

Det är en fråga om tid.

- Hur undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg, uppfattar sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg i livets slutskede.

Helena M Heinås

Examensarbete, 15 hp, magisteruppsats
Gerontologi
Jönköping, VT 2012

Handledare: Sofia Kjellström

Examinator: Bo Malmberg

Sammanfattning

Syftet med studien är att undersöka hur undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg, uppfattar sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg efter den brytpunkt när det finns en vetskap att döden är nära ("livets slutskede"). Ämnet valdes då undersköterskor och vårdbiträden utför majoriteten av den palliativa omsorgen, men det är en grupp som är sällan studerad. Information samlades in genom semistrukturerade intervjuer med 10 undersköterskor och vårdbiträden. Det insamlade materialet analyserades sedan med hjälp av fenomenografi. Resultatet visar att omsorgspersonalen upplever sina möjligheter att bedriva palliativ vård som bra när det gäller den egna förmågan, men att det finns faktorer i organisationen som försvårar. Dit hör förhållanden som rör samarbetet med andra yrkesgrupper och tidsbrist samt att handledning inte förekommer. Faktorer som underlättar den palliativa omsorgen är relationerna med vårdtagaren och relationen med anhöriga samt att arbetsgruppen fungerar bra ihop. Slutsatser som dragits visar att de gamla inte får den palliativa vården de har rätt till eftersom respondenterna upplever brister i symptomkontroll, teamsamverkan samt samtalsstöd till anhöriga och vårdtagare. Omsorgspersonalen upplever också brister i handledning samt att flera av respondenterna saknar relevant utbildning för att utföra palliativ vård. Detta har medfört att omsorgspersonal får utbilda varandra inom palliativ omsorg.

Nyckelord: Fenomenografi Äldreboende Teamsamverkan

Summary

It's all about time; How nurse assistances and nurses aides working in nursing homes, in elderly care, understands their oppourtunities to give good end of life care.

The aim of this study was to investigate how nurse assistants and nurse's aides on nursing homes, in elderlycare perceive their opportunities to give good palliative care, after breakpoint, when noticed that dead is close (end of life). The topic was chosen because of the fact that nurse assistants and nurse's aides is a group that is rarely studied although they carry out most of the palliative care. Information was gathered through semi-structured interviews whit 10 nurse assistants and nurse's aides. The collected material was analyzed by using phenomenography. The results show that the nursing staff perceives their own abilities as good, but that certain factors within the organization – such as collaboration with other groups of professionals, lack of time and lack of tutoring – causes difficulties. Palliative care is easier if the nursing staff has good relations with the patient and his/her relatives. A well-functioning group of co-workers is also an important element.

The conclusions is that elderly patients don't get the palliative care they are entitled to, due to lacking symptom control , teamwork and insufficient counseling offered to patients and their relatives. The nursing staff also experiences an absence of adequate tutoring. Several of the respondents do not have sufficient education in palliative care. Nurse assistants and nurse's aides are forced to train each other rather than receive proper education.

Keywords: Phenomenography Nursing homes Teamwork

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Definition av termer som förekommer i uppsatsen	1
Palliativ vård	2
Historik för palliativ vård	3
En god vård i livets slutskede	3
Vårdprogram	4
God palliativ omvårdnad ur ett patientperspektiv	5
Undersköterskors roll inom den palliativa omvårdnaden	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställningar	6
Etiska överväganden	7
Teori och förståelse	7
Material och metod	7
Urval	8
Fenomenografi	9
Analys	9
Kodningen av studiens källmaterial	10
Tillförlitlighet och förståelse	11
Resultat	11
Innebörden av god omvårdnad	11
God omvårdnad som term.....	12
God palliativ omvårdnad.....	12
Den ideala palliativa omsorgen.....	13
Möjlighet att ge tid	13
Tid till den döende och samtalsstöd	13
Tid till anhöriga och anhörigstöd	14
Organisation	14
Organisation/arbetsledning	14
Teamsamverkan.....	15
Handledning	15
Kunskap, kompetens och egenskaper	16
Vikten av goda relationer	17
Relationen till anhöriga	17
Genomförandeplan och livsberättelse som verktyg	17
Kontinuitet och kontaktmannaskap	17
Relationer med sina arbetskamrater	18
Känslor runt döden	18
Personalens känslor	18
Kulturella skillnader.....	19
Skydda de äldre från obehag	19
Diskussion	20

Resultatdiskussion	20
Uppfattning av god omvårdnad vid livets slut	20
Samarbetet med sjuksköterskor och andra yrkesgrupper	21
Relationer	23
Bristande utbildning och handledning.....	24
Metoddiskussion	24
Slutsatser	25
Tack till	26
Referenser	27
Litteratur:.....	27
Publikationer:	27
Artiklar:	27
Avhandlingar:	28
Webbsidor:.....	28
Lagar:.....	28
Bilagor	29
Intervjuguide	29
Etisk egengranskning enligt hälsohögskolan i Jönköpings riktlinjer	32

Inledning

Min första kontakt med döden var då min farmor gick bort när jag var 18 år. Jag är än idag tacksam över att den personal som då närvarande gjorde hennes död så värdig. Tack vare dem så har arbetet med döende och döda människor aldrig varit skrämmande för mig.

Jag började själv som vårdbiträde vid 19 års ålder på ett demensboende. Jag saknade helt och hållet utbildning, men jag hade arbetat en sommar inom hemtjänsten, så jag hade en liten vana av att arbeta med människor. Under mina första två veckor var det två av våra boende som avled. Jag hade varit ledig en helg och när jag kom tillbaka var båda två bara borta. Jag hade inte förstått och det var ingen som hade berättat för mig att de var döende. Det enda jag visste var att den ene av dem var väldigt dålig, för jag hade fått en redig utskällning från den ansvariga sjuksköterskan när jag hade städat undan dryck utan att fylla i vätskelistan, men ingen av de övriga i personalen hade förklarat för mig vad en vätskelista var, så jag visste inte.

Jag fortsatte arbeta och lärdes upp av de övriga i personalen när det gällde omvårdnad, men den palliativa omvårdnaden var inget som jag reflekterade över. Det blev en del i arbetet. Det var gamla människor och det var naturligt att de gick bort. Jag fick lära mig det praktiska såsom vikten av munvård, lägesförändringar och att det var viktigt att smärtlinda. Jag har sedan gått omvårdnadsutbildning motsvarande undersköterska, men har inte själv reflekterat nämnvärt över området som berör döden och döendet. Palliativ vård ingick också väldigt ytligt under min utbildning. Vi berörde hur kroppen påverkas när någon är döende och lite om vilka rättigheter vårdtagaren har. Vi diskuterade inget om vad palliativ omvårdnad innebär i praktiken. Det har varit del i arbetet. Det var tillslut en föreläsning i geriatrik som väckte mitt intresse, då denna föreläsning tog upp att palliativ vård inom äldreomsorg till viss del är eftersatt och jag genom den kursen fick en större insikt i vad palliativ vård innebär. Eftersom jag då också arbetade som undersköterska på ett äldreboende började jag reflektera över min egen yrkesroll och fick därmed idén till denna studie.

Bakgrund

I detta avsnitt kommer använda termer att definieras. Sedan följer en kort översikt om vad palliativ vård innebär och en liten historisk överblick. Efter detta presenteras vad en god palliativ vård innebär ur ett teoretiskt perspektiv med en definition av en god död samt två exempel på hur vårdpersonal kan verka för en god död genom att använda vårdplaner. Det presenteras även vad patienter anser vara viktigt för en god vård vid livets slut och hur tidigare studier fokuserat på undersköterskor och vårdbiträden inom palliativ vård och äldreomsorg.

Definition av termer som förekommer i uppsatsen

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede: När vårdens huvudsakliga mål blir att vara lindrande istället för livsförlängande. I samband med detta sker ett så kallat brytpunktssamtal med patienten och dennes anhöriga

Döende: Symptom visar att döden är nära och livsviktiga funktioner sviktar.

Palliativ vård: Vård med avsikten att lindra lidande och gynna livskvalité vid fortskridande obotlig sjukdom eller skada. Vid palliativ vård ska fysiska, psykiska, sociala och existentiella

behov samt organiserat stöd till närstående uppmärksammas. Bygger på ett synsätt som karakteriseras av en helhetssyn på människan. Individerna ska få stöd att leva med högsta möjliga välbefinnande till döden inträffar. Detta oavsett ålder och diagnos.

Palliativ vård i livets slutskede: Vård under sista tiden i livet, vars syfte är att lindra lidande och verka för livskvalité. Livets slutskede betyder att döden oundvikligen kommer ske inom den närmsta tiden.

Samtliga ovanstående termer definitioner är hämtade från Socialstyrelsens termbank¹

Omsorgspersonal: Undersköterskor och vårdbiträden [Författarens definition]

Palliativ vård

Palliativ vård kallas den vård som utförs i livets slutskede. Livets slutskede definieras som att döden är oundviklig i en överskådlig framtid (Socialstyrelsens termbank) Trots att majoriteten som avlider är över 65 år finns det fortfarande lite kunskap om hur sista tiden är för dessa. Den palliativa vården är idag koncentrerad till specifika sjukdomstillstånd såsom cancer och inte för de som dör på grund av ålder eller långdragen sjuklighet som många äldre drabbas av (Ernst Bravell, 2011). Under 2012 har dock det första nationella vårdprogrammet för palliativ vård kommit ut; *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014* och som riktar in sig på vård i livets slutskede för samtliga människor oavsett ålder och diagnos (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

På särskilda boenden (SÄBO) inom äldreomsorg praktiseras den så kallade kvarboendeprincipen. Detta innebär att den boende ska kunna bo kvar och få god vård även vid livets slut och därmed inte avlida på sjukhus. På SÄBO finns olika yrkeskategorier som är involverade i vården av de äldre. Yrkeskategorier som förekommer är sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnast och närmast vårdtagaren arbetar undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterskorna har ansvaret för de medicinska omvårdnadsinsatserna. Tillgång till sjuksköterskor varierar dock. Vissa SÄBO har sjuksköterskor tillgängliga på plats under hela dygnet och vissa SÄBO saknar sjuksköterskor, exempelvis nattetid och omvårdnadspersonalen kan då kontakta dessa vid behov. Därmed utförs större delen av palliativa omvårdnaden av undersköterskor och vårdbiträden. Det krävs således att dessa har möjligheter att utföra sitt arbete på ett bra sätt för att vården ska bli av god kvalitet. Undersköterskor har en omvårdnadsutbildning på gymnasienivå och de yrkesspecifika ämnena omfattar ungefär tre terminer av studier. Vårdbiträden har kortare omvårdnadsutbildning alternativt saknar utbildning i omvårdnad.

Varje vårdtagare har en genomförandeplan (SOSFS 2006:5) som ska bygga på biståndsbeslut och utgå från de individuella behoven. I genomförandeplanen ska stå hur insatsen för den enskilde praktiskt ska utföras. En levnadsberättelse kan finnas som komplement till dessa. Syftet med levnadsberättelsen är att omvårdnadspersonalen ska få en bild av hur vårdtagaren har levt sitt liv och vad som är viktigt för vårdtagaren. Kontaktmannaskap är en vanlig arbetsmetod inom SÄBO. Detta innebär att det är en omvårdnadspersonal som har ett särskilt ansvar för vårdtagaren och att vårdtagaren får de överenskomna vårdinsatserna på ett önskvärdt sätt. Det är ofta kontaktpersonen som upprättar och utvärderar genomförandeplanen. Genomförandeplan och levnadsberättelse kan sedan ligga till grund för en förståelse för hur vårdtagaren önskar sin sista tid i livet (Birge Rönnerfält, Norman & Wennberg, 2010)

¹ <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>

Historik för palliativ vård

Döden är något som berör oss alla. De flesta som dör är gamla och dör till följd av svåra och långvariga sjukdomar. Tidigare dog vi i hemmen och döden var en naturlig del av livet. Under senare delen av 1800-talet ändrades dock inställningen och döden blev något skrämmande. Detta kan bero på att stora medicinska framsteg gjordes. Under samma tidsepok utvecklades den medicinska vetenskapen, vilket innebar att många sjukdomar kunde botas och att experter fick mer ansvar för den döende. Bota sjukdomar blev därför en tävling mot döden och ett dödsfall blev en förlust (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012). Synen på sjuka medförde också att platsen för dödsfallet flyttade från hem till sjukhus och därmed försvann synsättet på döden som något naturligt. Det blev ett ämne som inte berördes och alla utom vårdpersonalen hölls utanför. Fokus blev det synliga såsom sjukdomar och mediciner. På 1960-talet uppstod en motreaktion i Storbritannien; hospicerörelsen (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012) och i Sverige uppmärksammades den ovärdiga döden 1971 av läkaren Loma Feigenberg.

En god vård i livets slutskede

I Sverige har Socialstyrelsen (2006) utgått från WHO när det gäller riktlinjer om palliativ omvårdnad. WHO definierar palliativ omvårdnad vars syfte är att förbättra livskvaliteten hos någon som är livshotande sjuk genom att förebygga och lindra lidande som kan uppstå. Detta genom att tidigt upptäcka och behandla fysiska, psykiska, psykosociala och andliga problem. Palliativ vård handlar även om att ge vård och stöd till anhöriga under processen. Likaså att se döden som en naturlig del av livet. (WHO u.å, Socialstyrelsen 2006).

Det finns även inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763) att en god vård ska bygga på integritet och självbestämmande och detta är något som ska gälla under hela livet. Vård ska ges på lika villkor och gälla för hela befolkningen. Den som har störst behov av vård ska ha förtur. HSL (SFS 1982:763) omfattar även ledningens ansvar för att utveckla och kvalitetssäkra vården. SÄBO omfattas även av socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453). SoL (SFS 2001:453) grundar sig på rätten till självbestämmande och frivillighet. Likaså ska de insatser som utförs vara av god kvalitet och utföras av personal med utbildning och erfarenhet. Det är kommunen som är ytterst ansvariga för de insatser som utförs inom ramen för SoL (SFS 2001:453). För äldre människor gäller att de bland annat ska mötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2002). Dessa rättigheter gäller hela livet och omfattar således även den palliativa vården.

Socialstyrelsen identifierar fyra pelare i palliativ vård (Socialstyrelsen, 2006). Det första området berör fysiska symptom såsom smärta, illamående, oro och annat som kan uppträda i livets slutskede. Nästa viktiga område är vikten av teamsamverkan där tanken är att olika personalgrupper som finns nära patienten ska samarbeta och kunna konsulteras vid behov. Dit kan personal såsom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, kuratorer med flera tillhöra. Det tredje område berör kommunikation mellan patient, närstående och vårdpersonal och att resurserna runt patienten ska finnas oavsett vem som är ansvarig för vården. Det sista området handlar om stöd till närstående eftersom att närstående ofta utför en stor del av vården vid livets slut. Närstående ska få känna sig viktiga och bli lyssnade på samt få samtalsstöd både innan och efter dödsfallet.

Vårdprogram

Syftet med att använda någon form av vårdprogram handlar om att ge vården struktur. Genom systematik blir det lättare att uppnå ökad kvalitet då ett vårdprogram kan vara grund för ett systematiskt arbetssätt. Struktur handlar om att ge en översikt om vad som bör utföras vid ett visst tillfälle och lämpliga hjälpmedel kan bestå av listor, skattningsinstrument och vårdplaner (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012). Vårdprogrammen kan bli ett verktyg för personalen att använda när det gäller att ge vårdtagaren en god död.

Det finns flera teorier och modeller som beskriver vad som kan anses vara god palliativ omvårdnad och vilka rättigheter som finns för den döende.

British Geriatrics Society, BGS, (u.å) har definierat 11 grundregler för vad som kan anses vara en god död och som kan fungera som mål med den palliativa vården, det vill säga att vårdtagaren ska få en god död;

1. Få veta när döden är nära och förstå vad som komma skall
2. Bibehålla kontrollen över händelseförloppet
3. Värdighet och integritet
4. Kontrollera smärtlindring och andra symptom
5. Att ha valmöjligheter över var döden kommer att inträffa, exempelvis på sjukhus eller hemma
6. Tillgodose behov av andlighet och religiositet
7. Palliativ vård ska vara en rättighet, inte bara på sjukhus
8. Kontroll över vem som närvarar vid slutet
9. Möjlighet att sätta upp riktlinjer som säkerställer att önskingarna respekteras
10. Tid att ta farväl och självbestämmande över andra viktiga ögonblick
11. Rättighet att dö när tiden är inne utan livsuppehållande behandling när det inte finns någon mening med denna

Inom palliativ omvårdnad kan respektive boendenhet ha sina lokala rutiner för palliativ vård, men det finns även vårdprogram som är mer allmänt spridda. Två av dessa, ”*de sex S:n*” och ”*Liverpool care pathway*” (LCP) presenteras nedan.

En modell som främjar rätten till en god död är de sex S:n. Det är en modell som strävar efter att skapa en helhetssyn på individen (Hermansson & Ternstedt, 2000)

1. Självbild; Att personal och annan omgivning ska se till det friska och inte bara det sjuka och bevara patientens bild av sig själv. Likaså att bli sedd som en person, även i det stadium när personen är totalt beroende av andra och kanske inte ens är vid medvetande.
2. Självbestämmande; Patienten ska kunna fatta egna beslut som rör denne. Likaså att vården ska baseras på respekt för den personliga integriteten, även om patienten blir sämre och mer beroende av andra.
3. Sociala relationer; Vården ska främja att patienten kan och orkar ha kontakt med sina närmaste. Likaså ska vården ta tillvara på de sociala relationerna med syfte att få ökad kunskap om patienten och att uppmuntra de närstående att finnas för den som är döende.
4. Symptomkontroll; Syftet med symptomkontroll är ge patienten frihet från fysiska symptom som hör till döendet, med mål att patienten ska må så fysiskt bra som det bara går. Hit hör exempelvis att lindra smärta.

5. Sammanhang; Att få möjlighet att se tillbaka på sitt liv och göra avslut om det finns önskemål om detta. Likaså att få hjälp att acceptera sådant som inte går att förändra och göra ogjort. Patienten ska även erbjudas möjlighet till samtalsstöd om så önskas.
6. Strategier; Patienten ska erbjudas hjälp att hantera sin vardag och vetskapen att döden är nära. Vissa människor hanterar detta genom planerna sin egen begravning och säga hej då till närstående. Andra människor har svårare att acceptera situationen och kan exempelvis då vara i behov av samtalsstöd eller liknande.

För personer som är döende finns LCP. Detta är en typ av vårdplan, vars syfte är att främja god vård under livets sista dagar och används på flera enheter i Sverige. LCP ger förutom struktur i vården även identifiering av eventuella brister i utbildning och kompetens hos personal. LCP består av 18 mål som ska uppfyllas varav 11 av dessa ska åstadkommas under vården av den döende (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

LCP består av tre olika faser (Stockholmssjukhem u.å)

1. Patienten har konstaterats vara döende av det vårdande teamet. I denna fas informeras hela vårdteamet om aktuellt tillstånd och även anhöriga blir informerade. Tecken på att en person är döende kan vara att denne är sängbunden, inte kan svälja tabletter, har sänkt medvetande och enbart kan ta emot små mängder vätska. Det är viktigt att teamet är sammanhållet och har en samsyn för att undvika att patient och närstående får motstridig information. Det finns i denna fas 11 olika mål som berör bland annat information till närstående med förankring om rådande tillstånd och vårdplanering. Behov av andliga och religiösa rutiner och ritualer ska uppfyllas.
2. Fortlöpande kontroller. Här ska tillståndet dokumenteras var fjärde och var tolfte timme eller oftare om det finns behov, med syfte att uppnå maximal symptomkontroll. Eventuella problem ska dokumenteras.
3. Omhändertagande efter dödsfall. Efter dödsfallet ska primärvård kontaktas och allt ska handläggas enligt gällande rutiner. Likaså ska den som avlidit omhändertas samt att närstående ska få erforderligt stöd och information.

God palliativ omvårdnad ur ett patientperspektiv

Källström Karlsson (2009) beskriver hur patienter på en hospiceavdelning upplever sin situation och 10 av de 12 som intervjuades berörde behovet av att känna sig trygga. Detta innebär för dem att ha en vetskap att de kunde få hjälp vid behov oavsett tid på dygnet. Likaså att personalen med sin kunskap om dem som personer och deras sjukdomar även kunde agera som personlig ombud mellan sjukvård och familj. Dessutom var det en trygghet för både patient och närstående att det fanns personal som brydde sig om dem och såg behov av medicinska insatser. Det var även viktigt för patienterna att känna medbestämmande och kunna kontrollera tillvaron.

Andersson (2007) beskriver vad äldre upplever som god livskvalité sista tiden i livet. Hon lyfter upp faktorer såsom att fortfarande få behålla sin värdighet, att fortfarande kunna njuta av små ting i livet, att vara beroende av andra men därmed ändå inte tvungen att anpassa sig till andra samt kontakten med anhöriga.

Undersköterskors roll inom den palliativa omvårdnaden

Majoriteten av den palliativa omvårdnaden inom SÄBO utförs av undersköterskor och vårdbiträden, trots att dessa har kortast och ibland obefintlig utbildning, både gällande pallia-

tiv vård och vårdutbildning generellt (Socialstyrelsen, 2006). Det är inte ovanligt att utbildade vårdbiträden arbetar inom äldreomsorgen. En kartläggning som socialstyrelsen (2006) beställt visar att långt ifrån alla lärosäten som ger omvårdnadsutbildning utbildar i palliativ vård. Lärosätena menar att palliativ vård är för tungt för elever på gymnasiet, att utbildningen är för kort eller att palliativ vård finns inkluderade i andra utbildningar, när det gäller förklaringar till varför denna utbildning inte förekommer (Socialstyrelsen, 2006).

I flera studier om palliativ omvårdnad har undersköterskor och övrig vårdpersonal inte separerats, vilket gör det svårt att avgränsa undersköterskors erfarenheter. Endast ett fåtal svenska studier har riktat in sig specifikt på undersköterskor inom palliativ vård. Beck, Törnqvist, Broström och Edberg (2011) har undersökt undersköterskor upplevelser av palliativ omvårdnad inom SÄBO och deras slutsatser blev att undersköterskor upplevde den palliativa vården som något som låg utanför den dagliga omvårdnaden. Likaså upplevde dessa att det var för stort fokus på arbetsuppgifter snarare än relationen till de äldre. De kände också otillräcklighet och att vården inte alltid blev värdig för den äldre. Undersköterskorna efterlyste möjlighet i handledning i det dagliga arbetet för att få möjlighet att utvecklas. Likaså var stöd och uppmuntran från kollegor viktigt samt att även bli sedd av arbetsledarna och få bekräftat av dessa att de gjorde ett gott arbete.

Wallerstedt (2012) har undersökt hur undersköterskor upplever att sitta ”vak”, det vill säga att bara sitta hos en döende person, när hemmet var vårdplatsen. I detta fall handlade arbetet om att hitta en balans mellan närhet och distans, då arbetet kräver att våga ge närhet samtidigt som det krävs att inte bli för personligt involverad. Speciellt svårt var det om undersköterskan vårdade yngre personer eller varit i den döendes närhet under en längre tid. Andra svårigheter undersköterskorna upplevde var att hantera kontrollen av symptom och känslan av maktlöshet när symptomkontrollen inte fungerade och patienten kände obehag, exempelvis i form av smärta. I denna studie upplevdes det som en trygghet att arbeta i team med en sjuksköterska. Undersköterskorna kände sig också värdefulla upp upplevde att de gjorde en viktig insats genom att sitta hos patienten. Dessutom var det viktigt att få feedback för att kunna utveckla arbetet. Förutom detta upplevdes det som värdefullt att efter dödsfallet få sitta tillsammans med sjuksköterska medverka i uppföljningssamtal.

Problemformulering

Då det är undersköterskor och vårdbiträden som utför den dagliga omvårdnaden av människor på särskilda boenden krävs det att dessa har möjligheter att utföra en god vård i livets slutskede. Deras upplevelser av de egna möjligheterna av att ge palliativ omvårdnad är därför relevant när det gäller att utvärdera den palliativa vård våra äldre får.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg, uppfattar sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg efter den brytpunkt när det finns en vetskap att döden är nära (”livets slutskede”).

Frågeställningar

Eftersom det är omsorgspersonal som utför större delen av den palliativa vården är deras uppfattningar relevanta att undersöka.

- Hur uppfattar undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg efter den brytpunkt då det finns en vetskap att döden är nära ("livets slutskede")?
- Vilka faktorer anses påverka möjligheten att ge en god palliativ omsorg?
- Vilka faktorer anses försvåra möjligheten att ge en god palliativ omsorg?

Etiska överväganden

Samtliga deltagare har informerats skriftligt och muntligt om sina rättigheter gällande konfidentialitet, frivillighet och rätt att avbryta. De respondenter som har deltagit per telefon erhöll skriftlig information via email. Samtliga deltagare och tillfrågade enhetschefer har erbjudits att ta del av resultatet och uppsatsen i sin helhet. Information av personlig karaktär eller annan information som kan identifiera enskilda personer har omarbetats för att avidentifiera den person det berör.

Deltagarna är dock inte helt anonyma i vissa fall då kontakt har tagits via enhetschefer som i sin tur har frågat runt bland personalen och därför vet vilka som har tackat ja att delta i studien. Detta medför att hur resultatet som framkommer i uppsatsen, behandlas av vederbörande ligger utanför vad som är möjligt att kontrollera. Samtidigt har kontakten tagits av enhetschefer, vilket indikerar att de varit intresserade av studien och det färdiga resultatet. Respondenterna har också deltagit frivilligt, trots denna vetskap. Det går dock inte att garantera att vissa respondenter inte påverkas av att delta i studien.

Studien uppfyller kravet på nytta (Gustafsson, Hermerén, & Petterson, 2011) då det är en grupp av yrkesmänniskor som vanligtvis inte studeras. Vetenskapsrådet (2011), men att det är relevant att forskning som utförs har en nyttoaspekt, vilket har tagit hänsyn till i denna studie då genomgång av tillgängligt material visar att det finns ytterst lite studerat om undersköterskor och vårdbiträden. Majoriteten av materialet som har hittats har antingen slagit ihop olika yrkeskategorier, alternativt är det sjuksköterskor som undersökts.

En etisk egengranskning enligt riktlinjer från hälsöhögskolan i Jönköping har genomförts innan studien. Se bilaga.

Teori och förförståelse

I detta avsnitt presenteras bakgrunden till urvalet av materialet och vilken metod som använts. Vidare presenteras urvalet och vad fenomenografi innebär. Avsnittet avslutas med metod för analys, tillförlitlighet och förförståelse samt avslutas med problemformulering.

Material och metod

Studien genomfördes genom semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer valdes eftersom syftet med studien är att undersöka individers uppfattningar och upplevelser (Lantz, 2007). Lantz menar att denna typ av intervju lämpar sig när forskaren redan i förväg bestämt och definierat begrepp. Likaså förespråkas denna typ av intervju specifikt till studier med fenomenografisk ansats (Dahlgren & Sjöström, 2002; Marton, 1981)

Intervjuerna baseras på en intervjuguide med förbestämda teman gällande olika aspekter av palliativ vård såsom uppfattning av god palliativ vård, egen förmåga och organisationens

betydelse. Den första intervjun kommer att bli en så kallad provintervju (Lantz, 2007) där intervjuguiden kommer utvärderas och eventuellt justeras.

Intervjuguidens utformning bygger på frågor som baserats på studerad litteratur gällande palliativ omvårdnad och vilka komponenter som bör ingå. Intervjuerna inleddes med en neutral fråga (Ryen, 2004) vars syfte var att få respondenten att börja reflektera över sina egna åsikter gällande god omvårdnad och denna fråga kopplades sedan till den palliativa omvårdnaden för att väcka tankarna på intervjuens tema. Denna fråga var gemensam för alla respondenter. Däremot så fungerade intervjuguiden mest som ett stöd, vilket har inneburit att intervjufrågorna varierat något under intervjuerna. Frågorna i intervjuguiden berörde sedan olika teman runt den palliativa vården. Syftet med den avslutande frågan var att ge intervjun en avslappnad avslutning där respondenterna fick prata fritt om hur de önskade att den palliativa vården var utformad.

Det insamlade materialet har transkriberats ordagrant, med undantag för mina egna ljud såsom hummanden och liknande. I vissa av intervjuerna har respondenten kommit in på ämnen som ligger utanför intervjuens syfte. Dessa partier har inte transkriberats ord för ord utan enbart sammanfattats i den löpande texten. Skratt och längre pauser har skrivits ut. Likaså i vissa fall då intervjuerna har avbrutits för en kort stund.

Inför denna studie gjordes sökningar i olika databaser gällande det aktuella forskningsläget inom palliativa vård för äldre. Ytterst lite av det som fanns skrivet berörde undersköterskans roll. Då uppsatsen kommer att beröra svenska förhållanden och den arbetsfördelning som råder baseras förstudien av området företrädesvis på forskning som svenska förhållanden.

Artiklar och litteratur som presenteras i bakgrunden har tagits fram genom sökningar i databaserna, DIVA, Pubmed och Psycinfo. Sökord har varit "nursing assistant/ assistants", "nurses aid/aids", kombinerat med "palliative/terminal care", samt undersköterska/undersköterskor + palliativ/terminalvård. Utvalda artiklar och avhandlingar har varit sådana som ansetts relevanta för denna studie. Detta har inneburit artiklar som berör svenska förhållanden gällande palliativ vård, undersköterskors och vårdbiträdens förhållanden samt äldre personers upplevelse av palliativ omvårdnad för att visa vad "god omvårdnad" innebär i realiteten. Då studien avser att undersöka svenska förhållanden har enbart svenska studier ansetts vara relevanta. Detta eftersom undersökningen har inriktat sig på hur svensk äldreomsorg är uppbyggd och vilka som arbetar inom den svenska äldreomsorgen.

Urval

Totalt intervjuades 10 undersköterskor och vårdbiträden. En av respondenterna saknade helt vårdutbildning, två av respondenterna studerade en vårdutbildning och sju av respondenterna hade utbildning motsvarande undersköterska.

Inför intervjuerna söktes undersköterskor och vårdbiträden på SÄBO inom äldreomsorgen. Kontakten med respondenterna togs via enhetschefer och verksamhetschefer som i sin tur frågade sin personal om de var intresserade att delta. Respondenter söktes också via andra kanaler såsom sociala medier exempelvis Facebook och internetforum. Fem av respondenterna hittades via enhetschefer och fem hittades via sociala medier. Sju av respondenterna arbetar i Stockholmsområdet och tre i övriga landet. Eftersom det är viktigt för intervjuens kvalitet att de som deltar är intresserade (Dahlgren & Sjöström, 2002) gjorde inget specifikt urval av deltagarna trots att Larsson (1986) förespråkar variation gällande exempelvis ålder och kön på respondenterna. Sju av intervjuerna genomfördes via ett personligt möte med

respondenterna. Tre av intervjuerna utfördes per telefon. Den första intervjun utfördes som pilotstudie, med syfte att utvärdera intervjuguiden och därefter göra eventuella justeringar (intervjuguide 2). Resultatet av den första intervjun presenteras inte i studien, då tekniken för inspelningen inte fungerade och därmed gick inte intervjun att transkribera. Frågorna i intervjuguiden är baserade på de områden runt palliativ vård som presenterats i den litteratur som använts.

Av respondenterna var samtliga kvinnor. En arbetade natt, en av respondenterna arbetade både dag och natt och resterande hade dagtjänster. En av respondenterna arbetar inte på ett SÄBO, men har lång erfarenhet av arbete på SÄBO och har i sitt nuvarande arbete på hemtjänsten även samarbete med ett SÄBO. Då intervjun innehöll flera intressanta reflektioner om skillnader och likheter som gav intervjun en djupare dimension fick den vara kvar, då respondenten ändå kunde bidra med goda erfarenheter från sitt arbete på SÄBO. Respondenterna var i åldrarna 20-60 år och majoriteten av dessa var mellan 35-60 år gamla. De hade från ett drygt års arbetslivserfarenhet upp till mer än 30 år arbetade inom vården. Flertalet hade dock mer än 10 års erfarenhet. Intervjuerna varade i 18 till 38 minuter. Majoriteten av intervjuerna varade i 35-30 minuter.

Fenomenografi

Fenomenografin uppstod till en början inom den pedagogiska forskningen, men har även på senare tid börjat användas inom omvårdnadsforskning. Syftet med att använda fenomenografi inom omvårdnadsforskning handlar om att hitta skillnaderna mellan första och andra ordningens perspektiv, det vill säga att det finns en skillnad i upplevelsen mellan båda dessa perspektiv. Det används därför bland annat när forskaren vill undersöka hur patienter upplever olika fenomen inom vården (Dahlgren & Sjöström, 2002).

Det grundläggande inom fenomenografin berör uppfattningar, det vill säga hur individerna uppfattar ett fenomen och fenomenografin gör skillnad på hur något är och hur något uppfattas. Fenomenografin söker därför inte svar på vad som är sant och vad som är falskt. Fenomenografins syfte är att empiriskt undersöka olika personers uppfattningar om ett fenomen och detta sker via intervjuer. Uppdelningen i hur något är och hur något uppfattas delas upp i två olika perspektiv; Första ordningens perspektiv är det som kan benämnas som fakta. Andra ordningens perspektiv är den subjektiva uppfattningen om ett fenomen. Den andra ordningens perspektiv beskriver därför sanningen ur den enskilda personens perspektiv. Det är därför innebörder som är det viktiga, inte samband eller frekvenser. (Larsson 1986; Marton 1981). Skillnaderna mellan dessa två perspektiv ska inte jämföras för att skapa åsikter som handlar om för och emot hur ett visst fenomen är, då människor uppfattar saker olika och det är dessa olika uppfattningar som är det centrala i teorin. Genom att använda fenomenografi som analysmetod blir syftet att upptäcka olika upplevelser, tolkningar och förståelse av samma fenomen. Detta då skillnaderna mellan det första och det andra perspektivet långt ifrån är självklara. (Marton, 1981). Intervjuerna bör vara semistrukturerade, med enbart ett fåtal frågor. Detta för att ge en möjlighet att skapa en mer öppen dialog mellan intervjuare och informant (Dahlgren & Sjöström, 2002)

Analys

Inom fenomenografin delas materialet upp i olika kategorier, vars syfte är att hitta olika uppfattningar som beskriver informanternas olika uppfattningar där syftet med kategoriseringen

är att visa de olika uppfattningarna. Samma fenomen kan framstå på olika sätt hos olika människor. Genom att visa olika synsätt ökar möjligheten att visa på individers olika resonemang. Grunden för analysen är att läsa och reflektera ett flertal gånger över det insamlade materialet. Detta för att hitta likheter och skillnader i svaren. Genom att läsa materialet ett flertal gånger fördjupas förståelsen av materialet, vilket gör likheter och skillnader mer tydliga (Dahlgren & Sjöström, 2002). Dahlgren och Fallsberg (1991), delar in analysen i sju olika steg, vilket kommande analys också kommer att följa.

1. Bekanta sig med materialet genom att läsa igenom de transkriberade intervjuerna ett flertal gånger. Detta för att lära känna materialet i detalj samt för att utföra önskade kompletteringar och korrigeringar
2. Kategorisera de viktigaste uttalandena för att ge en kort sammanfattning av de centrala kategorierna som hittats i texten
3. De utvalda utsagorna jämförs för att hitta olika variationer i uppfattningen av fenomenet
4. Gruppera de uttalandena som verkar vara lika
5. Inom varje grupp av svar görs ett försök att beskriva kärnan av likheterna och detta i kombination med steg fyra kan behöva göras flera gånger.
6. Namnge de olika kategorierna med en passande rubrik
7. Jämför de olika kategorierna utifrån skillnader och likheter

Kodningen av studiens källmaterial

Kodningen utfördes i enighet med ovanstående punkter. I resultatet presenteras dock kategorier som rör hur respondenterna uppfattar god omvårdnad först, för att ge en överblick över deras tankesätt. Resterande kategorier har sorterats efter relevans. Materialet har lästs igenom ett flertal gånger, med syfte att hitta relevanta teman. Utsagorna har sedan grupperats till kategorierna nedan. Analysen bygger på personalens egen upplevelse om att ge en god vård baserat på praktiska möjligheter, relevant kunskap, möjligheter till teamsamverkan samt hur de upplever att de kan ge stöd till närstående.

Innebörden av god omvårdnad

- God omvårdnad som term
- God palliativ omvårdnad
- Den ideala palliativa omvårdnaden

Möjligheten att ge tid

- Tid till den döende och samtalsstöd
- Tid till anhöriga och anhörigstöd

Organisation

- Organisation/arbetsledning
- Teamsamverkan

Handledning

Kunskap kompetens och egenskaper

Vikten av goda relationer

- Relationen till anhöriga
- Genomförandeplan och livsberättelse som verktyg
- Kontinuitet och kontaktmannaskap
- Relationer med sina arbetskamrater

Känslor runt döden

- Personalens känslor
- Kulturella skillnader
- Skydda de äldre från obehag

Tillförlitlighet och förförståelse

Då jag själv är undersköterska och har arbetat ett flertal år på särskilda boenden har jag en förförståelse för vad arbetsuppgifterna innebär. Jag känner väl till undersköterskans yrkesroll och därmed kan sätta mig in i de problem som kan uppstå. Det är dock problematiskt i den mening att jag därmed har min egen uppfattning om god och dålig vård, vilket jag tar hänsyn till i både undersökningstillfället och analysen genom att undvika visa mina egna värderingar om min åsikt går isär med respondenternas.

Jag har dock ingen större erfarenhet av palliativ omvårdnad. Även om jag arbetat ett flertal år inom äldreomsorgen har jag ytterst sällan varit närvarande när någon varit döende. Under min utbildning till undersköterska har det bara ingått på ett ytligt plan, vilket innebär att jag anser mig sakna utbildning inom palliativ vård.

Under intervjusituationen har jag undvikit att svara på frågor som rör mina egna åsikter, för att inte påverka respondenten. Jag har dock varit tydlig med varför jag valt att göra studien, det vill säga att det är av intresse att även undersöka omsorgspersonalens upplevelser. I ett fåtall fall har kvalitén på ljudet inte varit tillräckligt och ord har fallit bort. Dessa tillfällen har inte använts i resultatet. Under analysen har stor vikt lagts på att se vad respondenterna svarat utan att lägga in någon egen tolkning av svaren och enbart se till den skrivna texten.

Resultat

Resultatet inleds med en översikt om vad respondenterna anser vara god omvårdad och god palliativ omvårdad samt hur de önskar att den palliativa vården ska utformas. Detta för att ge en överblick om hur respondenterna tänker runt ämnet. Detta följs sedan åt av vad respondenterna anser vara relevant för att kunna ge en god omsorg vid livets slut. De olika teman som sedan förekommer presenteras i ordningen att det som anses mest relevant kommer först. Dit hör ämnen såsom möjlighet till att ge tid, både för anhöriga och vårdtagare. Hur respondenterna upplever samverkan med andra yrkesgrupper, hur relationerna inom yrkesgruppen ser ut och behov av handledning och utbildning. Avsnittet avslutas med hur respondenterna diskuterar känslor inför döden och döendet.

Innebörden av god omvårdnad

God omvårdnad som term

Respondenterna uppvisar olika syn om vad som kan anses vara god omvårdnad. Flera av respondenterna lägger fokus på relationen till vårdtagaren i den bemärkelse att det är viktigt att ha kännedom om den man vårdar, men det är inte alla som reflekterar över detta. Det är också relevant att se vårdtagarna som individer och att därför också ge vård som utgår från individen, även om arbetsuppgifterna är likartade. Detta infattar också att vårdtagarens rätt till självbestämmande ska respekteras. Detta kan exempelvis handla om att inte tvinga en människa till något eller respektera om denne inte vill kliva upp ur sängen en dag. Vårdtagaren ska vara nöjd med insatsen. Det är viktigt att komma ihåg att det är personer det handlar om och det är vanligt att respondenterna utgår från sig själva genom att tänka på hur de vill att sina egna anhöriga ska behandlas eller hur de själva vill bli behandlade.

”God omvårdnad för mig är, att som jag tycker är man först och främst man ska ge respekt för dom som bor här och bryr om dom, ta hand om dom som din egen föräldrar. Ja deras behov som jag tycker.” (Intervju 2)

När vårdtagaren inte själv kan prata för sig är det viktigt att försöka läsa av denne genom minspel och ansiktsuttryck. God omvårdnad handlar också om att de till kroppen och sörja för den personliga hygien genom att vårdtagaren ska få känna sig hel och ren. I god omvårdnad omfattas också de anhöriga, att de ska må bra med den vård som deras närstående får.

God palliativ omvårdnad.

Vad är centralt för den palliativa omvårdnaden handlar om att ge vårdtagaren tid, men det finns även olika variationer mellan respondenterna om vad som är det primära vid den palliativa omvårdnaden. Även här utgår flera av respondenterna från sig själva när det gäller vad god palliativ omvårdnad innebär, genom att reflektera över hur de själva vill bli bemötta och hur de vill att deras anhöriga ska vårdas. Flera upplever miljön på boendet som bristfälligt och anser att boendemiljön är något som är viktig inom den palliativa vården, men miljön är inget som diskuteras av alla respondenter. Eftersom det är relevant att den döende får ha lugnt och ro runt omkring sig upplevs det som negativt med dåligt ljudisolerade lägenheter, då övriga vårdtagare riskerar att störa.

Det är också god omvårdnad att inte ligga ensam. Likaså är fysisk närhet också en förutsättning för god palliativ omvårdnad, eftersom respondenterna menar att vårdtagaren mår bra av att någon finns fysiskt nära och exempelvis håller denne i handen eller ger massage.

”Att vara närvarande och ta det väldigt lugnt, den här fysiska kontakten har jag upplevt som väldigt viktig. Under tiden som jag sitter kanske och pratar med någon annan att jag håller henne i handen eller det kan bara vara tar i nåt plagg... man gör någonting. Men alltså både mental närvaro och även fysisk närvaro.” (Intervju 10)

Själva omvårdnaden fokuserar på att vårdtagaren ska ha det bekvämt. Dels ligga bekvämt, få hjälp regelbundet med lägesförändringar, bära bekväma kläder och att vårdtagaren ska få munvård. Det är också viktigt att ge kroppen omsorg på samma sätt som om personen varit pigg, med bland annat personlig hygien.

Den ideala palliativa omsorgen

När respondenterna fritt får välja vad som är den ideala palliativa vården som de själva får utforma hur den palliativa omsorgen sak utformas är avsaknaden av resurser idag något som de önskar förändra. De vill se att de resurser som de anser vara självklara i form av tillräckligt med personal och kontakt med annan vårdpersonal, inte ska vara något som de anser att ska behöva efterfråga utan det ska vara självklart.

Det mest idealiska skulle vara om man hade en avdelning där det inte är så många platser, eller om man hade halva. Det ska vara avskärmat, mysigare rum, lugn och ro. Och att det skulle finnas personal då slapp känna stress eller press eller nåt och sen att som en egen avdelning eller hur man ska säga... (Intervju 1)

Det ska finnas en förståelse, att en döende person behöver extra omsorg utan att de ska behöva be om detta. Likaså ska det finnas ordentligt med handledning till personalen för att psykiskt underlätta deras arbete. Det är också relevant att alla i personalen ska ha någon form av utbildning, då detta är viktigt för vården. Det förekommer även önskemål om en bättre anpassad miljö för att kunna bedriva vården. Uppfattningar om miljöns betydelse berör upplevelsen av att det inte finns plats för anhöriga som det ser ut idag och att byggnaden är dåligt ljudisolerad och ljud från andra vårdtagare därmed kan anses som störande.

Möjlighet att ge tid

Tid till den döende och samtalsstöd

För samtliga respondenter har möjligheten att ge den döende tid varit det mest centrala i upplevelserna av att ge en god palliativ omvårdnad. De menar att någon som är döende behöver få tid av personalen. Vikten av tid som central faktor visas i intervjuerna på flera olika sätt. Flera av de intervjuade belyser vikten av att vara fysiskt närvarande, såsom att ha tiden att sitta nära och hålla vårdtagarens hand. Andra menar på att tidbrist vid palliativ vård även är något som drabbar resten av vårdtagarna, då det inte finns nog tid till någon. Likaså att det är viktigt att det finns tid för att de inte ska ligga ensamma. Det är också viktigt att kunna sitta där i lugn och ro utan att känna stress. Det är också relevant att ha tid för samtal och kunna lyssna på dem som är kapabla att prata om sina känslor. Genom att sitta där och vara närvarande skapas en upplevelse av att de därmed också minskar oron hos vårdtagaren.

När det gäller samtalsstöd om existentiella frågor finns det olika uppfattningar om den egna förmågan att hantera denna typ av frågor. För vissa är det naturligt att hantera frågor som hör till religion, men andra anser att det är problematiskt på grund av egen avsaknad av tro och att det därmed finns ett behov av att kalla in någon som delar vårdtagarens tro.

"Alla får tro vad de vill och jag finns varelse man tror eller inte så finns jag för att prata om de behöver det, för att må bra." (Intervju 4)

"Börjar vi komma in på sådana här saker som rent teologiska frågor, det. Ja men ballå, vad ska jag svara på det? Jag menar en, en präst till exempel den kan ju svara på det här med gud och vad dom, alltså vad kyrkan riktigt står för och hur dom anser saker, du kommer ju hem till gud och sådana här saker, jag men alltså då ska jag ju verkligen tro på det själv innan jag säger nåt jag sånt, för annars tror inte jag att ja gör trovärdig i den döendes ögon." (Intervju 6)

Tid till anhöriga och anhörigstöd

Det är också viktigt att ge tid åt den som är anhörig och finnas där som stöd för dem. De menar att den är en enormt svår situation att vara anhörig till någon som är döende och att de måste få tid till att ta hand om dessa också, men att tiden inte alltid räcker till.

”Ja man vet ju det att när jag sitter och pratar med anhöriga så springer den andra ute och tar ringningar. Hon gör det, hon gör det, liksom så den här stressen har man och den överför man säker man till de anhöriga så här omedvetet och då blir det ofta så här ”nej men det är ingen fara vi kommer och säger till om vi vill ha nånting” (Intervju 3)

De anhöriga måste erbjudas stöd genom samtal och närhet, men även kunna ta del i den vardagliga samvaron på avdelningen. Vikten av att ta hänsyn till de anhörigas känslor belyses bland annat i hur viktigt det är att göra någon fin efter dödsfallet har inträffat och att se över hur rummet ser ut även efter dödsfallet. Det finns dock också osäkerhet om vem som ska sköta om stödet till anhöriga. Vissa anser att det är självklart att de själva pratar med anhöriga och andra tar upp möjlighet att prata med psykolog eller kurator när frågan ställs. Vissa av respondenterna anser att det är deras uppgift eftersom de har en mer naturlig kontakt med de anhöriga, medan andra respondenter ser det som att det inte direkt är något som de brukar göra.

Flera upplever också anhörigstödet som det allra svåraste med den palliativa vården, då det gäller att hantera någon annans sorg och våga möta den, men det finns även respondenter som upplever anhörigstöd som något naturligt och att det räcker bra att bara finnas och lyssna när anhöriga behöver prata. Det krävs tid för detta och flera hade önskat mer utbildning i att stödja anhöriga, då det uppfattas som något centralt i den palliativa vården. En del av respondenterna har själva erfarenhet av att vara anhörig i samma situation och försöker därför också ta med den erfarenheten i arbetet med de anhöriga.

Organisation

Organisation/arbetsledning

Hur arbetet är organiserat är en faktor som påverkar. Flera av respondenterna uppger svårigheter att kunna ta in extrapersonal när någon är döende, vilket förklaras med ekonomiska orsaker, men det är mer självklart för andra respondenter att det finns möjlighet att kalla in extra personal vid behov. Många av respondenterna upplever inte heller att arbetsgivaren prioriterar den palliativa omvårdnaden på grund av det finns otillräckliga resurser för dem att kunna göra ett gott arbete, då främst i möjlighet av tid. Det förekommer uppfattningen att i de fall som extra personal blir insatt handlar det ofta om det sista levnadsdygnet, vilket inte är tillräckligt. Detta eftersom en vårdtagare som är dålig behöver få mer tid, vilket då tas från de andra boende på avdelningen, men även för att det inte alltid går att förutse när döden inträffar och att det då finns en risk att vårdtagaren avlider i ensamhet. Det upplevs att arbetsgivaren inte har en förståelse för vad arbetet med palliativa vårdtagare innebär och att chefer snarare ser till antalet boende än till den faktiska arbetsbelastningen. När vårdtagaren inte får nog mycket tid skapas en stress hos vårdpersonalen.

”Ja hon tycker nej men det är så lugnt på avdelningen, ja men kvällar det ringer ju. Vissa kvällar kan det ringa jättemycket. Man är två stycken. Alla vill i säng samtidigt. Dom ska ha medicin, dom ska ha kaffe och anhöriga kommer oftast efter jobbet så dom har tid en stund på kvällarna och då vill dom även prata med den personal som jobbar. Sen blir dom andra bo-

ende irriterade för att dom måste vänta. ”Jag har en som är dålig, du måste vänta” och då blir dom irriterande för att dom måste vänta så... på så sätt är det lite jobbigt. Man känner att man får inte den responsen.” (Intervju 3)

En del av respondenterna har arbetat med palliativ omvårdnad för andra grupper och de upplever en skillnad i vilka resurser som finns tillgängliga när de jämför. Andra grupper får bättre resurser vilket gör att den palliativa vården för äldre uppfattas som svårare. Det upplevs att fokus snarare ligger på det ekonomiska än att ge någon en värdig vård vid livets slut. Respondenterna uppfattar också en brist på styrning, att det saknas riktlinjer hur den palliativa vården ska bedrivas, vilket blir en faktor som försvårar arbetet. Vissa av respondenterna har något som kan liknas vid vårdplaner, men annars organiseras inte den palliativa vården.

Teamsamverkan

Kontakten med andra yrkesgrupper upplevs till viss del som svår. Detta eftersom respondenterna i somliga fall upplever att de inte får gensvar när de framför önskemål till andra yrkesgrupper. Detta gäller främst enhetschef och sjuksköterska, som i vissa fall upplevs ha dålig insyn i det dagliga arbetet. Uppfattningen hos vissa är att sjuksköterskorna själva inte har insyn i hur vårdtagaren mår och att det då blir undersköterskor och vårdbiträdens uppgift att kalla på sjuksköterskan för att vårdtagaren ska få adekvat smärtlindring, förekommer. I vissa fall får respondenterna inte heller gehör när det gäller behov av smärtlindring, vilket medför att respondenterna uppfattar att vissa av vårdtagarna som är döende har ont, innan denne avlider. Vissa av respondenterna är dock nöjda med den smärtlindring vårdtagarna får och samarbetet med sjuksköterskorna. Somliga upplever också att sjuksköterskorna sköter informationen till anhöriga på ett icke tillfredställande sätt och att undersköterskor och vårdbiträden får överta dessa uppgifter. Det rör sig främst om information angående aktuellt tillstånd och att brytpunktssamtal inte alltid erbjuds utan det förutsätts att den anhöriga ska ha relevant information om vårdtagaren ändå. Likaså att sjuksköterskorna inte finns tillgängliga för att svara på frågor från anhöriga och att undersköterskorna och vårdbiträden får hantera detta, även om de anhöriga uttrycker en önskan att tala med just sjuksköterska.

”Sköterskorna är ju också väldigt dåliga på det här att informera. Dom kommer var fjärde timme och ger en morfinspruta och nånting mer, slemlösande och sånt där. Annars är det ju vi som har den största rollen för de sjuka.” (Intervju 8)

Samarbete med sjukgymnaster och arbetsterapeuter upplevs som mer friktionsfritt och att vårdbiträden och undersköterskor i högre grad får gehör från dessa när de påtalar ett problem. Dessa är dock inte involverade i den dagliga vården på samma sätt, utan ska finnas tillgängliga för större grupper av vårdtagare.

Det finns också skilda uppfattningar hur samarbetet inom gruppen fungerar. I de fall som samarbetet mellan undersköterskor och vårdbiträden funkar bra, upplevs en högre grad av tillfredsställelse i det dagliga arbetet. De flesta upplever att de arbetar i en bra grupp, men det fanns också respondenter som hade vissa problem inom den egna arbetsgruppen med konflikter som kan försvåra det dagliga arbetet.

Handledning

Handledningen till respondenterna upplevs som eftersatt. Många efterlyser tid att kunna reflektera över olika händelser, men också att få handledning av någon utomstående för att kunna hantera svårigheter som uppkommer såsom att bemöta anhöriga. Detta eftersom att

hantera död är ett tungt och viktigt ämne och det är lätt att bli personligt berörd. Några av respondenterna menar att deras yrkesroll kan utvecklas om de får möjlighet att reflektera i gruppen och därmed diskutera svåra situationer som uppstått.

”Så det är väl nånting, det är förutsättningar som hade kunnat vara bättre för att utföra så att man mår bra hela tiden som människa va själv. Just inom jobbet, inte privatlivet, utan jobbet.” (Intervju 4)

Hur handledningen ska utformas skiljer dock respondenterna åt. Vissa menar att behovet av handledning tillfredställs i den egna personalgruppen, då de har en sådan god sammanhållning att de kan stötta varandra i svåra situationer och upplever då inte behovet av handledning som lika stort. Det förekommer också önskemål att någon utomstående ska komma in och handleda gruppen. Detta eftersom en utomstående inte är berörd på samma sätt. Respondenterna efterlyser också tid att i personalgruppen få sitta ner och prata med varandra och därmed få en intern form av krishantering när något jobbigt inträffat.

Kunskap, kompetens och egenskaper

Det upplevs som relevant att ha kunskap om den palliativa omvårdanden och en del av respondenterna saknar formell utbildning inom området. För en del har palliativ omvårdnad förekommit i deras utbildning eller pågående utbildning. Då arbetsgivaren inte heller har prioriterat utbildning för sina anställda har detta medfört att undersköterskorna och vårdbiträden har fått handleda och läras av varandra. Vissa arbetsgivare har tillhandahållit viss utbildning i palliativ vård, men flera av respondenterna saknar helt utbildning. Trots att de har en utbildning motsvarande undersköterska har palliativ omvårdnad inte ingått. För vissa av respondenterna har det ingått, men på ett ytligt plan.

Syn på kunskap som förekommer är relevansen att känna den som ska vårdas, det vill säga att ha kunskap hur varje individ vill bli bemött och vilka behov denne har. Detta för att säkerställa att alla blir sedda som människor och inte som objekt. Det personcentrerade och individuella är något som anses vara relevant och som återkommer i flera intervjuer.

”Nej men alltså alla är ju olika människor liksom, så man kan ju inte bara behandla dom, alltså, som att dom är likadana allihopa för det är dom inte. Så det är liksom att lära känna dom lite grann och se, ja vad som passar bäst för dom.” (intervju 6)

Den kompetens som anses vara relevant berör många gånger det praktiska i själva vårdarbetet, vilket innebär att konkret veta hur omvårdad av någon som är döende ska gå till. Detta handlar bland annat om förmåga att bedöma smärta och förmåga att se ångest. Likaså kunna konkret bistå med lägesförändringar och liknande. Dessutom behövs en förståelse för hur döendet påverkar kroppen genom att veta när det inte längre finns någon mening att exempelvis ge mat eller vätska.

Personliga egenskaper som är relevanta är att ha empati och vara medkännande. Likaså att känna trygghet i sitt arbete och kunna förmedla tryggheten till de boende. En variant av uppfattning som förekommer är förmågan att tänka sig in i samma situation och utifrån det avgöra hur vården ska se ut. Exempelvis förståelse för varför munvård och lägesförändringar är viktiga omvårdnadsåtgärder. Inte bara ur ett kunskapsmässigt perspektiv, utan även att ha inlevelseförmåga att förstå. Det upplevs som negativt med rädsla eftersom det då finns en risk att denna oro förmedlas till vårdtagaren. Det är också viktigt att kunna lyssna, både på vårdtagare och anhöriga.

Vikten av goda relationer

Relationen till anhöriga

I relationen till de boende spelar de anhöriga en stor roll, då de anhöriga fungerar som en brygga mellan boende och personal, med den unika kunskapen som de anhöriga har om vårdtagaren. När det finns en god relation till de anhöriga underlättas också arbetet med den palliativa vården, då den goda relationen har fungerat som hjälp att bygga en relation till vårdtagaren. Detta gäller speciellt i de fall som vårdtagaren inte kan prata för sig själv. Relationsskapandet med de anhöriga är något som ingår i arbetet under hela tiden vårdtagaren finns på boendet och skapas på olika sätt.

”De följer ju med under hela processen. Jag är nog med att ringa upp och berätta att det här har hänt och som idag när anhörig frågade så sa jag att idag har vi duschat och rullat hår. Dom vill ju höra att hon mår bra här. Och det är ju... för det gör hon ju. Hon skulle ju inte kunna få det bättre hemma där hon sitter alldeles ensam, så jag tycker att de, i alla fall mina har inflytande” (Intervju 4)

En del av respondenterna ser kontaktpersonen som huvudansvarig när det gäller kontakten med de anhöriga, men alla diskuterar inte kontaktmannskapet som betydande utan framhåller relationer mer generellt. Likaså att det är viktigt med ett gott omhändertagande av den döende för anhörigas skull. Kontakten med de anhöriga kan också bli problematisk i de fall som kommunikationen inte fungerar mellan personal och anhörig. Detta var dock inte ett vanligt förekommande problem utan större delen av relationerna med de anhöriga var goda.

Genomförandeplan och livsberättelse som verktyg

För respondenterna har genomförandeplanen och livsberättelsen varit viktiga verktyg i att bygga en relation till vårdtagarna, eftersom att genomförandeplanen tar upp vad som är centralt i omvårdanden. Livsberättelsen beskriver vad som varit viktigt för vårdtagaren under livet. I de fall som vårdtagaren inte själv har kunnat tala, har anhöriga funnits till hands för att bistå vid upprättandet av dessa. Genomförandeplanen/livsberättelsen blir även en grund för den palliativa vården då det ger personalen en möjlighet att vårda personen enligt de önskemål som finns nedskrivna. Genomförandeplanen har beskrivit hur det praktiska arbetet runt vårdtagaren ska genomföras och har därmed också relevans även i det palliativa skedet. Respondenterna har därför kunnat söka stöd i genomförandeplanen när de vårdat någon i livets slutskede.

”Att man jag tycker det är väldigt viktigt att man jobbar individuellt, vi jobbar efter individuella handlingsplaner och omvårdningsplaner. Att man att man verkligen tittat på genomförandeplanerna och jobbar individuellt för det är så väldigt olika vilket liv man har haft förut.” (Intervju 9)

Kontinuitet och kontaktmannskap

Ett fungerade kontaktmannskap är en del i att skapa en god relation till de boende och uppfattas av respondenterna som ett verktyg för att kunna skapa relationer. Detta då kontaktmannskapet bygger en kontinuitet av vården, när det är en och samma person som är ansvarig för den boende. Respondenterna beskriver ett arbetssätt där kontaktpersonen under sitt arbete på avdelningen varit den som i första hand då sört för omvårdnaden av vårdtagaren, vilket då har inverkat relationsbyggande.

Kontinuiteten blir också central när det gäller palliativ vård. När det gäller omhändertagandet av den som är döende är det viktigt att det är personal som känner personen som behöver den palliativa omvårdnaden. I de fall som extra personal tas in då någon är döende är det önskvärt att denne istället arbetar med de övriga vårdtagarna och att den ordinarie personalen tar hand om den som behöver extra vak. Detta för att försäkra sig om att vårdtagaren får sina behov tillgodosedda. När det är någon som känner vårdtagaren kan denne lättare tolka kroppsspråket hos vårdtagaren och därmed se smärta och ångest bättre än någon som inte känner vårdtagaren väl.

”Även om de kanske inte är medvetna på så sätt men det är liten trygghet tycker vi. Jag i alla fall, för då ser man ju minsta förändring om dom börjar få ont eller... än om man sätter in en helt ny person som inte känner den liksom. Okej man kanske inte gör så mycket mer än hålla handen liksom, så finns man ändå där. För vissa är de ju, vissa tycker man mer om och vissa tycker man mindre om, så det är ju... Men ändå det känns ändå skönt att ordinarie sitter där hos den personen som är på väg att lämna vidare.” (Intervju 3)

Relationer med sina arbetskamrater

Relationerna med de övriga i gruppen är också något som vissa respondenter reflekterat över, att det krävs en god sammanhållning för att de ska kunna vara ett stöd för varandra i svåra situationer. Det är arbetskamraterna som blir det vardagliga stödet och som hjälper till att hantera svåra situationer. En del av respondenterna betonar att arbetskamraterna är orsaken till att de har stannat kvar och inte bytt arbete, men arbetskamrater kan också vara ett problem om inte gruppen fungerar tillsammans.

”när det man jobbar med vissa personer så kan det vara väldigt mycket klagomål på liksom att... ja men du gör inte si och du gör inte så liksom att dom kanske själva inte gör dt som med eller säger att jag gör fel då och det påverkar ju såklart man känner man går på tå hela tiden och att dom... så det är, det är ganska påfrestande psykiskt så att liksom hela tiden tänka. Gör jag rätt nu? Gör jag rätt nu? Så ja...” (Intervju 7)

Relationerna med arbetskamraterna är också viktiga i de fall när något svårt har hänt och det finns ett behov av att få stöd av varandra i den egna gruppen. Ett dåligt samarbete försvårar omvårdnadsarbetet genom att det skapas en känsla av att känna sig otillräcklig, med tvivel på den egna förmågan. Medlemmarna i arbetsgruppen kan också finnas som tröst när någon sörjer en vårdtagare som avlidit.

Känslor runt döden

Personalens känslor

Det är enligt respondenterna viktigt att våga vara nära den döende, både fysiskt och psykiskt. Det blir därför ett problem i arbetsgruppen när någon inte har denna förmåga. Det blir problem för arbetskamraterna då dessa måste ta ett större ansvar, men det kan även bli ett problem för vårdtagaren om denne vårdas av någon som finner det obehagligt.

En del av respondenterna blir själv ledsna när någon avlider och respondenterna har olika sätt att förhålla sig till det. Dels att det skulle vara något negativt (oprofessionellt) att bli för känslsam, men även att det är naturligt att bli ledsen eftersom man som vårdpersonal skapar en relation till den boende, då flera av dem har bott där under flera års tid.

”jag vet inte om det är en svaghet eller positivt att ha empati på det sättet men för min del kanske det var bättre om jag inte blivit ledsen men jag kände ju så starkt för honom. Det var ju han och jag. Vi kunde skoja. Det är ju så som kontaktperson, men kommer dom ju väldigt nära. Och det är det är därför jag drar mig för att söka nya jobb också. Jag vill ju ha det här. Det är ju mysigt” (Intervju 4)

Dessa olika uppfattningar förekommer både hos dem som upplever sig bli ledsna och de som har sett andra bli ledsna. Sorgen blir störst i de fall som respondenten upplevt sig ha haft en djup relation med vårdtagaren.

Kulturella skillnader

Det finns också kulturella skillnader runt hanterandet av döden och döendet. Respondenter som arbetar i grupper där personalen har blandat ursprung, berättar att de har olika sätt att hantera döden på. Olika synsätt påverkar på så vis att respondenterna inte förstår hur de andra reagerar. Det blir två synsätt som står i kontrast mot varandra. Dels synsättet att förloppet inför döden är något som inte går att undvika eller bromsa upp och att det därmed blir viktigt att låta processen ha sin gång, dels synsättet att behandla den döende som om den fortfarande var frisk. Likaså förhållandesättet som finns gentemot döden. Respondenter med europeiskt ursprung har uppfattat ”invandrare” med annat ursprung som rädda för döden, medan svenskar snarare uppfattas som kalla och avståndstagande inför döden.

”Och kanske inte... vi har ju många med invandrabakgrund och dom har ju oftast litet annat synsätt på... vissa saker då. Och kanske lite rädda för vissa delar” (Intervju 1)

”Men här i Sverige det är tyst med sorgen. Man håller inne. Kanske bara dom som är närmare, dom kan känna sig ledsen bara, men annars det är olika. I mitt hemland och Sverige.” (Intervju 1)

Detta har i vissa fall bidragit till diskussioner inom den egna arbetsgruppen, när det förekommer olika synsätt när det gäller att förhålla sig till någon som är döende och hur denne ska vårdas.

Skydda de äldre från obehag

De boende skyddas också i ett flertal fall från döden och personalen pratar inte gärna med de övriga på avdelningen om någon har dött, utan dessa får information om de frågor, men personalen berättar inget spontant. Orsaker till detta är dels kulturen på arbetsplatsen och dels för att inte göra de boende upprörda och oroliga. Respondenterna anser att det är viktigt att inte göra vårdtagarna oroliga i onödan, då flera vårdtagare upplevs ha problem med oro och det finns då en rädsla att denna oro kan bli värre. Skyddandet av vårdtagarna visas också i sättet som personalen pratar med dem och hur de förhåller sig till någon som vill dö eller någon som har dödsångest. Känslorna hos de äldre bekräftas inte, utan personalen frösöker istället att prata bort känslorna.

Om de frågor... för att de blir väldigt oroliga väldigt, väldigt oroliga. Exempelvis vi talar inte ens om att vi går hem. Jag går och jag kommer snart tillbaka. För att tidsuppfattningen är lite annorlunda. Så att de inte blir oroliga. (Intervju 5)

Diskussion

Resultatdiskussion

Uppfattning av god omvårdnad vid livets slut

Respondenterna i denna studie anser att tid för vårdtagaren är det mest relevanta när det gäller palliativ omvårdnad. Det går inte att ge god omvårdnad utan att ha tiden och slippa stressa, då detta kommer att gå ut över vårdtagarna, då stressen riskerar att överföras. Respondenterna har även diskuterat vikten av att se vårdtagarna som individer, som relevant. Det är viktigt att ha kännedom om den som vårdas och använda den kännedomen i den dagliga vården. Likaså lyfter flera av respondenterna upp också vikten av att se till det friska och att sörja för att se till små glädjeämnen i tillvaron, som att ge vårdtagaren önskad som denne verkligen tycker om när livets slut börjar nalkas.

Respondenternas uppfattning om vad som är relevant vid den palliativa vården stämmer väl överens med vad som vårdtagare anser vara relevant om man ser till studierna av Källström Karlsson (2007) och Andersson (2007). Dessa studier visar att det som vårdtagarna anser vara viktigast är tryggheten i att personalen finns där hela tiden och respondenterna i denna studie anser att tid för vårdtagaren är det mest relevanta när det gäller palliativ omvårdnad. Dessutom är det också relevant för vårdtagarna att vården är personcentrerad, det vill säga följer varje enskild vårdtagares behov och detta är ett förhållningssätt som beskrivs av respondenterna.

Svaren från intervjuerna visar att respondenterna önskar ge vårdtagarna ”en god död” (BGS, u.å) när respondenterna lyfter fram faktorer de anser vara primära. Detta då respondenterna diskuterar faktorer som anses relevanta sista tiden i livet och som BGS också berör. BGS diskuterar ett antal kriterier som kan vara grunden till en god död. BGS omnämner bland annat värdighet och symptomlindring som en del i en god död och detta är något som respondenterna diskuterar. Respondenterna diskuterar runt vissa punkter som är tillämpbara i deras arbete såsom betydelsen av att visa värdighet genom ett respektfullt bemötande och önskan att tillgodose möjligheterna till att uppfylla behov av andlighet. Genom genomförandeplaner finns även någon form av riktlinje för att kunna tillfredsställa de önskemål man vet om. Likaså används inte direkt livsuppehållande behandlingar, även om det förekommer att vårdtagaren får dropp på slutet. Vissa av kriterierna till en god död är dock svårt för omsorgspersonalen att kunna påverka, då detta berör faktorer såsom vem som ska finnas med och vart döden ska ske och detta är inte heller något som respondenterna berör.

De 6 S:n beror självbestämmande, symptomkontroll, sociala relationer, sammanhang, strategier och självbild (Hermansson & Ternestedt, 2000). Samtliga av dessa områden berörs i intervjuerna på olika sätt när respondenterna diskuterar vad som är god vård i livets slutskede. Områdena diskuteras genom att respondenterna anser att exempelvis lyfter fram betydelsen av anhöriga, att de äldre ska få möjlighet till samtalsstöd och respekt för självbestämmande.

Även om omsorgspersonalen inte själva uppfattar det, innebär det ändå att de har en god insikt i hur palliativ vård bör utformas, då åsikterna om god omvårdnad stämmer överens med annan forskning inom området. Respondenternas åsikter stämmer överens med både patienternas uppfattning, ”en god död” (BGS, u.å) och de 6 S:n (Hermansson & Ternestedt, 2000). Respondenterna önskar därför att arbeta efter ett sätt som kan anses vara evidensbaserat, men att andra faktorer gör att detta inte är möjligt.

När respondenterna för fram faktorer som bidrar till att de äldre inte får vad som kan anses vara en god död, är det sådant som respondenterna själva inte kan påverka. Faktorer som påverkar anses påverka är bristfällig utbildning hos personalen och arbetsgivare som inte ger omsorgspersonalen de resurser som önskas. Respondenterna är utelämnade att ge vård efter de förutsättningar som ges av arbetsgivaren. Relaterad till ”en god död” (BGS u.å)

Teamarbetet med övrig personal är också en faktor som försvårar och som illustreras av respondenterna som upplevelsen av att vårdtagarna inte får adekvat smärtlindring. Det är också tydligt att respondenterna anser att de anhöriga är viktiga men att undersköterskor och vårdbiträden ibland saknar kunskap att kunna bemöta dem på ett bra sätt när det gäller anhörigstöd och att anhörigstödet därför hade kunnat vara bättre.

Samarbetet med sjuksköterskor och andra yrkesgrupper

När respondenterna beskrivit relationen med sjuksköterskorna på arbetsplatserna indikerar svaren på att sjuksköterskorna inte fullföljer sitt ansvar genom att lämna undersköterskor och vårdbiträden så ensamma i utövandet av den palliativa omsorgen. Detta då respondenterna inte beskriver sjuksköterskorna som delaktiga i den dagliga omsorgen utan det är undersköterskorna och vårdbiträdena som ansvarar för omsorgen och kallar in sjuksköterskor vid behov. Sjuksköterskorna har inte insyn i arbetet eftersom undersköterskorna och vårdbiträdena måste ringa dem för smärtlindring och liknande. När sjuksköterskorna inte har insyn kan de inte heller skydda vårdtagarna från att få felaktig vård och därmed bryter de mot den etiska koden för sjuksköterskor (2007).

Flera av respondenterna anser inte heller att sjuksköterskorna finns tillgängliga för anhöriga på ett adekvat sätt, då anhöriga måste vända sig till dem för information. Eftersom sjuksköterskorna ska ha relevant kunskap för att ge anhörigstöd blir detta något som sjuksköterskorna skulle kunna bidra med i handledningen av övrig vårdpersonal.

Respondenterna nämner sällan verksamhetschefen som viktig när det gäller hur vården ska utformas. Verksamhetscheferna verkar ha olika mycket insyn i den dagliga vården på avdelningen och vissa av respondenterna upplever att verksamhetschefen inte förstår hur det dagliga arbetet ser ut. Detta exemplifieras bland annat genom att en av respondenterna menar att verksamhetschefen enbart ser till antalet vårdtagare och inte till den faktiska vårdtyngden.

Enligt Socialstyrelsens (2005) rekommendationer ska sjuksköterskan ha det övergripande omvårdnadsansvaret och fungera som arbetsledare. Detta då sjuksköterskan ska ha ansvaret för att patienterna ska få evidensbaserad vård, dels genom att ha överblick över vården på avdelningen, men också genom att protestera om patienten inte får vård som är baserad på vetenskap. På motsvarande sätt ska sjuksköterskan också ta hänsyn till patientens värdighet. Likaså ska sjuksköterskan också vara en del i teamarbetet runt patienten och observera och hantera förändringar i tillståndet. Sjuksköterskan ska även vara en del i kommunikationen mellan både anhöriga och patienter och försäkra sig om att patienter och anhöriga förstått informationen. När det gäller den arbetsledande rollen så ska sjuksköterskan kunna leda och fördela arbetet på ett bra sätt. ICN's etiska kod (2007) menar att det ingår i sjuksköterskans ansvar att lindra lidande. Likaså ingår i den etiska koden att på arbetsplatsen ska sjuksköterskan gynna etiska värderingar och arbetssätt samt skydda individer från vårdpersonals handlande. Om sjuksköterskan inte är involverad i den dagliga omsorgen på avdelningen finns det därför risk att vårdtagare far illa utan att sjuksköterskan noterar detta.

Wallerstedt (2012) beskriver att undersköterskorna i hennes studie upplever en trygghet i att arbeta nära sjuksköterskan, vilket visar på vilken betydande roll sjuksköterskan har även för undersköterskor och vårdbiträden, när det gäller att dessa ska kunna ge palliativ omsorg. Wallerstedt (2011) belyser också vikten att få prata efter ett dödsfall inträffat, för att få ett avslut. Detta är något som efterlyses av respondenterna i denna studie.

Josefsson och Hansson (2011) har undersökt hur sjuksköterskor inom kommunal omsorg ser på sitt eget ledarskap och ledarskapet inom organisationen. Resultatet av den studien visar att 59 % av sjuksköterskorna ser sig själv som ledare för en liten grupp, men 28 % av de tillfrågade sjuksköterskorna inte såg sig själv som arbetsledare. En delförklaring till detta menar Josefsson och Hansson (2011) kan bero på att sjuksköterskorna snarare anser sig ha ansvar för hälso- och sjukvården, snarare än om den dagliga omvårdnaden. Detta resultat skulle kunna vara en förklaring varför respondenterna upplever sjuksköterskorna så frånvarande inom den dagliga vården, då sjuksköterskorna inte ser sig själv som ledare för omsorgen. När sjuksköterskorna inte anser sig ha ansvar för den dagliga omsorgen blir det mer naturligt att de kommer in som konsulter och ger smärtlindring vid behov och inte finns närvarande mer regelbundet. Samtidigt så visar Josefsson och Hansson (2011) att en ensam sjuksköterska kan ha ansvar för 50-60 vårdtagare, vilket gör det svårt för dem att hinna vara med i den dagliga omsorgen. Därmed blir frågan om resurser något som styrs av andra och att det då inte är sjuksköterskan själv som väljer att inte prioritera insyn i den dagliga omsorgen. Om även sjuksköterskan har otillräckliga resurser i form av tid, så blir även denne tvungen att prioritera och måste då prioritera sjukvårdande uppgifter.

Det är undersköterskor som kontaktar andra yrkesgrupper för att påtala ett behov och denna kontakt skulle inte vara nödvändig som övriga yrkesgrupper var mer närvarande i den dagliga vården. Trots att det är sjuksköterskorna som ska leda och organisera omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005) ger respondenterna intryck av att dessa snarare kallas in som konsulter vid behov. De får ringa för att be om smärtlindring, trots att symptomlindring är något som ska vara en grundpelare i den palliativa omvårdanden och sjuksköterskorna skulle därmed behöva vara mer delaktiga i den dagliga omsorgen än vad respondenterna ger intryck av att de är. Samtidigt så framkommer inte arbetsbördan hos sjuksköterskorna som nämns i resultatet, då det är oklart hur många vårdtagare nämnda sjuksköterskor har ansvar över.

Albinsson och Strang (2002) har undersökt hur personal på demensboende upplever ledarskapet inom den egna verksamheten. Resultatet av denna studie visar att de flesta som arbetar inom demensvård inte träffar verksamhetschefen mer än maximalt någon timme per vecka. Ledarskapet upplevs som vagt och det som prioriteras anses snarare vara budget än omsorg för de äldre. Vid svåra händelser finns inte heller något stöd att få. Detta kan också kopplas till resultatet av denna studie då respondenterna delar denna upplevelse. Respondenterna upplever att det saknas ett tydligt ledarskap och flera av respondenterna lyfter fram samma upplevelse; att det snarare uppfattas att pengar är mer relevant än vilken omsorg som de äldre får. Denna upplevelse är gemensam både för omsorgspersonal och för sjuksköterskor. Verksamhetscheferna kan antas vara styrda i den bemärkelsen att de har en budget som de måste följa och därmed prioritera vilka utgifter som anses vara berättigade och de hamnar då i någon form av mellanposition, där de ska kunna finnas till hands både för omsorgspersonal, samtidigt som de är styrda från andra håll, exempelvis av kommunens budget eller företagets budget. Problemen med resurserna till den palliativa vården och äldreomsorg i sin helhet ligger således inte enbart på lokal nivå utan på en högre nivå, då det är andra instanser som styr över de pengar varje verksamhet får disponera. Det är dock verksamhetschefens uppgift att planera och avsätta tid för exempelvis utbildningar och möten. Därmed borde det vara möjligt att ge er tid för handledning av personalen.

Detta kan betyda att den palliativa vården inte ges på lika villkor i samhället och att äldre som är i livets slutskede får sämre vård än de yngre som är i samma stadium. Detta indikerar svaren hos de respondenter som arbetat med yngre palliativa patienter och upplevt detta som lättare eftersom resurserna varit bättre. Den palliativa vården för äldre skulle därför behöva utvecklas, med bättre ekonomiska resurser för att täcka de brister respondenterna i denna studie och i andra studier upplever.

Relationer

Fungerande kontaktmannaskap är något som flera av respondenterna framför som en viktig faktor för möjlighet att en god palliativ omvårdnad. Kontaktmannaskap innebär att det skapas en djupare relation mellan omsorgspersonal och vårdtagare. Denna djupare form av relation blir därför en vägledning i den palliativa fasen när personalen känner i vetskapen hur individen vill bli vårdad. Detta kan relateras till studierna av Källström Karlsson (2007) och Andersson (2007) där just kännedom om individen är relevant, för upplevelsen av att bli vårdad. Detta kan också vara en indikator på hur viktigt det är att ha ett fungerande kontaktmannaskap i den dagliga äldreomsorgen och att det är viktigt att det finns en väl uppdaterad genomförandeplan. Då kan omsorgspersonalen lättare uppfylla de önskemål som finns.

Kopplat till detta finns också en god relation till de anhöriga, då de anhöriga blir en länk mellan personal och vårdtagare, speciellt i de fall som vårdtagaren inte kan föra sin egen talan. Anhöriga kan föra vårdtagarens talan och därmed också berätta hur vårdtagaren levt sitt liv och vad som är viktigt. Anhöriga anses också vara en resurs i den palliativa vården eftersom många själva väljer att vara delaktiga i vården under livets slutskede. Respondenterna verkar dock inte se sig som en länk mellan vårdtagaren och den anhörige i den bemärkelse att de inte uppfattar att de måste föra vårdtagarens talan gentemot de anhöriga.

Resultatet av denna samstämmer med studien av Beck et. al (2011), som berör vårdpersonalens upplevelse av palliativ omvårdnad. Likheter i resultaten visar att palliativ omsorg uppfattas som något som ligger utanför den dagliga vården. Beck et. al. (2011) har respondenter som anser att det blir för stort fokus på omsorgsuppgifter, när de skulle vilja arbeta mer relationsskapande. Respondenterna i denna studie lägger också större tyngdpunkt på relationer än på omsorg, vilket bland annat visas genom att de rena omsorgsuppgifterna inte diskuteras så mycket under intervjuerna. Respondenterna i denna studie menar att de inte har tid att ge omsorg i form av närhet. Respondenterna i båda studierna måste i första hand ge tid åt renodlade omsorgsuppgifter såsom hygien, lägesförändringar och munvård.

Wallerstedt (2012) har problematiserat färdigheten att hitta en balans mellan närhet och distans, vilket även problematiseras i denna studie. Respondenterna i denna studie har samma problem att hitta denna balans, vilket bland annat har visats genom ett problematiserande tänkande runt att bli för involverad känslomässigt och hur känslösam som är accepterat att bli. Samtidigt kräver också arbetet att omsorgspersonalen vågar vara nära, vilket i sin tur leder till att en relation skapas. Likaså i Wallerstedts (2012) studie, som i denna studie blir det svårare med distansen om det är någon man har haft ett längre förhållande till. Beck et. al. (2011) belyser också vikten av att ha goda relationer inom personalgruppen, då personalgruppens stöd anses som viktigt och att uppmuntran från både personal och ledning uppfattas som önskvärt. Detta blir också en indikator på att mer handledning behövs bland omsorgspersonalen för att kunna hitta en bra balans.

Bristande utbildning och handledning

Resultatet av undersökningen visar att undersköterskor och vårdbiträden till stor del är utelämnade åt varandra utan möjlighet till stöd och handledning från andra, vilket flera av respondenterna upplevde som ett problem. De ska trots kort eller obefintlig utbildning klara av att hantera och känna till de fysiska aspekterna runt döende, men även kunna stötta både anhöriga och varandra. Flera av respondenterna gör detta utan att ha någon utbildning inom palliativ vård. De har fått sina kunskaper genom att lära av andra inom gruppen som har mer erfarenhet. Detta då arbetsgivarna inte prioriterar att ge relevant utbildning. Detta kan i realiteten betyda att de äldre inte får den vård som de har en laglig rättighet till enligt SoL (SFS 2001:453) och HSL (SFS 1982:763). Dels eftersom det framkommer att långt ifrån all personal är utbildad inom palliativ vård och dels att arbetsgivaren lämnar över ansvaret till personalen att utbilda varandra i de fall någon omsorgspersonal saknar kunskap. Detta blir i sin tur en riskfaktor för brister i omsorgen eftersom denna typ av överföring av kunskap inte nödvändigtvis är evidensbaserad på något sätt. Om arbetsgivaren prioriterar utbildning av den omsorgspersonal som saknar utbildning ökar möjligheterna att den palliativa vården blir av god kvalitet. Detta då arbetsgivaren i högre grad då kan kontrollera vilken information som omsorgspersonalen får ta del av. När omsorgspersonal ska lära sig av varandra finns ingen garanti för att informationen som förs vidare är korrekt, då det inte är säkert att den som lär ut har en adekvat utbildning inom palliativ omsorg och det finns risk för att vårdtagaren drabbas. Dessutom innebär detta att omsorgspersonal får ta över ett ansvar som egentligen borde vara arbetsgivarens, det vill säga att ge personalen utbildning inom området i de fall som utbildning saknas. Där skulle vårdplaner såsom LCP kunna fylla en funktion, då det står klart definierat hur arbetsgruppen ska arbeta och vad som är relevant inom den palliativa vården. LCP skulle kunna bli ett verktyg för att säkerställa att vårdtagaren blir korrekt vårdad.

Ett flertal menar att handledning uppfattas som något som de saknar och som skulle hjälpa dem i dem dagliga arbetet genom att förstå och kunna bearbeta svåra situationer, men även här är personalen många gånger utlämnade till varandra och beroende av att det finns en god sammanhållning inom gruppen så att de kan söka stöd i varandra. Även i studien av Beck et al (2011), upplevde omsorgspersonalen brist på handledning, vilket skulle kunna antas vara ett övergripande problem inom äldreomsorgen. Handledning blir extra viktigt när det är så många av omsorgspersonalen som saknar relevant utbildning för palliativ omsorg. Detta eftersom det ger möjlighet för utbildade att införskaffa kunskaper, då handledningstillfällen blir ett forum för att utbyta egenskaper med varandra. Det kan även medföra en ökad kunskap i att bemöta anhöriga som flera av respondenterna saknar och upplever som det svåraste med den palliativa omsorgen.

I *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012- 2014* är handledning är något som anses bör vara en rättighet för personalen. Syftet med handledning är att få stöd att hantera sådant som är känslomässigt tungt, men även ett medel för att undvika stress som är arbetsrelaterad. Likaså blir handledning en del i ett lärande och kompetensutvecklar personalen (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012).

Metoddiskussion

Respondenterna saknade spridning i kön vilket hade varit önskvärt, men det var ingen man som önskade delta. Respondenterna har dock haft spridning när det gäller andra faktorer såsom utbildning och erfarenhet. Telefonintervjuer har också gjort det möjligt att få en geografisk spridning på respondenterna. Majoriteten av respondenterna har dock befunnit sig inom Stockholms län.

Det har inte framkommit någon skillnad mellan de intervjuer som gjordes per telefon och de intervjuer som gjordes genom ett personligt möte. Längd och innehåll i intervjuerna har snarare styrts av aspekter såsom erfarenhet och engagemang. De respondenter som har haft större erfarenhet av palliativ omvårdnad har haft djupare reflektioner runt vårdssituationen. Intentionen var att följa upp ställda frågor för att ge respondenten tillfälle att utveckla sina svar. I vissa fall brast det i själva intervjusituationen, vilket framkom under transkriberingen. Vid några tillfällen hade respondenten svårt att utveckla sina egna tankar och vissa respondenter påpekade också att det hade varit lättare att få se frågorna i förväg för att hinna förbereda sig.

Respondenternas svar är väldigt lika och det har funnits ytterst lite variation i svaren. Den största variationen i svaren handlar om hur de vill utforma den palliativa vården och vad som är relevant. Där har vissa har fokus på relationen som finns mellan de människor de möter i sitt arbete såsom anhöriga och vårdtagare. Andra har diskuterat avsaknaden av tid och lagt tyngdpunkten på den fysiska omvårdaren och möjligheten att göra detta på ett gott sätt. Den bristande variationen i svaren skulle kunna relateras till att det trots intentionen att hitta olika typer av respondenter, så har gruppen av respondenter varit relativt lika på många sätt i den bemärkelse att det har varit kvinnor med lång erfarenhet som har intervjuats. Detta är en svaghet i studien som hade kunnat avhjälpas med en större variation av respondenter. Även om svaren generellt var relativt lika, hade exempelvis fler av respondenter av olika ursprung kunnat skapa större variationer i svaren då det fanns indikationer på kulturella skillnader när det gäller den palliativa omsorgen. Det hade också varit önskvärt med fler vårdpersonal som arbetar natt, då palliativ vård är något som sker under hela dygnet och det därför hade varit av vikt att även få fler reflektioner av dem som arbetar nattetid.

Materialet innehåller också en viss mättnad då det under intervjuerna har framkommit likartade svar. Svaren i denna studie bekräftas även i andra studier om palliativ omsorg inom äldreomsorgen, då tidigare studier berör faktorer såsom brist på handledning, bristande ledarskap och vad som är relevant i palliativ omvårdnad.

Slutsatser

Respondenternas svar indikerar på att de gamla inte får rätten till en god död och att socialstyrelsens modell med de fyra hörnstenarna inte efterlevs i det dagliga arbetet eftersom respondenterna upplever brister i symptomkontroll, teamsamverkan, anhörigstöd och samtalsstöd till de äldre. Det är i första hand organisatoriska frågor som blir det största hindret för omsorgspersonal att kunna bedriva en palliativ omsorg som de anser vara god och det som försvårar vid den palliativa omvårdnaden.

Undersköterskorna uppfattar att de inte alltid har tid för att kunna hjälpa till vid symptomlindring, exempelvis genom att kunna lugna genom närvaro, då de även måste ägna tid åt övriga boende på avdelningen. Respondenterna upplever också i flera fall att teamsamverkan med de övriga grupperna har brister, vilket har gjort att vårdtagarna inte har kunnat få symptomlindring på ett adekvat sätt.

På grund av bristande utbildning inom palliativ omvårdnad, både hos dem som har utbildat undersköterskor och hos arbetsgivare blir denna grupp av vårdpersonal tvungna att lära sig av varandra. Det blir därför indirekt denna grupp av vårdpersonals ansvar att omvårdnaden blir av god kvalitet trots att det finns sjuksköterskor, eftersom att sjuksköterskorna inte uppfattas vara delaktiga i den dagliga omsorgen.

Resultatet av denna studie och närliggande studier kan därmed användas praktiskt genom att bli en grund för diskussioner om hur vårdpersonal på andra SÄBO upplever de egna möjligheterna. Omsorgspersonalen är de som står vårdtagarna närmast och därmed behöver de ha en bra grund för att kunna ge en god omvårdnad vid livets slut. Upplever de brister är det viktigt att dessa brister diskuteras och åtgärdas om det anses vara relevant. Även gamla personer måste ha rätt att få en god död och omsorgspersonalen måste få relevanta verktyg för att kunna försöka möta de behov som finns, då det är omsorgspersonalen i form av undersköterskor och vårdbiträden som utför majoriteten av den palliativa vården. Därför är det viktigt att även dessa får komma till tals för hur de upplever palliativ vård på SÄBO.

Tack till

Jag vill tacka er respondenter som ville ställa upp och bli intervjuade. Inte nog med att jag fick material till min uppsats, ni gav mig också en hel del att fundera och reflektera över som jag hoppas kunna använda mig av i arbetet med äldre.

Referenser

Litteratur:

Birge Rönnerfält, M., Norman, E. & Wennberg, K. (2010). *Kontaktmannskap inom äldreomsorgen*. Stockholm: Gothia

Ernst Bravell, M. (2011) *Vård i livets slutskede av de allra äldsta. I; Ernst Bravell, M (red.) Äldre och Äldrande. Grundbok i gerontologi.* (s.322-329). Stockholm: Gothia förlag

Lantz, A. (2007) *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, S. (1986) *Kvalitativ analys -exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju : från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber

Publikationer:

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). *God Forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Regionala cancercentrum i Samverkan (2012) *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*

Socialstyrelsen (2002). Socialtjänstlagen - Vad gäller för dig från 1 januari 2002? http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10985/2002-114-3_20021143_rev.pdf Hämtad den 22 maj 2012

Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf Hämtad den 22 maj 2012

Socialstyrelsen, (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning om utvecklingen i landsting och kommuner* <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/24/f2692c9f.pdf> Hämtad den 23 februari 2012

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) *om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS* <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-5/Sidor/2006-5.aspx> Hämtad den 20 maj 2012

Artiklar:

Albinsson, L. & Strang, P (2002) Staff opinions about the leadership and organisation of municipal dementia care. *Health & Social Care in the Community*, 10(5), 313-322

Beck, I., Törnkvist, A., Boström, L., & Edberg, A-K. (2012). Having to focus on doing rather than being : nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 455-464

Dahlgren, L-O and Fallsberg, M. (1991) Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8(4), 150-156.

Hermansson AR, Ternstedt BM (2000) What do we know about the dying patient? Awareness as a means to improve palliative care. *Medicine and Law*, 19(2), 335-44.

Josefsson, K & Hansson, M (2011) To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Nursing Management* 19(4), 498–506

Marton, F. (1981) Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177-200.

Sjöström B. & Dahlgren L_O. (2002) Applying phenomenography in nursing research *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345.

Avhandlingar:

Andersson, M (2007). *Äldre personers sista tid i livet. Livs kvalitet, vård, omsorg och närståendes situation*. Akademisk avhandling Lunds universitet: medicinska fakulteten

Källström Karlsson, I-L (2009). *Att leva nära döden*. Akademisk avhandling. Örebro: Örebro universitet

Wallerstedt, B (2012). *Utmaningar, utsatthet och stöd i palliativ vård utanför specialistenheten*. Akademisk avhandling. Örebro: Örebro universitet

Webbsidor:

British Geriatrics Society (u.å), *En god död*
http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-8.htm hämtat den 20 februari 2012

ICN's etiska kod (2007)
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> hämtad den 20 maj 2012

Liverpool Care Pathway (u.å)
<http://www.lcp.nu/blanketter/broschyer/Guide%20f%C3%B6r%20anv%C3%A4ndare.pdf> Hämtad den 3 april 2012

WHO, (u.å). *WHO Definition of palliative care*
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Hämtad den 24 februari 2012

Lagar:

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm> den 22 maj 2012

Socialtjänstlag (SFS 2001:453) Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm> den 22 maj 2012

Bilagor

Intervjuguide

Inledning; bakgrund (utbildning, erfarenhet etc.)

Öppningsfråga; Vad är god omvårdnad för dig?
Hur applicerar du det på palliativ vård på särskilt boende?

Vilka är förutsättningarna för att kunna ge en god palliativ vård?

Hur ser dina egna personliga förutsättningar ut?

- Utbildning
- Erfarenhet
- Personlighet

Saknar du några personliga förutsättningar?

Hur ser förutsättningarna inom organisationen ut;

- Möjlighet till symptomlindring (förmåga att se symptom, dialog mellan yrkesgrupper)
- Teamsamverkan (förankring i gruppen, dialog mellan personal, samsyn i vården)
- Samtalsstöd till senior (existentiella frågor, information om aktuellt läge behandlingar och liknande)
- Anhörigstöd (samtalsstöd till anhöriga innan och efter dödsfall, information om aktuella åtgärder)

Hur upplever du att arbetsgivaren prioriterar den palliativa vården? (Exempel utbildning av personal, extra vakpersonal)

Hur ser omhändertagandet efter döden ut?

Avslutning; Om du fick fria händer; hur skulle du vilja att den palliativa vården utformades?



HÄLSOHÖGSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

Till Dig undersköterska/vårdbitråde - information om forskningsstudie om möjligheten att bedriva god palliativ omsorg i livets slut

Inom ramen för magisterutbildning i gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping genomför jag, Helena Mickelsson Heinås våren 2012 ett examensarbete. Syftet med denna studie är att undersöka hur undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg (SÄBO) uppfattar sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg efter den brytpunkt då det finns en vetskap att döden är nära.

Jag har hela mitt yrkesverksamma liv arbetat inom äldreomsorgen och parallellt med studierna arbetar jag nu som undersköterska. Jag har sedan tidigare en kandidatexamen i sociologi. Idén till denna studie har vuxit fram efter jag läst en kurs i geriatrik under hösten 2011 och då insåg att även om det är undersköterskor och vårdbiträden som utför majoriteten av den palliativa omvårdnaden, finns det väldigt lite skrivet om dem som yrkesgrupp och det väckte min nyfikenhet att gå djupare in på området.

Din medverkan är frivillig och du kan välja att avbryta när som helst du önskar. Intervjun kommer spelas in med syfte att jag sedan på ett trovärdigt sätt ska kunna transkribera och analysera materialet. Efter studien kommer inspelningen raderas. Det insamlade materialet kommer sedan enbart hanteras av mig som genomför datainsamlingen och min vetenskapliga handledare. Jag kommer behandla allt material konfidentiellt och de personuppgifter jag samlar in kommer behandlas i enighet med datainsamlingslagen. Eventuell personlig information kommer skrivas om för att inte enskilda personer ska kunna identifieras. Citat från intervjuerna kommer att presenteras i det färdiga materialet, men då på ett sätt att det inte är möjligt att identifiera vem som har gjort uttalandet.

Studiens resultat kommer sedan utmynna i en magisteruppsats och vid önskemål kommer jag delge dig studiens resultat. Resultatet kan även komma att publiceras på annat håll, exempelvis i DIVA som är en samlingsportal för arbeten utförda av studenter och forskare.

För ytterligare information eller frågor kan ni nå mig eller min handledare, se kontaktuppgifter nedan.

Helena Mickelsson Heinås
Magisterstudent i gerontologi
Hälsohögskolan i Jönköping
070 56 11 297
mihe1180@student.hj.se

Sofia Kjellström
Docent /vetenskaplig handledare
Institutet för gerontologi
Hälsohögskolan i Jönköping
036-101312
sofia.kjellstrom@hhj.hj.se

Till verksamhetschef - information om forskningsstudie om möjligheten att bedriva god palliativ omsorg i livets slut

Mitt namn är Helena Mickelsson Heinås och under våren 2012 kommer jag göra en studie om palliativ omvårdnad. Jag har sedan tidigare en kandidatexamen i sociologi och har mångårig erfarenhet från äldreomsorgen.

Inom äldreomsorgen utförs den största delen av den palliativa vården av vårdbiträden och undersköterskor. Trots detta finns det idag väldigt lite forskning hur dessa grupper upplever palliativ omvårdnad. Både socialstyrelsen och WHO värnar om rätten till en värdig död och en god omvårdnad vid livets slut.

Syftet med denna studie är att undersöka hur undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden inom äldreomsorg (SÄBO) uppfattar sina möjligheter att ge en god palliativ omsorg efter den brytpunkt då det finns en vetskap att döden är nära.

Vi har kontaktat dig med en förfrågan om du har möjlighet att tillfråga medarbetare vid din enhet om de är intresserade att medverka i denna studie genom att låta sig intervjuas.

Medverkande kommer tillfrågas muntligt och skriftligt om deltagande i en intervju som beräknas ta en timme. Varje informants medverkan är frivillig och det är valfritt att avbryta medverkan utan särskild förklaring. Intervjun kommer att spelas in för att kunna analyseras. Efter studien kommer inspelningen att raderas. Det insamlade materialet kommer inte kunna hanteras av obehöriga. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Citat från intervjuerna kommer att presenteras i det färdiga materialet, men då på ett sätt att det inte är möjligt att identifiera vem som har gjort uttalande. Jag kommer inte heller skriva något om vilken verksamhet de olika informanterna kommer ifrån. Risker med deltagande bedöms som ringa. Jag har inte heller någon avsikt att bedöma kvalitén på den palliativa vården inom verksamheten, utan det är den enskilda upplevelsen som är viktig för mig och min studie.

Studiens resultat kommer sedan utmynna i en magisteruppsats och vid önskemål kommer jag delge verksamheten studiens resultat. Resultatet kan även komma att publiceras på annat håll, exempelvis i DIVA som är en samlingsportal för arbeten utförda av studenter och forskare.

För ytterligare information eller frågor kan ni nå mig eller min handledare, se kontaktuppgifter nedan.

Helena Mickelsson Heinås
Magisterstudent i gerontologi
Hälsö högskolan i Jönköping
070 56 11 297
e-mail: mihe1180@student.hj.se

Sofia Kjellström
Docent /vetenskaplig handledare
Institutet för gerontologi
Hälsö högskolan i Jönköping
036-101312
sofia.kjellstrom@hhj.hj.se

Etisk egengranskning enligt hälsohögskolan i Jönköpings riktlinjer