätt delaktiga i samarbetet. De nämnde inte att närstående var delaktiga i samband med det direkta omvårdnadsarbetet kring patienten, däremot när personen skulle iordningställas efter dödsfallet inbjöds de närstående att vara delaktiga. Sætren (2003) framhåller detta som ett viktigt moment att de närstående får medverka vid omhändertagandet. Atmosfären har blivit öppnare och de närstående tillåts att få vara delaktiga. De behöver stöd och stöttning vilket omvårdnadspersonalen kan ge dem. Ett tillåtande klimat ger närstående insyn och en interaktion uppstår.

God symtomlindring

Det framkom i denna studie att det var viktigt för omvårdnadspersonalen att symtomen kunde lindras annars upplevde de sig otillräckliga. De intervjuade förklarade att den medicinska symtomkontrollen sköttes av sjuksköterskan tillsammans med läkaren, men det var omvårdnadspersonalen som indikerade när behov fanns, ofta i samråd med närstående. När inte symtomkontrollen fungerade kände omvårdnadspersonalen att det var de som fick stå till svars inför närstående.

I intervjuerna framkom också att omvårdnadspersonal upplevde maktlöshet och skuld känslor om de inte klarade att ge en god symtomkontroll. Resultatet stöds av en studie av Wallerstedt (2012) som visade att symtomkontroll upplevs som ett stort ansvarsområde för omvårdnadspersonal. Det är därför viktigt att inte bara fokusera på medicinsk symtomlindring utan på omvårdnadsåtgärder som omvårdnadspersonalen kan utföra självständigt exempelvis taktill massage, bra sängläge eller att utföra munvård. Det är viktigt att det finns kunskap hos omvårdnadspersonalen angående symtom och betydelsen av omvårdnad. Vid symtomkontroll finns det ett tydligt behov av samarbete det vill säga att alla olika professioner bidrar med sitt kunnande.

Resultatet visade vidare att det ofta var närstående med sin kännedom om den döende som bäst såg när det brast i symtomkontrollen. Omvårdnadspersonalen förlitade sig också på närstående i många situationer. Det var dock inte alltid bra när närstående ville bestämma hur patienten skulle lindras eftersom personalen upplevde att de kunde vara ambivalenta och ändra sig angående smärtlindring. Wallerstedt (2012) beskriver i en studie att undersköterskor upplevde sig ibland hindrade att göra gott. De kunde känna sig ifrågasatta till exempel om närstående ville hindra dem från att ge symtomlindring till den sjuke. Resultatet av vår studie visade också att vid otillräcklig symtomlindring så riktades kritik mot omvårdnadspersonalen. Det är inte bara den döende och närstående som blir frustrerade utan även omvårdnadspersonal. Otillräcklig symtomkontroll kan innebära att det skapas ett misstroendeförhållande mellan patient, närstående och övriga parter i teamet som kan försvåra interaktion och samarbete.

Vården ska ske i hemlikmiljö

I resultatet framkom det att vårdmiljön hade betydelse för interaktionen till den döende och omvårdnadspersonalen. Miljön kan bidra till känsla av trygghet samt upplevelse att vården är god och professionell vilket även Waller och Finn (2011) skriver. För de närstående kommer även minnena från dessa dagar att färgas av miljöupplevelsen. För dem som flyttat till SÄBO så är detta deras hem med personlig interiör från hemmet.

I resultatet framkom det att omvårdnadspersonalen upplevde att det var störande för de döende när det fanns dementa personer som kunde komma in på deras rum. I verksamheterna finns många gånger en blandning av dementa individer och döende som vårdas parallellt. Detta kan vara en utmaning för alla inblandade då inte situationen blir tillfredställande för någon av patientgrupperna.

Det hade varit önskvärt att det funnits olika förströelser för de döende. Att skingra tankarna och att ge den döende en meningsfull aktivitet har varit ett förbisett område inom många vårdenheter. Minuter och timmar kan bli dryga då bara väntan på det oundvikliga finns.

Beakta livskvalitet för både den döende och närstående

I resultatet användes aldrig begreppet livskvalitet av de som intervjuades. Däremot så talade de om respekten för den döende och dennes vilja och att detta var viktigt att beakta för att respektera patientens värdighet. Den döende var i en utsatt position och beroende av omvårdnadspersonalen och närstående stöd. I den situationen är det oerhört viktigt att integriteten, värdigheten och självaktningen inte kränks. Det sårbara blir alltmer tydligt då värdigheten utmanas av svår sjukdom och vid behov av hjälp med personlig omvårdnad. Det finns andra studier som lyfter fram behov av att möta den enskilda patientens behov med respekt. Exempelvis Pleschberger (2007) beskriver i en studie att vårdtagare i äldreomsorgen uttryckte att de inte ville vara en "börda" och att de som hade möjlighet ville vara aktiva i vården och att deras vilja skulle respekteras i livets slutskede. Vi anser att begreppet livskvalitet behöver lyftas fram och tydliggöras inom den palliativa vården inom SÄBO. För att kunna ge en personcentrerad vård i livets slut är det viktigt att kunna beskriva och förstå varje enskild persons behov av vård för att nå livskvalitet. Det är nödvändigt att hela teamet samverkar för att utveckla vården så att patientens livskvalitet beaktas i varje vårdssituation.

Omvårdnadspersonalen beskrev också händelser då patienter som varit uppenbart dåliga vid förflyttningen från sjukhuset avlidit efter några timmar då han/hon kommit till korttidsboendet. De beskrev att en sådan förflyttning varit ovärdig för individen. Vid sådana förflyttningar tas ingen hänsyn till individens livskvalitet. I

Socialstyrelsen (SOSFS 2005:27) förordning så framgår det tydligt att om patientens tillstånd försämras så är det läkarens ansvar att meddela att patienten inte är utskrivningsklar. Tyvärr sker detta fortfarande inom äldreården vilket inte är acceptabelt. Detta är inget som kommunernas omvårdnadspersonal kan styra eller råda över men däremot får de ta hand om konsekvenserna av detta handlande. Detta kan leda till en känsla av maktlöshet.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur omvårdnadspersonalen inom kommunens SÄBO och korttidsboende upplever vården i livets slutskede. För att få informanter som hade mycket att berätta om forskningsfrågan valdes undersköterskor med lång erfarenhet vård i livets slutskede i SÄBO. Ett strategiskt urval gjorde med hjälp av sjuksköterskor och enhetschefer. Ett strategiskt urval görs utifrån ett medvetet val vilket kan vara både positivt och negativt för studiens resultat.

Datansamlingsmetoden baserades på retrospektiv metod ” Critical Incident Technique” (CIT) (Flanagan, 1954) med kvalitativa intervjuer. Innan intervjuerna fick informanterna besked om att de skulle återge positiva respektive negativa händelser som de själva upplevt i samband med vård i livets slutskede. Informanterna hade flera olika händelser att återge. Med hjälp av öppna frågor fanns det möjlighet att berätta helt förutsättningslöst om ämnet. En förhoppning med detta var att nyanser kunde fångas upp som annars lätt skulle kunna hamnat utanför intervjuguidens ramar.

För att uppnå ett trovärdigt resultat skulle studien enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) bygga på giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Det gjordes en noggrann beskrivning av urval och analysarbete för att säkerställa studiens giltighet. Deltagarna i studien var åtta strategiskt utvalda undersköterskor verksamma inom kommunens SÄBO och korttidsboende i kommuner där författarna inte är yrkesverksamma. Undersköterskorna hade på så sätt inte någon beroendeställning till författarna, vilket ökade studiens giltighet. Fler informanter hade möjligtvis nyanserat materialet ytterligare och därmed skapat större förståelse

för upplevelsen. Samtliga interjuver lästes av båda författarna och analysen genomfördes gemensamt, vilket ökade tillförlitligheten i resultatet. I varje steg av analysarbetet har olika tolkningsmöjligheter diskuterats tillsammans med handledaren. Överförbarhet är i vilken utsträckning resultatet kan föras över till andra grupper (Polit & Beck, 2008). Läsaren får själv avgöra om detta resultat är överförbart till andra sammanhang.

I samband med intervjuerna så beskrev även informanterna flera generella upplevelser. Eftersom dessa inte kopplades till direkta händelser så sorterades detta bort från analysmaterialet. Allt material som använts till resultatdelen är kopplat till direkta händelser enligt CIT (Flanagan, 1954). Innehållet i det borttagna materialet motsäger inte resultatet utan bekräftar det.

Slutsats

Det genomgåendet temat i studien visade att interaktion och samverkan med vårdteamet, närstående och patienten var av avgörande betydelse för hur vården i livets slut skulle bli trygg och värdig. Det finns behov av omvårdnadspersonal med empati, intresse, tid och engagemang. De behöver se sig själva som en del av teamet men även ha insikt om att de skapar förutsättningar för att andra yrkesgrupper ska kunna bidra till att vården ska bli så optimal som möjligt för den döende. Personaltillgången är en avgörande faktor för hur god omvårdnaden blir i livets slutskede. Omvårdnadspersonalen har en viktig stödjande funktion för de närstående. Att de närstående är nöjda med vården som ges är betydelsefullt. Det finns ett tydligt behov av att vården behöver planeras och struktureras av sjuksköterskan för att skapa kontinuitet. Omvårdnadspersonalen känner sig utelämnade om sjuksköterskan finns på distans. Det finns en förväntan att sjuksköterskan ska ta ansvaret då situationen blir komplicerad.

Kliniska implikationer:

Vården som ges i livets slutskede är av stor betydelse framförallt för den som vårdas men även för de närstående som ska leva vidare med minnena från dessa dagar. Omvårdnadspersonalen inom kommunens särskilda boende och korttidsboende har en framträdande funktion och uppgift i detta arbete. Genom att

lyfta fram omvårdnadspersonalens egna upplevelser kan detta ge en vägledning för kommande förbättringsarbeten. Detta kan leda till att den kommunala äldrevården ska kunna erbjuda en god och säker vård i samband med livets slut.

Utifrån resultatet i denna studie skulle omvårdnadspersonal i SÄBO kunna diskutera hur vården i livets slutskede ska utformas. Det skulle kunna väcka diskussioner om vilket stöd som de behöver för att vården i livets slutskede skall bli optimal på SÄBO. Detta behöver synliggöras för beslutsfattarna.

Resultatet kan även användas i diskussionsgrupper för sjuksköterskor för att väcka förståelsen för omvårdnadspersonalens situation

Förslag på fortsatt forskning

För att få ett bredare perspektiv av upplevelser av vård i livets slutskede så vill vi uppmuntra till vidare forskning. Ett förslag kan vara att en utökad studie med kvalitativ ansats där enskilda djupintervjuer och intervjuer med fokusgrupper i en större population av omvårdnadspersonal utförs. För att bredda infallsvinkeln skulle även fler studier kunna fortgå där även närståendes och sjuksköterskors upplevelser undersöks och jämförs. För att få en ökad förståelse för interaktion och samverkan skulle en observationsstudie vara lämplig att utföra vid det dagliga och allmänna omvårdnadsarbetet vid SÄBO.

REFERENSLISTA

- Beck-Friis, B. (2008). Vård i livets slutskede – från terminalvård till palliativ vård. *Nordisk geriatrik* 11(6), 8-11.
- Beck-Friis, B. (2009). Teamet –en omistlig del av palliativ vård. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.) *Team – i vård, behandling och omsorg*. (s.25-48). Lund: Studentlitteratur
- Carlsson, G. (2008). Critical Incident. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 27-39). Lund: Studentlitteratur.
- Cartwright, J., Kayser-Jones, J. (2003). End-of-Life Care in Assisted Living Facilities: Perceptions of Residents, Families and Staffs. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5(3), 143-151. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Eckerdal, G. (2005). Vad är hospice? I B. Beck-Friis & P. Strang (Red), *Palliativ medicin* (s. 187-192). Stockholm: Liber.
- Flanagan, J. (1954) The critical incident technique *Psychological Bulletin*. 51(4), 327-358. Hämtad från <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>
- Friedrichsen, M. (2005). Sjuksköterskans roll i den palliativa vården – en roll av anpassning och balans I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.) *Palliativ medicin* (s. 377-382). Stockholm: Liber.
- Goodridge, D., Bond Jr, J., Cameron, C., Mc Kean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*. 11(5), 226-232. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24)2, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Josefsson, K. (2009). Sjuksköterskan i kommunens äldreomsorg och äldreomsorg. Stockholm: Gothia
- Kaasa, S. (2001). Palliativ medicin – en introduktion. I S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling och vård* (s.11-17). (G.A. Wallgren, övers.) Lund: Studentlitteratur. (Originalarbetet publicerat 1998)
- Kempainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264-1271. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x
- Kvale, S & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (S-E. Torell övers.) Studentlitteratur, Lund. (Originalarbetet publicerat 2008)

- Källström Karlsson, I-L. (2009). *Att leva nära döden. Patienters och vårdpersonals erfarenheter inom hospicevård*. Doktorsavhandling.: Örebro universitet. Hälsoakademin. Hämtad från <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=2&pid=diva2:159886>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A. & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 590-600. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb02837.x
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing*. 36, 197-202. doi: 10.1093/ageing/afl152
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Regeringens proposition 2004/05:94. *Kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen*. Hämtad från <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/03/91/69/14a4f53f.pdf>
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 7 maj, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Hämtad 7 maj, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
- SOSFS 2005:27 *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27/Documents/2005_27.pdf
- Sætren B. (2003) Omvårdnad vid livets slut. I A.M. Reitan & T. Kr Schölberg (Red.) *Onkologisk omvårdnad – Patient, problem, åtgärd*. (s. 172-191) (L. Jones, övers.). Stockholm: Liber (Originalarbetet publicerat 2000)
- Saunders, C. (1976) Care of dying: the problem of euthanasia. *Nursing times*, 72,(26) 1003-1005
- Saunders, C.M. (1979) Terminalvårdens filosofi. I C.M. Saunders (Red.) *Den goda döden – om vård av döende cancerpatienter* (s. 286-300). (P. Frisch, övers.) Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag. (Originalarbetet publicerat 1978)

Schluter, J., Seaton, P. & Chaboyer, W. (2007). Critical incident technique: a user's guide for nurses researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107-114. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x

Shield, R., Wetle, T., Teno, J., Miller S., Welch, L., (2005). Physicians "Missing in Action": Family Perspectives on Physician and Staffing problems in End-of-Life Care in the nursing Home. *American Geriatrics Society*, 53(10) 1651-1657. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53505.x

Socialdepartementet (2011) *Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/18/29/26/5908e7fc.pdf>

Socialstyrelsen, (2011a). *De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/20111020.pdf>

Socialstyrelsen, (2011b). *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18534/2011-12-19.pdf>

Socialstyrelsen, (2011c) *De mest sjuka äldres vård och omsorg - en beskrivning utifrån nationella indikatorer*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18518/2011-12-6.pdf>

Stillman, D., Strumpf, N., Capezuti, E. (2005). Staff Perceptions Concerning Barriers and Facilitators to End-of-Life Care in the Nursing Home. *Geriatric Nursing*, 26(4), 259-264. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Strang, P. (2008) Utveckling inom den svenska palliativa vården. *Nordisk geriatrik* 11(6), 14-16.

Svensk sjuksköterskeförening SSF (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf

Ternstedt, B.-M. (1998) *Livet pågår! Om vård av döende*. Stockholm: Vårdförbundet.

Ternstedt, B.-M., (2005). En god palliativ vård – vad innebär det? Lund: Vårdalinstitutet. Hämtad från <http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/palliativ/palliativdocs/palliativartikelpdf/9187.pdf>

Tunedal, U. & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*, 21(2), 27-32.

Waller, S. & Finn, H. (2011). *Environment for Care at End of Life*. Hämtad 120515 http://www.kingsfund.org.uk/publications/ehe_care_environment.html.

Wallerstedt, B. (2012) *Utmaningar, utsatthet och stöd i palliativ vård utanför specialistenheten*. Doktorsavhandling Örebro universitet: Institutionen för hälsovetenskap och medicin. Hämtad från <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:485886>

Westlund, P. & Larsson, E., (2007). *Kommunens sjuksköterska i Florences anda* (2:a uppl.) (Fokus-Rapport 2002:1) Kalmar: Fokus Kalmar län.

Österlind, J., (2009). *När livsrummet krymper. Vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede*. Doktorsavhandling, Örebro universitet: Hälsoakademin. Hämtad från <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=2 &pid=diva2:234049>