

## **Omvårdnadspersonals upplevelser av att möta döende äldre personer inom hemvården**

En kvalitativ intervjustudie

*Jennie Hantoft, Linda Larsson & Ingela Beck*

# Forskningsplattformen för **Hälsa i samverkan**

**Omvårdnadspersonals upplevelser av att möta  
döende äldre personer inom hemvården**  
En kvalitativ intervjustudie

*Jennie Hantoft, Linda Larsson & Ingela Beck*

**Kristianstad University Press**

Tryckort: Kristianstad 2018

ISSN: 1652-9979 NR 3 2018

© Respektive författare



# Omvårdnadspersonals upplevelser av att möta döende äldre personer inom hemvården

## En kvalitativ intervjustudie

*Jennie Hantoft, Linda Larsson & Ingela Beck*

### Abstrakt

Äldre personers omvårdnadsbehov blir alltmer komplexa och majoriteten av de äldre önskar att få vård i hemmet den sista tiden i livet och att få lov att dö hemma. Vård av äldre personer med komplexa omvårdnadsbehov och vård i livets slut ställer särskilda krav på omvårdnadspersonal. Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonals upplevelser av att möta döende äldre personer inom hemvården. En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats har använts för insamling av data. Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes i en kommun i nordöstra Skåne som inkluderade hemvårdsområden både på landsbygd och i stads kärna. Resultatet består av följande kategorier: Att vara betydelsefull, Att känna sig otillräcklig, Att känna olust, Att känna lättnad och Att känna sorg och saknad. Omvårdnadspersonal behöver adekvat stöd både från sjuksköterskan och från det tvärprofessionella teamet samt från organisation och ledning. För att personalen ska kunna tillgodose döende äldres behov krävs resurser såsom stöd, handledning och ökat kunskapsstöd. Detta behövs för att personalen ska kunna utföra god vård men även kunna bearbeta känslor för att utveckla ett empatiskt förhållningssätt när de möter döende äldre personen i hemmet.

Nyckelord: Döende, Omvårdnadspersonal, Upplevelser, Vård i hemmet, Kvalitativ studie.

Rapporten är baserad på ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning vård av äldre, och är genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.

# INNEHÅLL

FÖRORD .....	6
BAKGRUND.....	7
Död och döende.....	7
Den döende äldre personen.....	8
Äldre personers döende i hemmet .....	9
Omvårdnadspersonal som vårdar döende äldre i hemmet.....	10
Problemformulering .....	11
SYFTE .....	11
METOD .....	11
Design .....	11
Kontext .....	11
Urval .....	12
Genomförande .....	12
Datainsamling, .....	13
Analysmetod.....	13
Förförståelse .....	13
Etiska överväganden .....	14
RESULTAT .....	14
Att känna sig betydelsefull .....	15
Att känna sig otillräcklig .....	15
Att känna olust .....	16
Att känna lättnad .....	17
Att känna sorg och saknad.....	18
DISKUSSION .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	21
Slutsats .....	23
Kliniska implikationer.....	24
Förslag till vidare forskning .....	24
REFERENSER .....	25

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Exempel på meningsenheter, koder och kategorier

## FÖRORD

I takt med att antal äldre i befolkningen ökar blir den kommunala vården och omsorgen allt mer komplex. Sköra, multisyka människor med stora vård- och omvårdnadsbehov vårdas mer frekvent i hemmen. Specialistkompetens behövs för att på bästa sätt kunna ge den åldrande människan vård av hög kvalitet. Det är med stor glädje jag tagit del av två sjuksköterskors examensarbete som Specialistsjuksköterskor med inriktning vård av äldre.

Arbetet beskriver omvårdnadspersonalens upplevelser, att möta döende äldre personer inom hemvården och hur viktigt det är att personalen får rätt stöd och handledning av sjuksköterska i detta arbete. Resultaten påvisar att det finns behov av kvalitetsförbättringar inom området.

Mitt mål är att möjliggöra för specialistsjuksköterskorna att i olika forum redovisa sitt arbete för att på så sätt sprida den kunskap som framkommit i examensarbetet. Förhoppningen är att detta ska kunna ligga till grund för ett förbättringsarbete som ytterligare kan öka kvaliteten på den vård och omsorg som bedrivs. Lika viktigt är att synliggöra och tillvarata specialistsjuksköterskornas kunskap och stödjande roll till vårdpersonal i organisationen.

Hässleholm 2018-03-06

Lotta Tyrberg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Omsorgsförvaltningen

## BAKGRUND

Socialstyrelsens lägesrapport (2016) visar att antalet äldre personer som vårdas i hemmet ökar till följd av platsbrist på särskilda boenden. Till följd av detta kommer majoriteten av de äldre som har vård- och omsorgsbehov att vårdas i hemmet. De allra flesta äldre önskar dessutom att få vård i hemmet den sista tiden i livet och att få lov att dö hemma (Silfverberg & Ternstedt, 2007). Vård i hemmet innebär att äldre erhåller hjälp från hemvården där hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser samverkar för att äldre ska bibehålla livskvaliteten samt ha en fungerande vardag i hemmet (Socialstyrelsen, 2014). Vård av äldre personer med komplexa omvårdnadsbehov och vård i livets slut ställer särskilda krav på omvårdnadspersonal. Socialstyrelsen (2016) pekar i sin lägesrapport på behovet av att stärka omvårdnadspersonals kompetens eftersom äldre personers omvårdnadsbehov blir alltmer komplexa. Enligt Rahm Hallbergs (2004a) litteraturstudie är det av vikt att förstå hur svårt sjuka äldre personer upplever död och döende för att kunna ge dem en vård som är anpassad efter deras behov. Resultatet av litteraturstudien visar på att äldre gärna vill prata om död och döende.

De som till stora delar utför mycket av den praktiska omvårdnaden av äldre är undersköterskor och vårdbiträden (Socialstyrelsen, 2008), hädanefter benämnda omvårdnadspersonal. Studier visar att omvårdnadspersonal har svårt att samtala med äldre och deras närstående om död och döende. Svårigheterna består i brist på kunskap och adekvat utbildning. Gymnasieskolans nationella vård- och omsorgsprogram ställer inga krav på innehåll och kvalitet i kurser i geriatrik, gerontologi eller palliativ vård bara att dylika kan erbjudas inom programmet (SKOLFS 2010:48). Organisation och ledarskap bör erbjuda internutbildning för att göra omvårdnadspersonal trygga i sin yrkesroll och i vårdandet av äldre personer (Katz, Sidell & Komaromy, 2001; Beck, 2013). Saknas kompetens såsom rätt utbildning kan detta troligen påverka vårdandet i de fall där personal uttrycker osäkerhet samt otrygghet i att hantera situationer i samband med äldre personers död och döende.

En viktig uppgift för sjuksköterskor är att vara ett stöd till omvårdnadspersonal så att de kan ge god vård utifrån de äldres behov (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). För att kunna stödja omvårdnadspersonal som vårdar äldre personer är det viktigt att sjuksköterskan får kunskap om deras upplevelser av att möta äldres död och döende.

### Död och döende

Begreppen död och döende har olika betydelser. Döden innefattar ett avslut av livet medan döendet är en naturlig process som pågår fram till döden (Ernst Bravell, 2013). Jackson (2011) beskriver skillnaden i en artikel och menar att döendet är en process som startar med födseln men att den allmänt betecknas den sista tiden i livet. Döendet är en process som inte bara medför existentiella utmaningar, utan som regel även

somatiska symtom vilka behöver behandlas och/eller lindras med hjälp av god vård och omsorg för att döden ska bli fridfull. Denna process behöver inte innebära de sista dagarna eller veckorna i livet, döende äldre personer kan ha varit multisjuka eller kroniskt sjuka en längre tid där kroppen successivt sviktat (Ernst Bravell, 2013).

Vidare hävdar Jackson (2011) att för att kunna erhålla en förståelse för död och döendet krävs kommunikation och utbildning som bygger på empati samt kunskap om samtal med svårt sjuka döende personer. Kehl (2006) beskriver i sin litteraturstudie hur döendet som process medför att äldres upplevelser av livskvaliteten ändras över tid, och att de äldres behov samt önskemål i livets slut bör tillgodoses för att känslan av en god död ska kunna uppnås. En god livskvalitet där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov tillgodoses är essentiellt för att kunna bibehålla integritet, autonomi samt att finna mening i tillvaron vid livets slut (Ernst Bravell, 2013).

## **Den döende äldre personen**

Summer Meranius (2010) åskådliggör i sin avhandling att till följd av den medicintekniska utvecklingen lever den äldre befolkningen allt längre trots flera kroniska sjukdomar. Eftersom döende äldre oftast har flera kroniska sjukdomar kan detta bidra till en långsam och utdragen döendeprocess (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Rahm Hallberg (2004b) går det inte att bortse från att med stigande ålder närmar döden sig. Eftersom åldrandet sträcker sig över lång tid från cirka 65-100 år, hinner tankar om döden och döendet förändras över tid där den äldre personen till stor del förlikar sig med tanken på sin egen död. Döende äldre har dock ofta oro över själva döendeprocessen som föregår döden då denna ofta förknippas med lidande.

Äldre personer vill kunna se tillbaka på sitt liv och göra en summering av det och att få dela sin berättelse med exempelvis omvårdnadspersonal kan leda till ett lugn inför en förestående död (Andersson, Hallberg & Edberg, 2008). Om döende äldre innehar en hög ålder har de oftast erfarenhet av att redan ha mött andras död och därför upplevs den inte lika skrämmande (Ternstedt, 2007). Österlind (2009) beskriver att döende äldre ofta inte får den uppmärksamhet som de förtjänar då döden ses som naturlig efter att ha levt ett långt och innehållsrikt liv. Med denna inställning finns det en risk att vård av äldre personer i livets slut inte uppnår god livskvalitet. I Anderssons (2007) doktorsavhandling poängteras vikten av att se äldres fysiska, existentiella och psykosociala behov, speciellt när livet närmar sig slutet. För att äldre ska få sina fysiska men inte minst existentiella och sociala behov tillgodosedda är mötet med omvårdnadspersonal viktigt. Livet är enligt Broström (2014) ett livslångt lärande som består av olika perioder där erfarenheter skapas. Döendet uppfattas individuellt beroende på de erfarenheter som den äldre bär med sig. I sin doktorsavhandling illustrerar Broström (2014) det behov av samtal som den döende äldre har för att uppnå en trygghet i sitt döende. Att samtala om döden i vardagen upplevdes som värdefullt. Det är inte enbart



existentiella samtal som är viktiga utan även samtal utav praktisk och instrumentell karaktär. Få möjlighet att planera och skapa en förutsättning för att få ett värdigt slut, samtal om praktiska behov samt önskningar om hur tillvaron ska vara vid livets slut är lika viktigt. Döende äldre personer ska få möjlighet att vara delaktiga i besluten om var och hur stöd samt hjälp kan fås för att vården i hemmet ska bli optimal vid livets slut. Därför är det av vikt att omvårdnadspersonal som vårdar döende äldre får vetskap om hur de äldre ser på sitt liv och döende då det är en unik händelse för var och en (Andersson, Hallberg & Edberg, 2007; Rahm Hallberg, 2004b).

## **Äldre personers döende i hemmet**

För att äldre personer som så önskar ska få möjlighet att få dö i sitt hem, är det viktigt att vården som erbjuds är trygg och säker. World Health Organization (WHO, 2011) menar att de flesta äldre i Europa önskar att dö i hemmet. När äldre inte känner sig trygga med vården i hemmet väljer de istället att tillbringa sin sista tid på en vårdinstans. För de som önskar att få dö hemma är det av vikt att kunna tillgodose dessa önskemål då hemmet är förknippat med den äldres autonomi och identitet. Genom att respektera den äldres behov och önskan ges de en möjlighet att bibehålla en positiv självbild (Franklin, 2007).

Kommunen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård samt omsorg inom kommunernas särskilda boenden, gruppboenden och dagverksamheter. De har även möjlighet att bedriva hemsjukvård i samråd med landsting (Prop. 1990/91:14). Socialstyrelsens (2014) definition av hemvård är en sjukdomsspecifik hemsjukvård i överensstämmelse med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Dessa lagar reglerar och tillgodoser vård samt omsorg av äldre i hemmet. Äldreomsorgens nationella värdegrund (Socialstyrelsen, 2012) anger att arbetet inom äldreomsorg ska ligga till grund för att äldre personer ska få möjlighet att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Hemmet är en plats som ofta förknippas med trygghet för den äldre då det är en stor del av den sociala miljön som är värdefull och identitetsbevarande. Fermann och Naess (2010) menar att det är en balansgång för både omvårdnadspersonal och äldre att bevara integritet samt privatliv och att ta emot eller ge hjälp då hälsa samt ork sviktar. Sjuksköterskan har ansvar för omvårdnaden och för att upprätta en individuell vårdplan tillsammans med den äldre där självständighet och medbestämmande ska bevaras för att stärka upplevelsen av god livskvalitet. Enligt D'Angelo m.fl. (2015) syftar vårdplanen till att bibehålla en kontinuitet i vården under processens gång från döende till död. Vidare fann de i sin litteraturstudie att döende äldre som i ett tidigt skede erhöll adekvat hjälp i hemmet önskade få dö hemma. Hjälpen skulle bygga på relation, kommunikation och integrerad vård från ett tvärprofessionellt team.

Breitholtz, Snellman och Fagerberg (2013) har utfört en kvalitativ intervjustudie som visade att vården i hemmet behöver bli mer personcentrerad. Vidare visade studien att respekt för äldres självbestämmande medförde en känsla av delaktighet som ledde till att deras behov tillgodosågs. Andersson (2007) fann i sin avhandling ett behov av teamarbete med olika professioner för att kunna möta äldres behov i samband med död och döende medan Gurner (2001) fann att utan ett vårdkedjerspektiv utfördes insatserna i hemmet med låg kvalitet och inte efter individens önskemål samt behov. En slutsats som kan dras av dessa studier är att omvårdnadspersonal som vårdar döende äldre i hemmet är i behov av adekvat stöd från sjuksköterskan baserat på aktuell kunskap, och att det i sjuksköterskans roll ligger att leda omvårdnadsarbetet.

## **Omvårdnadspersonal som vårdar döende äldre i hemmet**

Omvårdnadspersonal är oftast de som arbetar närmast de äldre. För att tillgodose äldres behov är det viktigt att de lyckas upprätthålla ett professionellt förhållningssätt. Utan att bli personlig eller privat ska de kunna arbeta personcentrerat baserat på de äldres behov med en ständigt pågående reflektion över hur arbetet ska utföras för att ge bästa möjliga vård. Schuster (2006) menar att professionalism innebär att arbeta metodinriktat med ett neutralt förhållningssätt men samtidigt ha förmåga att visa förståelse för den äldres upplevelser och medvetandegöra sina egna upplevelser för att kunna bygga en tillitsfull relation. Det kan ibland upplevas komplext för omvårdnadspersonal då de är gäster i hemmet hos den äldre, ett hem som samtidigt är deras arbetsplats (Josefsson & Ljung, 2010). Ericsson (2013) skriver om vikten av att omvårdnadspersonal har god självkänedom och är medvetna om sina egna eventuella rädslor. Reflektion över rädslor och förmågor kan ge ökad möjlighet att möta den äldres behov. För omvårdnadspersonal är det viktigt att känna sig säker i sin yrkesroll för att kunna förmedla trygghet och närvaro till dem som vårdas i hemmet.

Vilken bakgrund samt kunskap som omvårdnadspersonal bär med sig kan ha påverkan på relationen som byggs mellan dem och den äldre (Karlsson, Karlsson, Barbosa da Silva, Berggren & Söderlund, 2013). Rahm Hallberg (2004b) menar att den största utmaningen för omvårdnadspersonal ligger i att våga samtala med äldre om död och döende. På så vis kan äldre ge uttryck för hur de känner inför död och döende samtidigt som dessa samtal blir en erfarenhet för omvårdnadspersonal. Broström (2014) visar i sin avhandling att tilliten är av stor betydelse. De döende äldre som ingick i studien menade att om inte tilliten fanns blev samtalet om döden meningslöst, då valdes samtalet om döden och döendet bort. En slutsats är att omvårdnadspersonal behöver kunskap om hur äldre ser på döendet, dess betydelse för och inverkan på de äldre för att kunna samtala om döendet samt identifiera de omvårdnadsbehov som behöver tillgodoses för att lindra lidande hos de äldre och deras närstående.

Resultatet från en kvalitativ studie av Beck, Törnqvist, Broström och Edberg (2012) visar att omvårdnadspersonal behöver få bekräftelse och erkännande för att orka vårda döende äldre i livets slut. Andra studier pekar på att omvårdnadspersonal inte upplever att de är tillräckligt förberedda på vad som förväntades av dem när äldre personer dör (Boerner, Burack, Jopp & Mock, 2015). Det är alltså betydelsefullt att omvårdnadspersonal får det stöd som de behöver för att tillgodose äldres behov vid livets slut.

## **Problemformulering**

Omvårdnadspersonal är den yrkesgrupp som oftast arbetar nära äldre vid vård i livets slut. De utför den basala omvårdnaden men även sjukdomsspecifik omvårdnad på delegering från ansvarig sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2008). I Socialstyrelsens (SOSFS 2011:12) allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre samt i Nationellt kunskapsstöd för palliativ vård i livets slut (Socialstyrelsen, 2013) betonas vikten av att omvårdnadspersonal har god kännedom om vård i livets slut och att det i sjuksköterskans roll bland annat ligger att ge personalen adekvat stöd (Hommel, Idvall, Andersson, 2013) inte minst i samband med vård i livets slut. För att förstå vilket stöd omvårdnadspersonal behöver och för att kunna ge detta stöd krävs kunskap om omvårdnadspersonals upplevelser av att möta döende äldre personer i livets slut.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonals upplevelser av att möta döende äldre personer inom hemvården.

## **METOD**

### **Design**

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Hsieh & Shannon, 2005; Polit & Beck, 2016).

### **Kontext**

Studien genomfördes inom två hemvårdsområden i en kommun i nordöstra Skåne. Hemvården består av ett team med olika yrkesgrupper från hemsjukvård och hemtjänst. I teamet arbetar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt omvårdnadspersonal i form av undersköterskor och vårdbiträden. Omvårdnadspersonal arbetar inom hemvården och enhetschefen för hemvården ansvarar för deras arbete gällande hemtjänstinsatser medan sjuksköterskan ansvarar för de sjukvårdsinsatser som utförs på delegering för

de patienter som har hemsjukvård. I hemsjukvården arbetar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som svarar under en annan enhetschef. För att få variation av deltagare med olika erfarenheter valdes ett hemvårdsområde på landsbygden och ett i centrum. I hemvården på landsbygden arbetar fyra sjuksköterskor och 64 undersköterskor/vårdbiträden, med 265 vårdtagare. I hemvårdsområdet i stadskärnan arbetar fyra sjuksköterskor och 28 undersköterskor/vårdbiträden, antal vårdtagare är 166. Således har omvårdnadspersonal på landsbygden färre äldre att vårda då de har längre körsträckor medan de som arbetar i stadskärnan har fler äldre ofta på gång/cykelavstånd. Undersköterskorna har i regel en treårig vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande utbildning medan vårdbiträdenas utbildning inom vård och omsorg är, som regel kortare och ibland saknas helt (Törnquist 2004). Med undantag för utförande av delegerade medicinska uppgifter från sjuksköterskan såsom blodprovstagning, administrering av läkemedel och omläggning av sår, utför undersköterskor samt vårdbiträden till stor del samma slags arbete (Törnquist 2004). Under enhetschefens och sjuksköterskans ledning är det omvårdnadspersonal som mestadels utför det praktiska arbetet med vård- och omsorg. Beroende på vårdtyngden så arbetar omvårdnadspersonal antingen ensamma eller i par, så kallat dubbelbemanning. I hemvården kommer omvårdnadspersonal oftast ensamma hem till äldre och kan aldrig med säkerhet veta vad som väntar dem då de äldre kan drabbas av snabbt insjuknande och/eller plötslig död. De som vårdas i livets slut med bara dagar kvar att leva har i regel vak om inte närstående finns tillhands.

## Urval

Ett ändamålsenligt urval (Henricson & Billhult, 2012) av tio undersköterskor/vårdbiträden, fyra från hemvårdsområdet på landsbygden och sex från centrum, med minst sex månaders erfarenhet av arbete inom hemvården gjordes. Könsfördelningen var nio kvinnor och en man. Deras ålder var 24-62 år (median=42 år) sju var undersköterskor och tre vårdbiträden. Erfarenhet av att arbeta inom hemvården var 1-18 år (median=8 år).

## Genomförande

Inledningsvis kontaktades verksamhetschefen i kommunen som erhöll muntlig och skriftlig information om studiens syfte och gav skriftligt tillstånd. Därefter kontaktades respektive enhetschef för hemvårdsområdena. Informanterna informerades muntligt och skriftligt vid en arbetsplatsträff (APT), varav fyra som ville delta i studien. Till det andra hemvårdsteamet lämnade enhetschefen ut skriftlig information om studien. Muntlig information gavs senare vid ett fysiskt möte och sex personer ville delta i studien. De som var intresserade av att medverka i studien anmälde sitt intresse till studieansvariga (J.H. och L.L.) vid det fysiska mötet. Samtliga informanter gav skriftligt samtycke till deltagande i studien.

## **Datainsamling,**

Semistrukturerade intervjuer (Danielsson, 2012) med öppna frågor användes som datainsamlingsmetod. Initialt genomfördes två pilotintervjuer (Polit & Beck, 2016) tillsammans med handledaren (I.B) för att träna intervjuteknik och för att prova intervjuguiden (bilaga 1). Inga förändringar genomfördes i intervjuguiden men vikten av att använda uppföljningsfrågor noterades för att få fylliga och innehållsrika intervjuer. Intervjuguiden gjorde det möjligt att fånga upplevelser av det valda fenomenet medan följdfrågorna gav möjlighet till vidareutveckling av svaren och att synliggöra intervju-personens tankar vilket gav en djupare förståelse för ämnet (Hsieh & Shannon, 2005; Polit & Beck, 2016). Därefter genomfördes ytterligare åtta intervjuer under juni månad 2017, dessa intervjuer tillsammans med de två pilotintervjuerna bildade underlag för studien. Informanterna bestämde tid och plats för intervjun, efter genomförandet ombads de delge demografisk data (bilaga 1). Intervjuernas längd varierade mellan 8-67 minuter (median=26 min). Varje intervju transkriberades noggrant med markering av pauser och känslouttryck.

## **Analysmetod**

Vid analys av de transkriberade intervjuerna användes konventionell innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon (2005). Texterna lästes igenom ett flertal gånger enskilt för att sedan diskuteras tillsammans för att få en känsla för innehållet. Efter diskussion lästes texten gemensamt med fokus på varje del av texten som svarade mot syftet, dessa bröts därefter ner till meningsenheter. Under processen markerades tankar och funderingar. Meningsenheterna kodades utifrån innebörd och sorterades in i områden utifrån likheter och skillnader. Gemensamma områden sammanfördes och bildade kategorier. Därefter granskades meningsenheterna ett flertal gånger för att säkerställa att de svarade mot syftet och passade in under respektive kategori. Efter genomgång av meningsenheterna under kategorierna bytte vissa plats. En översikt med exempel över meningsenheter, koder och kategorier presenteras i bilaga 2.

## **Förförståelse**

Arbetet påbörjades med att skriva ner förförståelsen innan datainsamling för att skapa medvetenhet om området som skulle studeras. Det är viktigt med medvetenhet om sin förförståelse så att den inte styr datainsamling och analys (Priebe & Landström, 2012). Förförståelse över valt område finns, båda huvudansvariga för studien har arbetat inom vården sedan 1998 och har under årens lopp sett utvecklingen av hemvården där antalet äldre med ökat vård- och omsorgsbehov har blivit allt fler. Jag (J.H.) ser att allt fler äldre vill bo kvar hemma så länge det går. Vårdande av äldre i hemmet kräver en helhetssyn på människan där hen befinner sig just nu. Det krävs att omvårdnads-personal har adekvat kunskap för att arbeta personcentrerat och utföra god vård samt omsorg i livets slut. Jag (L.L.) ser en ökning av personal som saknar vårderfarenhet.

Detta medför osäkerhet när de ska vårda äldre i hemmet. Jag har sett en osäkerhet om hur de ska agera med den döende och deras närstående, de har kanske inte någon egentlig kännedom om vad som krävs av dem. Oavsett om omvårdnadspersonal har lång erfarenhet av att arbeta inom hemvården eller ej kan döendet upplevas väldigt individuellt bland annat beroende på vilket stöd som finns att tillgå från sjuksköterskan. Vår gemensamma förförståelse är att fortbildning inom vård av äldre är viktigt för att öka kompetensen och med detta tryggheten kring vårdandet av döende äldre. Arbete inom hemvården innebär ofta ensamarbete i äldres hem. Trygghet i sin yrkesroll är därmed viktigt för att hjälpa äldre till en fungerande vardag med god livskvalitet vid vård av äldre som önskar att få dö i hemmet. Vi anser att döendet fortfarande är tabubelagt och att omvårdnadspersonal kan ha svårt att förhålla sig till döende på grund av bristande erfarenhet och kunskap. Det kan även bero på att dagens samhälle är mångkulturellt och att vi inte alltid har kännedom om andra kulturers upplevelse av döende.

## Etiska överväganden

En strävan har varit att i studiens genomförande förhålla sig till de forskningsetiska principerna *informationskrav*, *samtyckeskrav*, *konfidentialitetskrav* och *nyttjandekrav* (Petersson & Lindskov, 2012). Verksamhetschef, enhetschef och informanter har fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt signerat skriftligt samtycke. Genom informationsbrevet fick omvårdnadspersonal information om studiens syfte. Deltagandet var frivilligt och allt material behandlades konfidentiellt.

Det insamlade materialet avidentifierades och förvarades inlåst så att ingen obehörig kunde komma åt det. Data användes enbart till denna studie enligt nyttjandekravets princip (Petersson & Lindskov, 2012; Polit & Beck, 2016). Tid avsattes efter intervjuerna för att kunna fånga upp dem som önskade att samtala efter intervjun (Polit & Beck, 2016) vilket skedde vid två tillfällen. Studiens upplägg har erhållit forskningsetiskt godkännande från etikrådet vid Högskolan Kristianstad (SPÅ 2017:9).

## RESULTAT

Genom analysen framträdde fem kategorier om hur det är att möta döende äldre personer: *Att känna sig betydelsefull*, *Att känna sig otillräcklig*, *Att känna olust*, *Att känna lättnad* och *Att känna sorg och saknad*. Upplevelsen var både ärofylld och gav en känsla av att vara betydelsefull samtidigt som döden var skrämmande och skapade en känsla av sorg, saknad samt otillräcklighet. Trots upplevelsen av sorg och saknad uppfattade omvårdnadspersonal ibland att döden blev en lättnad för den äldre men även fridfull och värdig då det var en naturlig del av åldrandeprocessen.

## Att känna sig betydelsefull

Att känna sig betydelsefull innebar en känsla av tillfredställelse av att kunna hjälpa och lindra den döende äldre. De upplevde att de med små medel kunde göra den äldres tillvaro bättre. Vidare beskrev de att det var ärofyllt att få ta ansvar för omvårdnaden av den äldre under döendet.

De kände sig betydelsefulla för den äldres välbefinnande genom att finnas på plats, vara närvarande och ta sig tiden även om tidspress fanns. Känslan av att kunna hjälpa och lindra den äldres besvär gav tillfredsställelse. Det kunde vara att vända på kudden eller sitta ner några minuter och vara i stunden.

*Alltså just det här att man ändå finns där. Att dom vet att jag finns inne hos dem. (Intervju 4)*

Att känna sig betydelsefull kunde innebära att se "förbi" sjukdomen och finna mening samt glädje tillsammans med den äldre och på så sätt lindra tillvaron. Omvårdnadspersonal uppfattade att den äldre hade förtroende för dem vilket gjorde att de i regel delade med sig av sin livsberättelse. Detta ledde till att omvårdnadspersonal kände sig betydelsefulla vilket gav dem tillfredställelse. En omvårdnadspersonal beskrev detta som följande:

*Att de känner sig trygga när jag kommer. Att de blir glada utav min närvaro. Att jag kan göra med små medel skillnad för deras vardag. (Intervju 9)*

Omvårdnadspersonal beskrev att samtalen med omvårdnadsansvarig sjuksköterska ökade känslan av att vara betydelsefull och deras känsla av trygghet och bekräftelse när de blev tagna på allvar samt fick förmedla sina egna tankar. Genom att bygga upp förtroendet fick de möjlighet att vara delaktiga in i det sista vilket upplevdes som ärofyllt och värdigt. Detta uttrycktes som:

*Och på ett sätt är det fantastiskt att få vara med en människa så in i det sista att få den äran. (Intervju 1)*

## Att känna sig otillräcklig

Otillräcklighet innebar för omvårdnadspersonal stress över att inte ha möjlighet att vara hos den äldre så mycket som det behövdes, eftersom de arbetade under tidspress. Ett annat tillfälle där känslan av otillräcklighet uttrycktes var när de kände att den äldres symtom inte lindrades exempelvis med läkemedel.

Otillräcklighet upplevdes även när det uppstod akuta besvär och de inte kunde vara på plats direkt på grund av långa körsträckor. Tidspressen över att behöva "jaga klockan" för att hinna med besöken, oftast på alldeles för kort tid och vetskapen om att behöva

lämna de äldre ensamma en längre stund påverkade omvårdnadspersonal negativt. Trots tidspress, underbemanning, bristande erfarenhet och kunskap var känslan att de gjorde sitt bästa utifrån situationen kände omvårdnadspersonal sig otillräckliga.

*... men man måste själv inse att jag inte kan räcka till för alla. Jag kan liksom inte, jag kan inte göra mer än vad jag gör. (Intervju 2)*

Frustration uppstod hos omvårdnadspersonal gällande vård i livets slut, då det tog för lång tid att få ordinerat rätt läkemedel för den äldres behov. Önskan var att det skulle fokuseras mer på symtomlindring genom injektion istället för att ge läkemedel som den äldre hade svårt att svälja. Denna frustration medförde även känsla av otillräcklighet över att äldres besvär tog tid att lindra då kontakten mellan sjuksköterska och ansvarig läkare kunde ta tid såväl dagtid som under jourtid.

*Vi kan nog hjälpa dem hemma om man har... alltså om det är... om till exempel sjuksköterskorna... om de får ge smärtstillande utan att behöva ringa en läkare hela tiden och så tror jag att man kan sköta det bra hemma... för det är ju många som vill dö hemma. (Intervju 6)*

*Ja, ovärdigt och ovärdigt ja det var inte så himla kul och ge honom tabletter och be han svälja det när han inte hade saliv i munnen... ja det är jobbigt och tvinga i någon sin medicin när de inte kan. (Intervju 1)*

## Att känna olust

Att möta döende äldre personer väckte olust då de kände osäkerhet i vårdandet och rädsla för att möta svårt sjuka äldre med smärta. Upplevelsen av olust innebar även osäkerhet vid bemötande av den äldre och dess närstående samt oro över att inte veta vilken sjuksköterska som arbetade under jourtid.

Upplevelse av rädsla för att göra fel, att den döende äldre personen skulle uppleva smärta och obehag vid omvårdnad kunde utlösa olustkänslor. En omvårdnadspersonal beskriver en situation där en äldre person drabbats oväntat av akut insjuknande:

*... om man skulle kunna gjort något annorlunda eller... alltså om man gjorde något fel när man var där... det va ju ändå första gången det hände på jobbet. (Intervju 7)*

Då omvårdnadspersonal ofta är länken i kommunikationen mellan den äldre och deras närstående kunde vissa tillfällen upplevas olustiga. Den känslan kunde även infinna sig när närståendes önskemål kom i fokus eftersom omvårdnadspersonal var vana att den äldres önskemål var i centrum. Trots vetskap om att den äldre var döende och en begränsad tid fanns kvar upplevdes frågan "hur lång tid har jag kvar?" som obekvä



då det var svårt att ge ett ärligt svar. När konfliktsituationer uppstod med äldre eller närstående hanterade omvårdnadspersonal detta genom att vara tillmötesgående för att ge den äldre ett så bra möte som möjligt. Efteråt ventilerades sedan känslorna med kollegor. En omvårdnadspersonal beskrev detta:

*... och det kändes som om hon (anhörig) tog avstånd men ändå så fick vi inte göra som vi kände att detta var bättre för honom va. (Intervju 3)*

När omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) inte var i tjänst kunde olust och frustration skapas hos omvårdnadspersonal. Som att inte bli tagen på allvar av sjuksköterskor som varken kände dem eller de äldre, exempelvis de som hade jour eller kom från avancerad sjukvård i hemmet. Omvårdnadspersonal oroade sig för att symtomlindringen skulle bli otillräcklig om deras kunskap om den äldre inte togs på allvar. Känsla av frustration kunde även upplevas vid kontakt med OAS då omvårdnadspersonal upplevde sig som den äldres förespråkare och ville synliggöra deras behov men inte togs på allvar. Detta medförde känsla av olust och frustration över att behöva strida för att behoven skulle bli tillgodosedda:

*Att man inte ska bli ifrågasatt egentligen när man ringer och säger att patienten behöver mer smärtlindring eller att hon har jättestor ångest eller något sådant så att man, lite så, får feedback tillbaka. (Intervju 10)*

Oavsett hur lång erfarenhet de hade av vård av döende äldre uppstod känslor av olust då de tvingades introducera ny personal i vård av livets slut. Även om van personal gärna delade med sig av sina erfarenheter gjorde tidspress och stress att de kände olust inför ytterligare en arbetsuppgift:

*... när de unga töserna kommer hem och hittar nån och sånt så önskar jag att det hade varit jag istället för det blir mer en chock för dem som kanske bara jobbat några år ju...vet jag med oss att vi har nån sån vak så brukar jag erbjuda mig att jag kan sitta vak. Och är det då nån yngre och som jag känner som ska sitta där kanske så förklarar jag berättar vad jag gör som när jag sitter där. Så att dom gör ungefär likadant. (Intervju 3)*

## **Att känna lättnad**

En lättnad upplevdes av omvårdnadspersonal när den äldre dog och befriades från sina besvär. Lättnaden infann sig även när de fick möjlighet att delta i omvårdnaden under den sista tiden och såg att döden var stillsam och fridfull för den äldre. De beskrev hur de hade byggt upp en relation till den döende under en längre tid och att det var en lättnad att se den äldre somna in och få slippa lida av sina krämpor.

*... så kändes det ändå att det var skönt för honom att han hade fått vandra vidare... (Intervju 1)*

Att få lov att följa den äldre mot livets slut och medverka i omvårdnaden av den avlidna upplevdes som en möjlighet att få ta farväl samt göra ett värdigt avslut. Även om det kunde upplevas sorgligt när de avled var omvårdnaden lättare att hantera på grund av den höga åldern.

*Alltså, man förstår ofta att döden när den kommer är ju en del utav livet... så man... även om det är sorgligt och även om man inte vill att det ska gå dithän så vet man att det gör det... (Intervju 9)*

När ett ställningstagande gjorts om vård i livets slutskede upplevde omvårdnadspersonal det lättare att vårda den döende. Det var svårare att acceptera döden när den kom plötsligt och oväntat. Oavsett hur döden hade inträffat var det viktigt att få vara med och ta ett sista farväl. Denna stund upplevdes som lugn och fridfull. Oerfaren omvårdnadspersonal kunde uppleva det skrämmande att möta en död person för första gången, men det fanns ändå en trygghet när de var dubbelbemannade då den nya kunde förlita sig på den erfarna kollegan. Att känna trygghet från kollegan gav utrymme till att våga vara med i omvårdanden och var ett sätt att kunna förlika sig med döden. Därefter upplevde de en känsla av fridfullhet när de såg den äldre ligga stillsamt, skönt och smärtfri.

*Och de har varit... ja, men alltså fridfullt. Lite tyst stämning, lite dämpad... ehm det har ju helt klart med erfarenhet och saker att göra... ehm vilka man är med och såhär. Men dom jag har varit med på har alltid varit... med respekt och ödmjukhet. (Intervju 2)*

## **Att känna sorg och saknad**

Upplevelse av sorg och saknad framkom efter den äldres död. Känsla av tomrum och saknad efter den äldre och en svårighet att gå vidare beskrevs. Sorgen kunde väcka känslor av saknad efter egna närstående som var döda.

Det knöts ofta starka band i relationen som uppkom mellan omvårdnadspersonal och den äldre. De beskrev att de såg sig mer som en vän än en anställd vilket innebar att när den äldre försämrades och avled skapades ett stort tomrum. Känslor och minnen av den döda levde sig ofta kvar och gjorde sig påmind när de passerade bostaden där den äldre hade bott och vårdats. En omvårdnadspersonal beskriver saknaden enligt följande:

*Det blir jättesvårt när de försvinner...för det blir nästan som att det försvinner en medlem...i familjen. (Intervju 5)*

Sorgen medförde även svårighet att släppa taget och gå vidare. Upplevelsen fanns att det var bristfälligt med tid för att bearbeta sina känslor efter den äldres död då det på nästa arbetspass redan fanns en ny vårdtagare som ersatt den avlidna.

*Jag var inte där när hon gick bort men ja, jag kunde inte smälta det och sedan pang bom nästa dag jag kommer så har de satt en annan patient som jag inte kände till... jag orkade inte... alltså, jag måste bearbeta det här. (Intervju 8)*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Studiens metod diskuteras i detta avsnitt utifrån trovärdighetsbegreppen: *tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet* (Shenton, 2004).

För att uppnå tillförlitlighet ska resultatet svara mot syftet och spegla den faktiska sanningen om informanternas upplevelser. Som ett led i att stärka tillförlitligheten skedde intervjuerna på informanternas arbetsplats för att skapa öppenhet mellan parterna (Shenton, 2004). Studien genomfördes i anslutning till sommaren och medförde svårighet att informera samtlig personal vid en arbetsplatsträff (APT). Det föreligger därmed en risk att viss omvårdnadspersonal inte har fått information om studien och/eller möjlighet att medverka. Intervjuguide användes för att öka möjligheten att få svar på det som skulle studeras. Däremot var frågorna inte ledande utan informanterna kunde förmedla sina upplevelser utifrån sin tolkning av frågornas innebörd. Semistrukturerade intervjuer utfördes som ett led för att skapa ett djup och fånga det valda fenomenet, i detta fall omvårdnadspersonals upplevelser (Shenton, 2004). Citaten under de beskrivna kategorierna visar att informanternas upplevelser stämmer överens med tolkningen av data och stärker studiens tillförlitlighet. Vid utförandet av intervjuerna fanns gott om tid avsatt, känslor väcktes i två intervjuer och möjlighet gavs till informanterna att uttrycka dessa. Om de hade fortsatt behov av samtal efteråt fick de erbjudande muntligt, men även i informationsbrevet fanns kontaktuppgifter till studieansvariga och handledaren. Informanterna fick möjlighet att välja tid och plats för intervjun, förmodligen bidrog detta till att de kände sig bekväma och kunde dela med sig av sina upplevelser. Eftersom det var första gången vi genomförde en intervjustudie gjordes två pilotintervjuer tillsammans med handledaren för att öva intervjuteknik och få feedback som stöd inför kommande intervjuer. Efterhand under intervjuernas gång föll det sig mer naturligt att använda följdfrågor för fylligare berättelser. För att säkerställa att samma frågor ställdes trots att vi var två personer som intervjuade användes en intervjuguide, detta kan ses som en styrka och stärker studiens verifierbarhet. Intervjuguiden korrigerades inte efter pilotintervjuerna och dessa inkluderades i datainsamlingen

som bestod av totalt tio intervjuer. Medianen på intervjuerna var 26 minuter, den kortaste var åtta min och den längsta var 67 minuter. Att längden i intervjuerna var olika kan dels bero på den ovana de studieansvariga hade gällande intervjuteknik, som att tona in samtalet på rätt sätt och ge informanten tid att tänka till över sina svar. Vidare kan en del följdfrågor varit slutna ja- och nej-frågor som inte lämnade utrymme för berättande. Intervjuerna utfördes enskilt och det kan ses som en svaghet att det inte var samma ton i följdfrågorna. Det fanns ingen beroendeställning mellan informanter och studieansvariga (Shenton, 2004). Texten transkriberades ordagrant och alla pauser med känslouttryck markerades, alla intervjuer lästes av de studieansvariga och analyserades gemensamt, både med att finna meningenheter som svarade mot syftet samt kodning av dessa. Analysprocessen skedde stegvis och olika tolkningsmöjligheter diskuterades sinsemellan och med stöd av handledaren.

Shenton (2004) menar att pålitlighet står för öppenhet under dataanalys, det vill säga att forskaren anstränger sig för att inte låta sin förförståelse inverka på resultatet. Under analysens gång har medvetenhet om förförståelsen funnits med och påverkade till en början tolkningen av data. Detta ledde till en omläsning av intervjuerna och ifrågasättande av de kondenserade koder samt kategorier som framkom under textbearbetningen. Därefter skedde korrigeringar av det kondenserade materialet och nya koder samt kategorier uppstod. För att stärka pålitligheten var handledaren med i en del av diskussionerna och bidrog till att synliggöra tolkningar samt se data ur olika perspektiv.Handledningstillfällena och mittseminariet har bidragit med konstruktiv kritik samt vidareutvecklat analysarbetet för att slutligen nå fram till ett resultat. Eventuella tolkningar som inte överensstämde med syftet synliggjordes och hjälpte oss att se på materialet med nya infallsvinklar vilket stärker pålitligheten.

Shenton (2004) menar att resultatet ska vara verifierbart, pålitligt och tillförlitligt för att det ska vara möjligt att överföra. Överförbarhet innebär i vilken utsträckning studien kan appliceras på andra grupper. Kontext, urval, datainsamlingsmetod och analysprocess måste beskrivas noggrant. I denna studie har den använda metoden synliggjorts, informanterna har beskrivits och processen från datainsamling till sammanställning av resultatet har förklarats detaljerat. De som har deltagit i studien hade varierande erfarenhet både yrkesmässigt och utbildningsmässigt samt kom från olika hemvårdsområden vilket troligtvis ökar överförbarheten. Endast en man deltog i studien vilket får ses som en svaghet och överföring av resultat till män anses därmed vara begränsad. Det hade varit önskvärt att intervjua fler män för en variation av upplevelser och skapa förståelse för mäns upplevelser. Det ändamålsenliga urvalet strävade efter att inkludera omvårdnadspersonal med erfarenheter av att vårda döende äldre personer och en variation avseende ålder, kön, erfarenhet samt utbildning. Informanternas olika bakgrund och att de kom från både landsbygd samt centrum har förmodligen gett en variationsrik beskrivning av upplevelser. Två intervjuer var tämligen korta

och saknade ett visst djup men upplevelserna som beskrevs svarade mot syftet. I de återstående åtta fanns djupa och rika beskrivningar på upplevelser vilket får ses som styrka. Polit och Beck (2016) menar att det är bättre i kvalitativa studier att ha färre informanter med bredare erfarenhet än ett större antal som saknar bredd.

## Resultatdiskussion

För att vårda döende äldre personer behöver omvårdnadspersonal stöd i att hantera sina känslor. Ett centralt fynd i studien var att omvårdnadspersonal ibland upplevde sorg och saknad. En saknad som liknade den efter en nära vän men även känslor som olust. Att vårda döende äldre personer påverkade omvårdnadspersonal olika beroende på vilken relation de hade till den äldre. De upplevde ofta att en stark relation och ett förtroende hade byggts upp till den äldre under en längre tid vilket påverkade dem när den äldre närmade sig livets slut. Ibland var de mer som vänner vilket ledde till att sorgen och förlusten var mer påtaglig samt svårhanterlig. Upplevelser av tidspress var stor, oftast kände de behov av att stanna längre hos den döende äldre än vad besöket avsåg som resulterade i att de arbetade övertid och att raster uteblev. Beck m.fl. (2012) visar i sin studie som baseras på fokusgruppsintervjuer med omvårdnadspersonal som arbetar vid särskilda boende att beroende på olika hinder som organisation och ledarskap skapades frustration över att inte kunna tillgodose den äldres och närståendes behov ledde till inre stress. Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) påvisar i sin kvalitativa studie att omvårdnadspersonal som inte är kapabla till att distansera sig psykiskt och emotionellt innehar ökad risk för stress som i sin tur kan leda till utmattningssyndrom. Socialstyrelsen (2013) rekommenderar i det Nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede, att personal ska få fortbildning och kunskap om etiska principer, förhållningssätt samt bemötande av äldre och närstående. Reflektion och diskussion om etiska frågeställningar är essentiellt vid vårdande av döende äldre. Adekvat professionellt förhållningssätt kräver att det finns utrymme för stöd, organisatoriskt men även ledningsmässigt. Specialistsjuksköterskan har en ledande roll i att förmedla kunskap och trygghet inom teamet (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). Om inte omvårdnadspersonal erhåller tid för stöd och reflektioner över sina upplevelser finns det en uppenbar risk att de kan distansera sina känslor vilket kan påverka omvårdnaden av den äldre. En nära relation med den äldre kan leda till att omvårdnadspersonal inte lyfter och reflekterar känslor i teamet, alltså de kan gå utanför sin profession i omvårdnaden. De kan ha svårt att särskilja de känslomässiga banden då de blir mer som en vän till den äldre istället för omvårdnadspersonal därmed blir sorgen och saknaden mer påtaglig när den äldre avlidit.

Antonovsky (1991) beskriver känsla av sammanhang (KASAM) med komponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Begriplighet innebär förmågan att hantera en oväntad situation och göra den gripbar samt tydlig. Hanterbarhet innebär att

uppleva sig ha rätt resurser för att klara av och hantera situationer som uppkommer. Meningsfullhet handlar om att ha vilja, motivation och förmåga att kunna möta oväntade situationer och finna mening i händelsen. Därför är det viktigt att specialistsjuksköterskan ger stöd och trygghet till omvårdnadspersonal samt utrymme för reflektion av känslor. Omvårdnad av döende äldre personer är ofta svårhanterlig men om omvårdnadspersonal får rätt förutsättningar i form av adekvat utbildning och stöd från teamet kan situationen bli begriplig, hanterbar och därmed meningsfull. Rätt stöd kan leda till en framtoning som är professionell men samtidigt empatisk. Innebörden av att vara professionell är inte enbart att ha en yrkesprofession som undersköterska. Att vara professionell är så mycket mer och handlar om hur omvårdnadspersonal agerar och bemöter den döende äldre. Schuster (2006) påpekar vikten av att inneha ett ömsesidigt förhållningssätt men samtidigt kunna visa empati och på så vis medvetandegörande sina känslor för att kunna distansera sig samt utföra god omvårdnad. Specialistsjuksköterskan har en viktig roll i att fortbilda medarbetare i evidensbaserad vård för att kontinuerligt sträva efter förbättringar mot en bättre vårdkvalitet (Johansson & Wallin, 2013).

Vårdtyngden kommer att öka för de som vårdar i hemmet, färre resurser finns att tillgå därför är det viktigt att de som vårdar döende äldre i hemmet erhåller utbildning och stöd för att kunna möta död och döende. Det framkom i studien bristen på adekvat introduktion för nyanställda, introduktionen för nyanställda utförs av tidigare anställdas erfarenheter av att vårda döende äldre i hemmet, och tidigare anställda önskade få mer utbildning inom vård av livets slutskede. Socialstyrelsen (2013) pekar på i det Nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede om att behovet av att utbilda omvårdnadspersonal i vård av livets slut är mycket stort och kostsamt. Det är en stor grupp och fortbildning på arbetsplatser i form av studiecirklar vore ett sätt att utbilda på som ett kostnadseffektivt sätt. Regelbundna reflektionstillfällen ger bra grund och är en förutsättning för att hantera komplexa situationer. Detta styrks i Becks (2013) avhandling genom en intervention med fokus på hur ett palliativt förhållningssätt påverkar omvårdnadspersonal. Personalen medvetandegjordes och fick kunskap om den äldres medicinska vård samt omvårdnad vilket ledde till att de blev mer kritiska mot hur vården bedrevs idag. Stöd från organisation och ledarskap behövs för att kunna skapa rätt förutsättningar för den döende äldre i hemmet. För ett hållbart förbättringsarbete bör handledning från specialistsjuksköterskan ske kontinuerligt där arbetsgruppen arbetar mot samma mål, givetvis med förankring från ledningen.

I vården av döende äldre personer förekommer inte bara tunga upplevelser utan även positiva dimensioner som att känna sig betydelsefull. Vår studie visade att det var betydelsefullt och ärofyllt att vara delaktig den sista tiden. Omvårdnadspersonal beskrev hur de kände tillfredsställelse med att med små medel kunna lindra och hjälpa den äldre och dess närstående. En bekräftelse på att ett förtroende mellan omvård-

nadspersonal och den äldre skapades var att de fick ta del av deras livsberättelse vilket ansågs betydelsefullt. Ofta hade omvårdnadspersonal vårdat den döende äldre under en längre tid vilket medförde en styrka i att kunna utläsa vad den äldre förmedlade gällande behov som behövde tillgodoses. En svårighet när relationer hade byggts upp under en längre tid var att bevara det empatiska förhållningssättet. Det kan finnas en risk med detta att svårigheter finns att särskilja den äldre personens upplevelser och behov ifrån sina egna. Förmågan att inneha ett empatiskt förhållningsätt innebär att omvårdnadspersonal kan skilja på sina egna och äldres känslor för att kunna sätta sig in i äldres situationer och förstå deras perspektiv (Sandman & Kjellström, 2013). Tolkat enligt KASAM (Antonovsky, 1991) tyder det på att om omvårdnadspersonal har tillgång till rätt resurser trots stor påfrestning kan situationen ändå göras begriplig när en relation är uppbyggd. Hanterbarheten innebär att de har stöd ifrån teamet och kan utföra god vård trots yttre påfrestningar och därmed känna meningsfullhet med en känsla av att vara betydelsefull. White och Gilstrap (2016) bekräftar i sin kvalitativa studie att vid döendeprocessen i hemmet känner omvårdnadspersonal sig hedrade och privilegierade över förtroendet av att vara delaktiga i livets slutskede och göra en skillnad för att minska lidandet. Det visar sig även i Chochinovs (2004) artikel att omvårdnadspersonal gör stor skillnad genom att lyssna in den äldres önskemål och behov för att skapa en meningsfull tillvaro den sista tiden. Vidare visar Österlind, Hansebo, Andersson, Ternestedt och Hällström (2011) att även om döden kan vara skrämmande känns det betydelsefullt och värdigt att få vara med och göra ett fint avslut hos den avlidna äldre personen. Meningsfullheten som Antonovsky (1991) beskriver grundar sig på att livet har en känslomässig innebörd, när problem uppstår är det av yttersta vikt att engagera sig i problemet för att återigen finna en meningsfull tillvaro. Om organisation och ledarskap inte tillhandahåller rätt resurser blir det oerhört svårt för omvårdnadspersonal att hantera komplexa situationer och meningsfullheten avtar.

## Slutsats

Det framkommer i studien att omvårdnadspersonal upplevde arbetet med döende äldre personer som betydelsefullt trots känsla av otillräcklighet, sorg och förlust. De upplevde även behov av att känna sig tagna på allvar och vara delaktiga i vårdandet av den döende äldre. En ömsesidig relation mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal bygger på respekt och förståelse för varandras arbete där den äldres behov är i fokus. För att tillgodose detta är specialistsjuksköterskans kompetens att samordna viktigt att ta tillvara i det tvärprofessionella teamet. I takt med att omvårdnadsbehovet ökar hos de äldre behöver resursfördelningen ses över så att personalen kan möta och tillgodose behov utan att känna tidspress och frustration över att inte räcka till. Omvårdnadspersonal upplevde att de kunde känna inre frid och lugn om de fick vara med och ta farväl av den avlidne. Det innebär att trots känsla av sorg och saknad var det betydelsefullt samt värdigt att vårda döende äldre i hemmet. Samspel mellan sjukskö-

terska och omvårdnadspersonal är av vikt för att den döende äldre ska kunna få lov att vårdas och dö hemma.

## **Kliniska implikationer**

Enligt det Nationella kunskapsstödet för palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013) behöver omvårdnadspersonal få kunskap om etiska principer, förhållningssätt och bemötande för att kunna utföra en god omvårdnad i livets slutskede. För att detta ska kunna ske krävs det att fortbildning och handledning ges i det tvärprofessionella teamet och specialistsjuksköterskan har en betydelsefull roll i att samordna detta. Organisation och ledning behöver medvetandegöras om detta för att förutsättningarna till ett förbättringsarbete inom detta ska kunna utföras. Omvårdnadspersonals yrkesroll behöver synliggöras och lyftas fram för att deras status ska öka då fler utbildade undersköterskor behövs. Behovet av vård i hemmet ökar eftersom de äldre lever allt längre och ofta har en komplex sjukdomsbild med stort vårdbehov. Resultatet i denna studie lyfter fram omvårdnadspersonals behov av adekvat stöd och handledning vilket behöver synliggöras inte bara i det tvärprofessionella teamet utan även högre upp i organisationen så att tid och resurser finns för att utveckla vården utifrån den äldres behov i hemmet.

## **Förslag till vidare forskning**

Det skulle vara värdefullt att undersöka hur det fungerar i det tvärprofessionella teamet genom att göra djupintervjuer över tid för att se effekten kring ett eventuellt förbättringsarbete.



## REFERENSER

- Andersson, M. (2007). *Äldre personers sista tid i livet*. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Lund, ISBN 91-85559-80-6).
- Andersson, M., Hallberg, I R., & Edberg, A-K. (2007). Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year in life. *Aging Clinical and Experimental Research*, (19)3, 228-239. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003
- Andersson, M., Hallberg, I R., & Edberg, A-K. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, (45)6, 818-828. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Beck, I. (2013). *Att fokusera på "varandet" i en värld av görande. Stöd till personalen i ett palliativt förhållningssätt vid vård- och omsorgsboende för äldre*. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Lund, ISBN 978-91-87189-94-4).
- Beck, I., Törnqvist, A., Broström, 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(4), 455-464. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 244-254. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01503.x
- Boerner, K., Burack, O., Jopp, D., & Mock, S. (2015). Grief after patient death: direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214-222. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.05.023
- Breitholtz, A., Snellman, I., & Fagerberg, I. (2013). Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 139-148. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x
- Broström, M. (2014). *Äldre människors föreställningar om den egna framtiden, döendet och döden*. (Doktorsavhandling, Linköpings Universitet, Linköping, ISBN 978-91-7519-379-3).
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). *Teamarbete i vården*. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.63-97). Lund: Studentlitteratur.
- Chochinov, H.M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology*, 22(7), 1336-1340. doi: 10.1200/JCO.2004.12.095
- D'Angelo, D., Mastroianni, C., Hammer, J.M., Piredda, M., Vellone, E., Alvaro, R., & Grazia De Marinis, M. (2015). Continuity of care during end of life: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 80-89. doi: 10.1111/2047-3095.12041

- Ericsson, I. (2013). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande*. (s.261-272). Malmö: Gleerups utbildning.
- Ernsth Bravell, M. (2013). Vård i livets slutskede bland de allra äldsta. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande*. (s. 273-279). Malmö: Gleerups utbildning.
- Fermann, T., & Naess, G. (2010). Vård och omsorg för äldre i ordinärt boende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylén Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten*. (s.196-217). Stockholm: Liber.
- Franklin, L. (2007). Samtal om värdighet. I G. Silfverberg (Red.), *Hemmets vårdetik – om vård av äldre i livets slutskede*. (s.135-146). Lund: Studentlitteratur.
- Gurner, U. (2001). Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75? – behov och konsumtion av slut- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser. Rapport 2001:6. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Hommel, A., Idvall, E., & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden*. (s.147-180). Lund: Studentlitteratur.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Jackson, G. (2011). Communicating about death and dying. *The International Journal of Clinical Practice*, 65(5), 517-517. doi:10.1111/j.1742-1241.2011.02689.x
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden*. (s.103-145). Lund: Studentlitteratur.
- Josefsson, K., & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård*. (s.15-36). Lund: Studentlitteratur.
- Katz, J.S., Sidell, M., & Komaromy, C. (2001). Dying in long-term care facilities: Support needs of other residents, relatives, and staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 18(5), 321-326. doi: 10.1177/104990910101800507
- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 831-838. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x
- Kehl, K. (2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23(4), 277-286. doi: 10.1177/1049909106290380
- Petersson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.289-302). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/om-ansvaret-for-service-och-var-d-till-aldre-och\\_GE0314](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/om-ansvaret-for-service-och-var-d-till-aldre-och_GE0314)
- Rahm Hallberg, I. (2004a). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(2), 87-103. doi:10.1007/BF03324537
- Rahm Hallberg, I. (2004b). Äldres syn på döden och döendet. I K. Blomqvist & A-K. Edberg (Red.). *Att vara äldre – "...man har ju sina krämpor..."*. (s.53-64). Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Schuster, M. (2006). *Profession och existens: en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Göteborg: Daidalos.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag (SoL). Stockholm, Socialdepartementet. Summer Mera-nius, M. (2010). *Era delar av min helhet: en studie om att vara äldre och multisjuk*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Växjö, ISBN: 978-91-86491-13-0).
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag (HSL). Stockholm, Socialdepartementet.
- Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. doi:10.3233/EFI-2004-22201
- Silfverberg, G., & Ternestedt, B-M. (2007). *Hemmet och vårdetiken*. I G. Silfverberg (Red.), *Hemmets vårdetik – om vård av äldre i livets slutskede*. (s.17-29). Lund: Studentlitteratur.
- SKOLF5: 2010:48 Skolverkets föreskrifter om kurser på vård- och omsorgsprogrammet. Skolverket, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer (artikelnr 2008-126-59)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *De mest sjuka äldre: Avgränsning av gruppen (artikelnr 2011-10-20)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldreomsorgens nationella värdegrund (artikelnr 2012-3-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning (artikelnummer 2013-6-4)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre (artikelnr 2014-9-35)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Sveriges officiella statistik. Statistik – Hälso- och sjukvård. Dödsorsaker 2013 (artikelnr 2015-2-42)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2016). Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2016 (artikelnr 2016-2-29). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:12 Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Ternstedt, B-M. (2007). Att få vara den man är i dödens närhet. I G. Silfverberg (Red.), *Hemmets vårdetik - om vård av äldre i livets slutskede.* (s.147-163). Lund: Studentlitteratur.
- Törnquist, A. (2004). Vad ska man kunna och hur man ska vara – en studie om enhetschefers och vårdbiträdens yrkeskompetens inom äldreomsorgens särskilda boenformer. (Doktorsavhandling, Lärarhögskolan, Stockholm, ISBN 91-7656-580-7).
- White, Z.M., & Gilstrap, C.M. (2016). Inside patients' homes: A metaphorical analysis of home hospice nurses' experiences working with dying patients. *Journal of Death and Dying*, 72(4), 302-315. doi: 10.1177/0030222815575282
- World Health Organization. (2011). Palliative care for older people: better practices. Hämtad från [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1)
- Österlind, J. (2009). När livsutrymmet krymper: vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede. (Doktorsavhandling, Örebro Universitet, Örebro, ISBN 978-91-7668-675-1).
- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternstedt, B.M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing and Society*, 31(4), 529-544. doi: 10.1017/S0144686X10000905

## **Intervjuguide**

- Kan du dra dig till minnes och berätta om en situation, som berört dig, när du vårdat en äldre döende person inom hemvården?
- Kan du dra dig till minnes och berätta om ett tillfälle när du tagit hand om en äldre person som dött inom hemvården?

## **Stödfrågor**

- Vad tänkte du då?
- Vad kände du i den situationen?
- Vad gjorde du?
- Hur upplevde du det?
- Kan du utveckla vad du menar?
- Kan du ge ytterligare ett exempel?
- Var det något som underlättade för dig i den situationen?

## **Bakgrundsvariabler**

- Ålder
- Kön
- Utbildning
- Hur många år har du arbetat i hemvården?

Exempel på meningsenheter, koder och kategorier.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
"Man kan ju inte göra mer än vad man gör"	Kan inte göra mer	Att känna sig otillräcklig
"...så kändes det ändå det var skönt för honom att han hade fått vandra vidare..."	Skönt för honom	Att känna lättnad
"Det blir jättesvårt när de försvinner...för det blir nästan som att det försvinner en medlem...i familjen."	Jättesvårt när de försvinner	Att känna sorg och saknad

# Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sju kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Hörby, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

