



ATT VARA I DEN ANDRES HEM

**En kvalitativ studie om vårdares upplevelser vid vård av
döende människor i hemmet**

Författare: Katarina Svanström

Handledare: Gullvi Flensner

Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Omvårdnad 41-60 poäng

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Maj 2004

Arbetets titel: Att vara i den andres hem. En kvalitativ studie om vårdarens upplevelser vid vård av döende människor i hemmet
Being in another person's home. A qualitative study of caregivers' experiences in end of life-care at home

Författare: Katarina Svanström

Handledare: Gullvi Flensner

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur,
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 20

Kurs: Omvårdnad 41-60 poäng

Datum: Maj 2004

ABSTRACT

People in end of life-care are amongst the most vulnerable patients. Today it is possible to receive care at home and caregivers are sometimes caring for the dying patient round the clock. The aim of this study was to describe some caregivers' experiences of caring for a person in end of life-care at home. A qualitative approach was chosen. Four caregivers were interviewed in a dialogical way out of the request: "Will you tell me about one situation when you were caring for a person in end of life-care at home?" The interviews were transcribed verbatim. They were analysed according to, what is called "concentration of meaning", where the inherent meaning is sorted out. The results are described in three themes: "Being in the home of the dying", "Knowing the dying", and "Being confident in caring". End of life-care means being a lonely caregiver in someone else's home and despite that, the caregivers in this study felt confidence. They felt confidence in having support from the rest of the group of caregivers, the home-service call-centre and district nurses. In order to be confident in caring it was important to know the dying person and their next-of-kin.

Key words: caregiver, caring, end of life-care, experience, home care

Nyckelord: hemvård, omvårdnad, upplevelse, vårdare, vård vid livets slut

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hemvård i livets slutskede	2
Att vårdas hemma i livets slutskede	3
Att vara vårdare i patientens hem i livets slutskede	4
PROBLEMOMRÅDE	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval och genomförande	5
Informanterna	6
Analys	6
RESULTAT	8
Att vara i den döendes hem	8
Sammanfattning av Att vara i den döendes hem	11
Att känna den döende	11
Sammanfattning av Att känna den döende	12
Att vara trygg i sitt vårdande	13
Sammanfattning av Att vara trygg i sitt vårdande	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGOR	

INLEDNING

I mitt arbete inom kommunal hemsjukvård möter jag människor som vårdas i livets slutskede. En del av dessa har vårdpersonal som sitter hos dem, s.k. övervak. Med övervak menas att vårdarens arbetsuppgift under arbetspasset är att vara hos den döende och att vårda den döende. Jag är som sjuksköterska endast ”kort” tid hemma i den döende vårdtagarens hem, jämfört med den som sitter övervak, som tillbringar hela sitt arbetspass i vårdtagarens hem. Hur är det att sitta övervak hos vårdtagaren i dennes hem?

BAKGRUND

Att döden är en del av det mänskliga livet är inte självklart i vår kultur. Människans liv fullbordas genom döden, antingen det är ett långt eller kort liv. Vårdarens inställning till döden kommer att påverka dennes möjligheter att hjälpa den döende till en värdig död (Saeteren, 2003).

Döden har sedan andra världskriget blivit alltmer tabubelagd, vilket fått till följd att det blivit vanligare att människor dör på vårdinstitution. Döendet har följaktligen blivit institutionaliserat och professionaliserat (Saeteren, 2003; Socialstyrelsen, 1998). Nuförtiden möter många människor inte döden hos närstående förrän i vuxen ålder. Avståndet till döden har också inneburit att det inte funnits tillräckligt med utrymme för den närståendes sorg på institutionen (Saeteren, 2003). Idag har fler och fler personer önskemål om att få dö i hemmet, och vården försöker ge möjlighet för patienter som vill vårdas den sista tiden i livet i hemmet. Det finns flera alternativ att välja mellan, såsom att få vård i hemmet med hjälp av hemsjukvård, vård på något äldreboende, sjukhus eller hospice. Ambitionen ska vara att följa den döendes önskan så långt som möjligt. Oavsett boende eller vårdform är grundtanken att vården ska tillhandahålla tillräcklig kompetens (Socialstyrelsen, 1998).

Vårdbehovet ökar ju närmare döden vi kommer, och vården av den döende människan är mångfacetterad och komplicerad. Ansvaret för omsorgen är ett tvärfackligt ansvar och involverar olika yrkesgrupper. Fortfarande dör många på sjukhus, cirka 85 % i Sverige (Beck-Friis, 1995; Saeteren, 2003) och cirka 75 % i Norge (Wegerland Sørbye, 1990).

Under 1996 gjordes en kartläggning i Sverige om var människor avled. Av dessa dog 20 % i sitt eget hem (Saeteren, 2003). Av de vårdtagare som var inskrivna i hemsjukvård visar studier att 40 % kunde vårdas i hemmet ända fram till dödsfallet (Beck-Friis, 1995). Utvecklingen inom svensk hemsjukvård pekar mot att allt fler kommer att kunna erbjudas vård i livets slutskede hemma (Beck-Friis, 1995; Saeteren, 2003).

Hemvård i livets slutskede

Hemsjukvårdens organisation ser olika ut i landet. Riksdagen har fastslagit att primärvården skall utgöra basen för all hälso- och sjukvård. Primärvårdens hemsjukvård i samverkan med kommunens hemtjänst har som målsättning att människor med varierande sjukvårds- och omvårdnadsbehov ska kunna bo kvar i det egna hemmet. Vården bör bygga på den palliativa vårdens hörnstenar: god symtomkontroll, fungerande teamarbete inklusive läkarinsats dygnet runt, kontinuitet i vården och en fungerande kommunikation och relation såväl till patient som till anhöriga och mellan patient, personal och anhöriga samt ett fungerande anhörigstöd (Beck-Friis, 1995).

Världshälsoorganisationen formulerade 1990 (i Socialdepartementet, 2001, s 54) en definition av innebörden i palliativ vård:

”Med palliativ vård i livets slutskede avses en aktiv helhetsvård av den sjuke och dennes närstående när sjukdomen inte längre är botbar.”

Med palliativ (lindrande) vård avses vården av patienter med obotlig symptomgivande sjukdom, oavsett diagnos. Cancerpatienterna utgör den största patientgruppen. Andra viktiga grupper är patienter med hjärtsjukdomar, lungsjukdomar och neurologiska sjukdomar. Målet är att lindra obehag, minska lidande och därmed skapa förutsättningar för livskvalitet. Inom den palliativa vården beaktas både fysiska, känslomässiga, sociala, existentiella och andliga aspekter och man strävar efter att stödja patienten inom alla dessa områden. Stödet riktar sig både till patienten och till dennes närstående. Närstående kan ibland uppleva större ångest än patienten själv (Socialstyrelsen, 1998).

Palliativ vård måste kunna erbjudas dygnet runt – annars bör inte vårdgivare åta sig vård i livets slutskede (Beck-Friis, 1995).

I prioriteringsutredningens rapport "Vårdens svåra val" (Socialdepartementet, 1995) jämförs den palliativa vården med akuta, botande insatser och anses därför höra hemma på samma prioriteringsnivå. Palliativ vård skall därför prioriteras högt av vårdgivarna.

Att vårdas hemma i livets slutskede

En fungerande vårdkedja är viktigt redan tidigt i det palliativa skeendet, både för patient, anhörig och för vårdpersonalen. I palliativ vård är det av särskild betydelse med en tidig kontakt för att vårdpersonalen ska kunna lära känna patienten i ett lugnt skede. Fyra faktorer medverkar till att göra patient och närstående trygga i hemsjukvården: frivillighet för patient och vårdare, tillgänglighet till vård dygnet runt, löfte om vårdplats vid behov och att man kan lita på personalens kompetens. Om patienter och deras närstående känner trygghet, resulterar det i att även svårt sjuka patienter kallar på vårdpersonalens hjälp förvånansvärt sällan. De vet att man kan få hjälp om det blir värre. Vetskapen om en garanterad vårdplats kan också medföra att de kan stanna hemma (Socialstyrelsen, 1998).

För samhället blir totalkostnaden för denna vårdform låg, framför allt tack vare de anhörigas insatser i hemmet. På sjukhus är personalkostnaden för tillsyn hög, vilken i hemmet till stor del sköts av de anhöriga. Bördan för de anhöriga är stor. Ofta är emellertid vårdtiden kort i livets slutskede, 1-2 månader, och de närstående har oftast frivilligt valt att bistå. Insatsen av hemsjukvård är viktig för patientens livskvalitet, men även för de anhöriga som konkret kan bearbeta krisen, ta avsked och påbörja sorgearbetet (Socialstyrelsen, 1998).

Wegerland Sørbye (1990) fann i en studie av 14 patienters hemvård i livets slutskede, att flertalet levde med en maka/ make. Några levde ensamma och några levde tillsammans med ett av sina barn. Hur mycket hjälp och vilken hjälp patienterna behövde varierade allt ifrån stödjande samtal till hjälp dygnet runt. Familjen stod för större delen av vården hemma, men det var viktigt att de kunde kalla på kvalificerad hjälp närhelst de önskade.

I en annan studie av patienter med obotlig malign sjukdom (n=434) fann Jordhøy et al. (2000) att ålder och familjeförhållanden (att leva med en maka/ make) var avgörande för om patienterna fick möjlighet att dö hemma eller inte. De patienter som

dog hemma var de yngsta och de flesta var män som levde tillsammans med sin maka. Detta återspeglas i att de flesta som dog på sjukhem var äldre och kvinnor som ej sammanlevde med en make.

Att vara vårdare i patientens hem i livets slutskede

Att vara vårdare innebär att vara offentligt anställd samtidigt som arbetsplatsen är belägen i vårdtagarens privata "rum". Vårdaren befinner sig i en gråzon, det vill säga någonstans mellan arbetet och det privata. Detta innebär en balansgång för vårdaren, mellan de olika normsystem som finns i arbetsliv och privatliv. Hemmet är inte enbart ett hem längre, det blir dessutom en arbetsplats. Det dagliga arbetet skall anpassas efter hemmets förutsättningar. Fackkunskaperna skall alltså anpassas efter rummet och utrustningen, samt utifrån vårdtagarens dygnsrytm, aktivitetsnivå och behov. Vårdaren kan i vissa lägen tillbringa hela sitt arbetspass i vårdtagarens hem och får då anpassa hela sitt handlande till vårdtagarens hem. Det gäller att anpassa den yrkesmässiga ambitionsnivån efter hemmets normer och kultur (Hegerström, 2003).

Trots denna komplexitet i arbetet är den personal som utför den grundläggande vården och har stor del av kontakten med de anhöriga de som har den kortaste utbildningen (Socialstyrelsen, 2004). Relationen till den döende vårdtagaren och dennes familj blir central då personalen kommer in i hemmet mer och mer allt eftersom vårdbehovet ökar. Till slut kan det bli så att det finns personal i hemmet dygnet runt. Den vårdande relationen blir mer att "vara" än att "göra" och att visa respekt för patientens och familjens lidande och välbefinnande (Dahlberg et al., 2003). I vårdandet bör vårdaren förutom att koncentrera sig på vårdhandlingens utförande och mål, även koncentrera sig på vårdtagarens subjektiva uppfattning av hur handlingen utförs (Malmsten, 2001).

PROBLEMMOMRÅDE

Att arbeta i någons hem är komplext. Att arbeta hemma hos en döende människa ställer stora krav på vårdaren att anpassa sig till den komplexitet som detta innebär. Att sitta övervak i en döende människas hem innebär också ett ensamarbete, förutom vid vissa moment i vården av den döende, då kanske någon kollega hjälper till. Under större

delen av arbetstiden är vårdaren emellertid ensam utan tillgång till någon kollega att rådfråga. Ibland kanske det finns närstående som är närvarande, men som yrkesperson är undersköterskan eller vårdbiträdet ensam. Detta ställer stora krav på den vårdpersonal som sitter övervak hos döende vårdtagare i hemmet och följande fråga väcks: Vad innebär det att sitta övervak hos en döende människa i dennes hem?

SYFTE

Syftet med detta arbete är att beskriva hur några vårdare upplever att sitta övervak hos en döende människa i dennes hem.

METOD

För att undersöka hur vårdare upplevde att sitta övervak hos döende människor valdes kvalitativ metod. Kvalitativ intervju valdes som datainsamlingsmetod. Den kvalitativa intervjuens syfte beskrivs av Kvale (1977, s 13) som: *"en intervju vars syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening"*. Det inspelade materialet transkriberades ordagrant.

Urval och genomförande

Informanterna till studien var omvårdnadspersonal med erfarenhet av att sitta övervak hemma hos döende vårdtagare. För att få tillgång till informanter tog författaren kontakt med en medelstor kommun i västra Sverige. Ett informationsbrev (Bilaga 1) med förfrågan om att få göra nämnda undersökning skickades till förvaltningschefen för den verksamhet som innefattade hemvård. Efter att bifall för att genomföra undersökningen erhållits, kontaktades en områdeschef, först per brev (Bilaga 2) och sedan via telefon, inom kommunal hemvård. Områdeschefen informerades om syftet med studien och bads om hjälp att välja ut och bjuda in informanter till studien. Områdeschefen lämnade informationsbrev (Bilaga 3) till de utvalda informanterna. Urvalskriteriet var att informanterna skulle ha suttit övervak hos mer än en döende vårdtagare. Områdeschefen tog kontakt med mig efter att ha fått positivt svar om deltagande i studien av inbjudna informanter. Därefter tog författaren personlig kontakt med informanterna och tid och

plats för intervjuerna bestämdes. Alla inbjudna accepterade att delta i studien. Sammanlagt intervjuades fyra personer.

Alla intervjuer genomfördes i en lokal som inte hade någon anknytning till informanternas egen arbetsplats. Informanterna informerades om att uppgifterna skulle behandlas konfidentiellt, inga uttalanden skulle kunna spåras till dem som person. De informerades även om att de när som helst under intervjun kunde avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl. För att skapa ett bra intervjuklimat inleddes intervjuerna med samtal om allmänna områden såsom informanternas ålder, bakgrund och vårderfarenhet. Under intervjun användes en intervjuguide (Bilaga 4) som listade aktuella områden och teman av vårdandet i den döendes hem. Den användes för att samma information skulle efterfrågas i de olika intervjuerna (Dahlberg, 1997). Den enda fråga som var förformulerad, var ingångsfrågan: ”Kan du berätta om ett tillfälle när du suttit övervak hos en döende vårdtagare?” Därefter ställdes olika frågor beroende på hur intervjuerna utvecklades. Intervjuerna varade mellan 40-90 minuter. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades sedan ordagrant.

Informanterna

Alla informanter var kvinnor i åldrarna 26-53 år. De hade utbildning motsvarande vårdlinjen eller omvårdnadsprogrammet och var anställda som undersköterskor. Yrkeserfarenheten inom vården varierade mellan 6-35 år. Tre av dem hade tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvård inom landstinget och en hade också erfarenhet av att arbeta hos en privat vårdgivare. Förutom den gymnasiala grundutbildningen hade en psykiatrisk utbildning på gymnasienivå, en hade omvårdnadsutbildning på en termin på gymnasial nivå. Två ingick i ett team som hade bildats för att stödja hemvårdsområdena i vården av döende vårdtagare. De två hade också genomgått en kortare internutbildning om vård av döende i samband med att de gått med i teamet. I denna utbildning ingick hospitering på en hospiceavdelning. Två av informanterna hade också erfarenhet av nära anhörigs död.

Analys

Efter att alla intervjuer transkriberats inleddes analysen. I analysen har författaren följt stegen i meningskoncentrering som beskrivs av Kvale (1997).

Analysen började med att intervjuerna genomlästes för att få en känsla av helheten. Därefter delades texten in i naturliga meningsenheter. I det tredje steget av analysen formulerades centrala teman för varje naturlig meningsenhet. Därefter ställdes frågor till meningsenheterna som: Hur är det att vara ensam vårdare i en döende människas hem? Hur är det att vårda en döende människa i dennes hem? Och sedan, Vad är innebörden av detta? Utifrån detta gjordes grundläggande beskrivningar av hur de enskilda vårdarna upplevde att sitta övervak hos en döende människa i dennes hem (Kvale, 1997). Utifrån de enskilda beskrivningarna lyftes teman ut för den enskilda intervjun. Temata från de enskilda intervjuerna fördes sedan samman och bildade tre huvudteman: ”Att vara i den döendes hem”, ”Att känna den döende” och ”Att vara trygg i sitt vårdande”. Dessa huvudteman beskrevs därefter och för att belysa innehållet i temat har olika intervjuцитат valts. I analysen har författaren gått från helhet till delar och därefter till en ny helhet (Dahlberg, 1997).

Exempel ur analysen:

Naturlig meningsenhet	Jag kom dit på kvällen och då fanns även sonen där. Och vi presenterade oss och jag gick in och hälsade på mannen då. Och det gick jättebra allting och vi fick en bra kontakt jag och frun under natten också då. Så det kändes bra.
Centralt tema för den naturliga meningsenheten	När vårdaren kom var en son där, vi presenterade oss för varandra och jag upplevde att jag fick bra kontakt både med den sjuke maken och hans fru.
Grundläggande beskrivning av temat	Vårdaren ser de närstående som viktiga samarbetspartner/vårdare. Det första mötet är viktigt och en viktig del är stödet till anhöriga.
Tema i intervjun	Lära känna den döende och de anhöriga

Slutgiltig text under temat ”Att känna den döende” i resultatet: Att känna den döende innefattade också att känna familjen. För att lära känna vårdtagaren samtalande vårdarna med de närstående. Det var viktigt att relationen till de närstående blev så bra som möjligt, så att de närstående fick förtroende för vårdarna och berättade om den döende.

Det skapade också tillfälle att lära känna de närstående och få kunskaper om deras önskemål och deras omsorg om den döende.

RESULTAT

Informanterna hade olika bakgrund och hade arbetat mer eller mindre med att sitta övervak hemma hos döende vårdtagare. Alla hade gymnasial vårdutbildning motsvarande vårdlinjen eller omvårdnadsprogrammet. Två av dem ingick i det team som skapats inom hemvården för att stödja hemvårdsgruppernas arbete med döende vårdtagare. De hade sökt sig dit av fri vilja, och sedan de började i teamet hade de haft möjlighet att gå en kortare utbildning om att vårda döende människor, samt även haft möjlighet att gå bredvid på en hospiceavdelning.

Vårdarnas upplevelser av att sitta övervak i vårdtagarens hem redovisas i följande tre huvudteman: ”Att vara i den döendes hem”, ”Att känna den döende” och ”Att vara trygg i sitt vårdande”.

Att vara i den döendes hem

Att vara i den döendes hem innebär att vårdaren är ensam, samtidigt som vårdaren är med en annan människa. Ensamheten kännetecknas av att vårdaren är i en för henne mer eller mindre okänd miljö där vårdaren inte känner sig riktigt hemma. Det kan upplevas problematiskt att gå på toaletten och att använda köket för att tillreda och äta sin mat.

V: Det kände jag att... använda micron eller sätta på spisen... Nej, det hade jag nog inte kunnat göra.

I: Kändes det inte rätt, eller?

V: Nej, det kändes. Nej, jag vet inte. Jag vet inte varför. Det är ju inte fel egentligen. Men man kanske det att då kanske anhöriga kommer och då sitter... ”men äter, sitter hon och äter här”! Så kanske man hade känt. Jag vet inte. Men, jag... Men vi blev ju avbytta då. Enda gången man behövde äta kanske där, var ju på natten. För att hålla sig vaken i stort sett. Och så på kvällen då, tog man ju lite.

Vårdaren är ensam vårdare i hemmet under den mesta tiden. Det är enbart vid personalbyten, avlösningar och när personal spontant kommer in som det finns fler vårdare i hemmet samtidigt. Det är oftast nattetid som vårdpersonal kommer på spontana besök. Distriktssjuksköterskorna kommer både på spontana och planerade besök under hela dygnet. Vårdaren har alltid möjlighet att kalla på hjälp via en larmmottagning.

V: Det är jätteskönt när nattpatrullen kommer in alltså. Och nattsköterskorna kommer in. Det är guld värt. Det får man verkligen framhålla att de gör det så jättebra. I alla fall som jag har suttit nu, så kommer de in två gånger per natt. Och så kommer ju nattsköterskan också vid tillfällen i och med att det är så mycket smärtlindring med. Och då känner man ju det att man kan gå ut, och gå ifrån en stund och de sitter.... Och de säger till liksom, till att till nästa gång vi kommer, är det något du vill vi ska handla med oss? När de åker och handlar något till sig själva och... Man har jättebra kontakt och det är jätteskönt alltså, när de kommer. Så har man ju det, de säger att nu kommer vi vid det och det klockslaget, då vet man det. Man kan ju alltid ringa och larma på dem om man behöver med då.

Vårdarna kan också känna sig mindre ensamma när de sitter hemma hos någon mot att sitta hos en döende patient på sjukhuset eller i äldreboendet. Då kan de känna att vårdpersonalen glömmer av dem och de kan känna sig övergivna trots att det finns så många omkring dem.

V: Det var faktiskt så. Jag vet inte hur det är idag. Men det hände alltså att man satt, de kunde komma och hämta en när det var fika, fast man fick alltid fika sist och man fick fika själv ofta. Då hade alla andra fikat färdigt. Då satt man där och så kastade man i sig sin macka för man tänker att jag måste skynda mig in igen och avlösa. Man gick inte ut och fick någon luft. Och sedan satt man där till lunch, då de kom och avlöste igen. De kunde titta in någon gång sådär, och så var det ju liksom att är det något så får du säga till oss. Man satt snällt därinne. Jag kan nog säga att jag var nog mer ensam då än vad jag är i hemmet.

Att vara i den döendes hem innebär också att vårdaren måste anpassa sig till hur det är i det enskilda hemmet. Den döende vårdtagaren kan bo ensam och ha anhöriga hos sig mycket sällan eller inte alls. Det kan också vara det motsatta att den döende vårdtagaren bor ihop med maka/make och eller har anhöriga hos sig under stor del av dygnet. Det kan vara så att familjen kan ha svårt att ta beslutet att släppa in vårdare i hemmet. Detta ställer stora krav på vårdarens förmåga att anpassa sig till den enskilda situationen och kan bidra till att vårdaren känner sig osäker.

V: Ja och framför allt visste vi i det här fallet, att de ville inte ha med hemvården och göra.

I: Det hade de sagt innan, eller?

V: Mm. Så här kände man ju, att vartenda ord fick man... ja inte att man kände den attityden. Men man kände det innan man gick dit. Att här gäller det att jag är på min vakt. Inte spänd, men man var spänd ändå va. Vad är det för människor? Bara hur känner de det när de öppnar dörren och ska släppa in mig? Vad, vad, hur blir kontakten?

Att vara i någon annans hem innebär också att vårdaren möter förhållandet mellan den sjuke och dennes nära anhöriga på ett mycket närgånget sätt. I vissa fall kan det vara svårt att hålla tillbaka sina känslor och värdera hur anhöriga är mot den sjuke. Det kan också vara svårt om vårdaren kommer den sjuke och hans/hennes familj mycket nära att behålla ett professionellt förhållningssätt.

V: Ja, jag vet en gång så tänkte jag liksom, det var en helg och hon var jättedålig liksom. Vi visste inte alls från dag till dag hur länge... och man visste liksom att vederbörande i familjen var ute på rena nöjen. Så man kände liksom att måste man det just den här helgen. Utan att höra av sig. Och man hade fått höra genom ett barnbarn att pappa kommer nog att komma in, men det kom ingen pappa liksom då och hälsa på sin mamma. Då blir det liksom att; Neej, kunde du inte offra dig för att finnas där? Men jag har ju ingen, jag vet ju inte alls vad de har haft för relation förut. Det får man ju också lära sig att tänka tillbaka till. För det är ju många gånger man är snabb att döma någon att, varför ställde inte barnen upp, varför finns inte barnen här? Och man vet ju

ingenting egentligen hur deras liv har varit tidigare. Och det spelar ju in väldigt mycket. De kanske inte alls har haft någon bra kontakt när de har varit friska. Då kan man ju inte komma sedan och kräva att de ska finnas... Men man är väldigt snabb att döma ibland.

Sammanfattning av Att vara i den döendes hem

Även om arbetet att sitta övervak i en vårdtagares hem till stora delar är ett ensamarbete innebär stöd av hemvårdsgrupper, larmmottagning och distriktssköterska att vårdaren inte upplever ensamhet. Stödet kan ske spontant eller genom att vårdaren kallar på hjälp. I den döendes hem anpassar sig vårdaren efter de rådande omständigheterna, om det finns närstående i hemmet eller inte. Vårdaren kommer mycket nära vårdtagaren och dennes närstående, vilket kan innebära svårigheter att förhålla sig professionellt.

Att känna den döende

Att känna den döende är mycket viktigt för vårdarna. Det ger vägledning i vårdandet. Omständigheterna för den döende kan vara så att han/hon inte kan förmedla sig till vårdarna. Det kan också vara så att de som känner vårdtagaren bäst, av olika orsaker inte sitter övervak.

V: Vårdtagaren hade haft en personal som gått hos honom i massor med år. Vårdtagaren hade liksom inga barn eller någonting, så man kände att här kommer ju vårdaren säkert att stanna nu och ta hand om vårdtagaren. För vårdaren hade lagt ner jättemycket tid hos vårdtagaren då. Men när den dagen kom, så orkade inte vårdaren. Vårdaren tyckte det blev för jobbigt.

Att känna den döende innefattar också att känna familjen. För att lära känna vårdtagaren samtalar vårdarna med anhöriga. Därför är det viktigt att relationen till anhöriga blir så bra som möjligt, så att anhöriga får förtroende för vårdarna och berättar om den döende. Det ger också tillfälle att lära känna anhöriga och få kunskaper om deras önskemål och deras omsorg om den döende.

V: ... det här måste bli bra från början. Det kändes som jätteviktigt. Att liksom hälsa och presentera mig och känna av lite grann situationen då. Och så försöker man ta reda på så mycket som möjligt runtom, då. Hur det har varit innan, om dem har klarat sig själva.

Vårdarna frågar också vårdpersonal och läser i dokumentationen för att få en bild av den döende.

V: Man kommer in och så byter man av den personen som har suttit innan. Och så berättar hon vad som har hänt. Vad det finns för bakgrund. Hur många dagar som har gått, om patienten har ätit eller druckit eller kissat eller bara sovit eller så.

Om det inte finns anhöriga att fråga eller om vårdpersonalen inte känner den döende sedan tidigare och det inte finns dokumentation om den döende, är det svårare att lära känna den döende. Det kan också vara så att den som kommer in för att sitta övervak inte har tid att fråga anhöriga och/eller vårdpersonal, eller att det inte finns tillräcklig dokumentation. Vårdaren gör också observationer i hemmet och försöker på så sätt skapa sig en bild av vem vårdtagaren var innan han/hon blev döende.

V: Vilken lägenhet, helt underbar lägenhet. Alltså, en liten tant som har sparat på allting.//När man kommer in första gången, tänker man ju Hjälp, vilken liten människa. Men... hon var nog ordningsam. Det fanns nog en viss ordning i det hela. Men man tänker inget speciellt. Man tänker inget elakt om en så'n människa. Det var en god människa, i alla fall. Men mycket prylar. Och så, man är glad att man slapp städa hos henne.

Sammanfattning av Att känna den döende

Vårdaren försöker skaffa sig en bild av vem den döende är. Detta kan göras genom att samtala med närstående, läsa dokumentation och göra observationer i hemmet. Genom att känna den döende får vårdaren vägledning i sitt vårdande. Det är viktigt att vårdaren kan förhålla sig professionellt genom hela vårdförloppet.

Att vara trygg i sitt vårdande

Att vara trygg i sitt vårdande är den viktigaste förutsättningen för vårdaren att kunna ge god vård. För att kunna vara trygg i sitt vårdande underlättar det att vårdaren är trygg i den döendes hem och känner den döende. Vårdaren kan sitta helt ensam. Det kan också vara så att vårdaren sitter i hemmet där även andra bor. Vanligen är det maka/make som bor tillsammans med den döende. Det kan också bo andra anhöriga eller närstående i hemmet, eller att det finns anhöriga i lägenheten. Om de närstående inte bearbetat sina känslor inför att deras närstående skall dö och är otrygga, kan det bidra till att vårdaren har svårt att hantera sina egna känslor inför döden.

V: Det känns väl ändå alltid lite kymigt när inte kanske de anhöriga inte riktigt... Ja man ringer och berättar att de är döda och de tänker att, går det bra om vi kommer i övermorgon? Eller, de reagerar inte. De tycker inte att det är så viktigt. Det har hänt någon gång.

Det är också viktigt att den döende inte visar tecken på lidande för det kan ge känslor av otrygghet hos vårdaren.

V: Men mindre bra, det är ju om man märker att de har ont. Att de inte sover, att de inte är lugna.

För att vara trygg i sitt vårdande kan vårdaren inte vara rädd för döden. Detta är komplext då det innebär att kunna härbärgera sina egna känslor inför döden. En vårdare menar att det är lättare att klara det, i och med att det ofta är gamla människor som de sitter övervak hos.

V: Jag tror det har också med att göra att det är äldre människor jag har suttit hos, att det är mer naturligt. Skulle det vara någon i min egen ålder, eller att det finns barn som bor hemma eller något och det är mycket mer ledsamt liksom runtom... Då skulle det nog kännas mycket, mycket jobbigare, tror jag.

Det känns otryggt för vårdaren om han/hon inte har kunskaper om hur anhörigas önskemål i samband med dödsfallet är, eller att inte veta vilka de anhöriga är. För att motverka otryggheten försöker vårdarna att kommunicera med anhöriga när de besöker den döende.

V: Ja. När det var sådär liksom att man visste inte, vill bli uppringd vill inte bli uppringd. Och så finns det en dotter då. Hur vill hon liksom då? När det inget finns nedskrivet. Det var heller inte... vi visste inte liksom hur de ville att det skulle vara när det väl var slut. Hur hon skulle vara klädd eller någonting. Det var liksom... Man kom ingenstans. Utan då får man ju försöka återkomma flera gånger då. Och ställa frågor vid lämpliga tillfällen då. Så till slut kom det ju fram hur det skulle vara där också då.

Att kunna prata om arbetet hos den döende i personalgruppen hjälper till att skapa en känsla av trygghet hos vårdaren.

V: Nej, det har det inte gjort i de fallen vi haft nu. Men det vet jag att det hade de ju då i ett annat område när de hade det här som drog ut så på tiden och det var en yngre. Då fick de ju prata av sig oftare. Det är ju det man känner att då är det säkert jätteviktigt. För att liksom orka med själv och så...

Sammanfattning av Att vara trygg i sitt vårdande

Om vårdaren känner sig trygg i sitt vårdande kan de möta anhörigas reaktioner och har möjlighet att härbärgera egna känslor. Smärtfrihet och frånvaro av oro hos vårdtagaren gör att vårdaren känner sig trygg. Möjligheten att dela sina upplevelser med andra vårdare och att ha kunskap om närståendes önskemål är andra faktorer som gör vårdaren trygg i sitt vårdande.

DISKUSSION

I studien har kvalitativa intervjuer och kvalitativ analys använts för att besvara studiens syfte och frågor. Vårdarna har delgett sina individuella berättelser som i uppsatsen abstraherats och presenteras under tre teman: ”Att vara i den döendes hem”, ”Att känna den döende” och ”Att vara trygg i sitt vårdande”. Det viktigaste för vårdarna är att

känna sig trygga. De skapar trygghet genom att försöka lära känna den döende och dennes närstående. Att annan hemvårdspersonal och distriktssköterskorna kommer till vårdaren bidrar till att de känner sig trygga. Konstigt nog kan de uppge de att de kan känna sig mindre ensamma när de sitter övervak i någons hem jämfört med när de sitter övervak hos en döende patient på sjukhus eller äldreboende.

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats används när mänskliga upplevelser studeras. En upplevelse är individuell och därför svår att mäta. I intervjuerna ställs öppna frågor som följs upp med frågor utifrån de svar som informanterna ger. Intervjuguiden gav stöd för att beröra alla områden. Att sitta ensam hos en döende är en individuell upplevelse hos vårdaren som ingen annan på förhand känner till och öppna intervjufrågor är då viktiga för att komma åt den individuella upplevelsen. Om förformulerade frågor använts kunde viktiga svar ha uteblivit och den individuella berättelsen missats. Den strukturerade intervjun kan enbart nå begränsade delar av den individuella upplevelsen. Om fokusgruppsintervju använts kunde säkert fler olika aspekter på att sitta övervak i en döendes hem framkommit. Den individuella upplevelsen hade då kommit i skymundan för de kollektiva uppfattningarna. Data kunde också ha samlats in genom skriftliga berättelser, men det hade inte gått att följa upp det skrivna materialet med nya frågor. Det kunde ha ingått fler informanter i studien, vilket kunde ha berikat data. Om kvantitativ metod i form av en enkätundersökning använts hade jag behövt veta hur det är att sitta övervak i en döende människas hem. I och med att så inte är fallet hade det inte gått att genomföra en kvantitativ undersökning som givit tillförlitliga svar. Däremot kunde det säkert gått att få fram olika aspekter av att sitta övervak hos en döende. Det hade dock inte blivit ett lika brett resultat som med föreliggande metod.

Analysmetoden (Kvale, 1997) hjälpte att strukturera data. De första stegen i analysmetoden var tidskrävande. Detta grundliga sätt att arbeta underlättade emellertid de efterföljande faserna i analysen. Innehållet i materialet blev bekant och innebörden gick att få fram, detta har inneburit att gå från en helhet till delar och till en ny helhet (Dahlberg, 1997).

Resultatet kan inte generaliseras eftersom materialet är litet och informanterna har hämtats ur en och samma hemvårdsgrupp i en medelstor kommun i västra Sverige.

Informanterna bestod endast av kvinnor. Frågan är om data sett annorlunda ut om någon man deltagit. Å andra sidan kan konstateras att gruppen förmodligen är ganska representativ för hemvården, eftersom det är flest kvinnor som arbetar där. Om fler intervjuer gjorts och om vårdare från fler områden intervjuats kunde resultatet kanske ha sett annorlunda ut. Resultatet kan dock ge en bild av hur det är att vara vårdare som sitter övervak i en döendes hem.

Det grundliga tillvägagångssättet i analysmetoden, beskrivningen av analysens samtliga faser och citaten som belyser resultatet väl, ger studien trovärdighet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att vårdare som sitter övervak i döende människors hem kan vara trygga. Detta trots att de är ”ensamma” större delen av sitt arbetspass. Det vill säga, de har ingen annan personal med sig på ”sin” arbetsplats. De är inte ”fysiskt” ensamma, det finns alltid en vårdtagare och ibland även någon närstående där. För att vara trygg bör vårdaren känna den döende och dennes närstående. För att lära känna den döende försöker vårdaren skapa sig en bild av denne genom att prata med kollegor, läsa dokumentation, prata med den döende, de närstående och observera den döende och hemmet. För att kunna vara trygg är det viktigt för vårdaren att känna de närstående och ha en god relation till dem. Vårdarna kan sägas vara socialt och personligt kompetenta, vilket Malmsten (2001) beskriver vara komponenter i etisk och moralisk kompetens. Vårdarna uppvisar flera av de dygder som Silfverberg (1999) beskriver: Klokhet, de har omdömesförmåga och kunskap i handling, Dialogisk förmåga visar de framförallt med att vara lyhörda och respektfulla mot den döende och de närstående. De är uppmärksamma och varseblir den döende och de närståendes behov och de har mod att stanna kvar i den döendes hem och vara handlingsberedda. När vårdarna sitter övervak och inte har andra arbetsuppgifter som pressar dem har de möjlighet att visa respekt för den döendes och de närståendes lidande, välbefinnande och deras tid på ett sätt som oftast inte är möjligt annars inom vården (Dahlberg et al., 2003).

En annan viktig aspekt för vårdarnas trygghet är att den döende är lugn och inte visar tecken på lidande och/eller smärta. Att vårdtagaren är smärtfri ligger helt i linje med den palliativa smärtbehandlingens målsättning (Bertler, 1995). Vårdarna upplever att de har ett gott stöd från hemvårdsgruppen, larmmottagningen och distriktssköter-

skan. De känner att de alltid kan kalla på hjälp och att även personalen kommer spontant till dem.

Vårdarna uttryckte även att de kände sig mindre ensamma i hemmet, jämfört med när de suttit övervak på sjukhus eller äldreboende. Detta kan tyckas underligt, men kan kanske förklaras av att på en institution finns det hela tiden vårdare och annat arbete som pågår. Avdelningspersonalen kanske inte tänker på att stödja den som sitter övervak. De kanske ser det som att den döende har någon hos sig hela tiden och att de därför inte behöver stödja henne/honom. De kanske också ser det som om vårdaren enbart har ”en” patient/vårdtagare att vårda och därför inte behöver något speciellt stöd. Det kan också bero på att den som sitter övervak kan vara en vårdare som inte brukar arbeta på avdelningen, vilket innebär att avdelningspersonalen inte känner vårdaren.

Vårdarna i denna studie upplevde också att döden känns naturlig i och med att de hittills enbart suttit övervak hos äldre människor i hemmet. De var inte rädda för döden, men menade att det kunde vara annorlunda om det är yngre döende människor de sitter övervak hos. Andra aspekter på att vårdarna känner sig trygga i den döendes hem, var att de upplevde sig ha kontroll över arbetet, att deras arbetsuppgifter är tydliga och att de inte har andra arbetsuppgifter som pressade dem (Arts et al., 2001).

De som sitter övervak har möjlighet att ge hjälp till närstående. I en studie om avancerad hemsjukvård för cancer patienter som befann sig i livets slut, beskriver närstående att de förväntade sig lite hjälp i hemmet från personalen (Wennman-Larsen & Tishelman, 2002). De närstående menade att deras förväntningar på och kontakterna med det palliativa hemvårdsteamet fokuserade på specifika uppgifter som berörde den döendes vård. Deras begränsade förväntningar hade sin grund i deras erfarenheter av kontakter med hälso- och sjukvården. De närstående i studien uttryckte att de behövde tid för sig själva och även någon att prata med, men de förväntade sig inte detta av det palliativa hemvårdsteamet eller från vården i övrigt. Det palliativa hemvårdsteamet levde inte upp till de förväntningar närstående hade på dem eller den palliativa vårdideologin med bästa möjliga livskvalitet för patienten och familjen (Wennman-Larsen & Tishelman, 2002). Här tror jag att vårdaren från kommunen som sitter övervak och arbetar hela sitt arbetspass i den döendes hem, har en god möjlighet att avlasta och lyssna på närstående.

SLUTSATS

Trots att vårdare i hemvård som sitter övervak hos döende människor har den kortaste utbildningen av dem som arbetar inom hälso- och sjukvård och social omsorg, verkar de klara av arbetet på ett mycket bra sätt. För att vårdarna ska känna trygghet bör vårdtagaren vara lugn och smärtfri och det bör finnas god dokumentation. Det är viktigt att arbetet organiseras så att vårdarna får möjlighet till pauser. Vårdarna bör få handledning som ger dem möjlighet att reflektera sina upplevelser med arbetskamraterna för att orka fortsätta med sitt ”goda” arbete. De är en viktig yrkesgrupp som bör prioriteras fortbildningsmässigt och lönemässigt så att de stannar kvar inom yrket. De verkar ha en god möjlighet att ge den form av vård som inte den landstingsdrivna hälso- och sjukvården ger den döende och de närstående i hemmet, det vill säga att ”vara” med den döende och de närstående.

REFERENSER

- Arts, S. E. J., Kerkstra, A., van der Zee, J., & Abu-Sad, H. H. (2001). Quality of working life and workload in home help services. A review of the literature and a proposal for a research model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 12-24.
- Beck-Friis, B. (1995). Hemsjukvård – också i livets slutskede. I: Beck-Friis, B., & Strang, P. *Palliativ medicin*. Kapitel 15. Stockholm: Liber.
- Bertler, Å. (1995). Läkemedelsbehandling vid smärta. I: Beck-Friis, B., & Strang, P. *Palliativ medicin*. Kapitel 17. Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Hegerström, T. (2003). Att arbeta i andras hem. I: Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. *Onkologisk omvårdnad, Patient-problem-åtgärd*. Kapitel 21. Stockholm: Liber.
- Jordhøy, M. S., Fayers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2000). A palliative-care intervention. *The Lancet*, 356, 888-893.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad ... i någon annans händer ...* Lund: Studentlitteratur.
- Saeteren, B. (2003). Omvårdnad vid livets slut. I: Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. *Onkologisk omvårdnad, Patient-problem-åtgärd*. Kapitel 15. Stockholm: Liber.

Silfverberg, G. (1999). *Praktisk klokhet, om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Stockholm: Symposion.

Socialdepartementet (1995). *Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen* SOU Rapport 1995:4. Stockholm, Fritze.

Socialdepartementet (2001). *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*. SOU Rapport 2001:6. <http://social.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>, 2004-05-08.

Socialstyrelsen (1998). *Sjukvården i Sverige 1998, en rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården*. Stockholm. <http://www.sos.se/fulltext/9800-99/9800-99d.htm#3.15>, 2002-09-09.

Socialstyrelsen (2004). *God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. <http://www.sos.se/fulltext/123/2004-123-9/2004-123-9.pdf?valURL=http://www.sos.se/fulltext/123/2004-123-9/2004-123-9.pdf>, 2004-05-08.

Wegerland Sørbye, L. (1990). Homecare at the end of life, A study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 4, 3, 107-113.

Wennman-Larsen, A., & Tishelman, C. (2002). Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 240-247.

Till XX
Chef för Xförvaltningen
X Kommun

Bästa XX!
Jag heter Katarina Svanström, är sjuksköterska och arbetar som kvälls- och nattsjuksköterska i distriktsvården i X kommun.

Jag studerar Omvårdnad på fördjupningsnivå I, vid Institutionen för omvårdnad, Högskolan Trollhättan Uddevalla. I kursen ingår det att göra en C-uppsats. Min handledare är Gullvi Flensner.

I mitt arbete möter jag då och då människor som vårdas i livets slut i sitt hem. Ibland har dessa vårdtagare omvårdnadspersonal som sitter övervak hos sig. Detta innebär att de sitter ensamma hos den sjuke. Jag har blivit intresserad av hur det är för omvårdnadspersonalen att sitta ensam hos den svårt sjuke. Det är ett arbete som kräver mycket av den enskilde arbetstagaren. Mitt syfte är att undersöka hur omvårdnadspersonal upplever att sitta övervak hemma hos en vårdtagare vid vård i livets slutskede. För att få fram dessa uppgifter vill jag intervjua en grupp omvårdnadspersonal som har erfarenhet av att sitta övervak. För att nå de som har denna erfarenhet kommer jag att be en eller flera områdeschefer om hjälp att tillfråga tänkbara informanter (4) om de vill delge sina erfarenheter av att sitta övervak. Att delta i undersökningen blir naturligtvis frivilligt.

Min förhoppning är att undersökningen kan bli ett underlag som kan användas till förbättringar av arbetsledningen och handledningen för den personal som sitter övervak. Detta kan i en förlängning även leda till en förbättrad situation för de vårdtagare i livets slutskede som är i behov av övervak.

Jag ber därför om Ditt tillstånd att genomföra undersökningen.
Vänliga hälsningar?

Katarina Svanström

Avs: Katarina Svanström
Adress XXXX
XXXXX XStad
Telefon XXXXXX
Telefon arb. XXXXXX

Till XX
Områdeschef för område X
X Kommun

Bästa XX!
Jag heter Katarina Svanström, är sjuksköterska och arbetar som kvälls- och nattsjuksköterska i distriktsvården i X kommun.

Jag studerar Omvårdnad på fördjupningsnivå I, vid Institutionen för omvårdnad, Högskolan Trollhättan Uddevalla. I kursen ingår det att göra en C-uppsats. Min handledare är Gullvi Flensner.

I mitt arbete möter jag då och då människor som vårdas i livets slut i sitt hem. Ibland har dessa vårdtagare omvårdnadspersonal som sitter övervak hos sig. Detta innebär att de sitter ensamma hos den sjuke. Jag har blivit intresserad av hur det är för omvårdnadspersonalen att sitta ensam hos den svårt sjuke. Det är ett arbete som kräver mycket av den enskilde arbetstagaren. Mitt syfte är att undersöka hur omvårdnadspersonal upplever att sitta övervak hemma hos en vårdtagare vid vård i livets slutskede. För att få fram dessa uppgifter vill jag intervjua omvårdnadspersonal som har erfarenhet av att sitta övervak.

Min förhoppning är att undersökningen kan bli ett underlag som kan användas till förbättringar av arbetsledningen och handledningen för den personal som sitter övervak. Detta kan i en förlängning även leda till en förbättrad situation för de vårdtagare i livets slutskede som är i behov av övervak.

För att nå de som har denna erfarenhet kontaktar jag Dig. Jag undrar om Du har personal som har denna erfarenhet. Om Du har det så ber jag Dig att lämna honom/henne ett informationsbrev och kontakta mig om vem Du lämnat brevet till. Jag kontaktar honom/henne ungefär en vecka senare via telefon och tillfrågar om deltagande i undersökningen. Jag vill sammanlagt intervjua fyra personer med denna erfarenhet. Att delta i undersökningen är naturligtvis frivilligt.

Förvaltningschef XX har gett tillstånd att genomföra undersökningen.

Är det något Du undrar över, kontakta mig gärna.
Vänliga hälsningar

Katarina Svanström

Avs: Katarina Svanström
Adress XXXX
XXXXX XStad
Telefon XXXXXX
Telefon arb. XXXXXX

Jag heter Katarina Svanström, är sjuksköterska och arbetar som kvälls- och nattsjuksköterska i distriktsvården i X kommun.

Jag studerar Omvårdnad på fördjupningsnivå I, vid Institutionen för omvårdnad, Högskolan Trollhättan Uddevalla. I kursen ingår det att göra en C-uppsats. Min handledare är Gullvi Flensner.

I mitt arbete möter jag då och då människor som vårdas i livets slut i sitt hem. Ibland har dessa vårdtagare omvårdnadspersonal som sitter övervak hos sig. Detta innebär att de sitter ensamma hos den sjuke. Jag har blivit intresserad av hur det är för omvårdnadspersonalen att sitta ensam hos den svårt sjuke. Det är ett arbete som kräver mycket av den enskilde arbetstagaren. Mitt syfte är att undersöka hur omvårdnadspersonal upplever att sitta övervak hemma hos en vårdtagare vid vård i livets slutskede. För att få fram dessa uppgifter vill jag intervjua omvårdnadspersonal som har erfarenhet av att sitta övervak.

Min förhoppning är att undersökningen kan bli ett underlag som kan användas till förbättringar av arbetsledningen och handledningen för den personal som sitter övervak. Detta kan i en förlängning även leda till en förbättrad situation för de vårdtagare i livets slutskede som är i behov av övervak.

Jag vill intervjua Dig för att Du har denna erfarenhet. Intervjun kommer att ta cirka en timma. Jag tar kontakt med Dig om ungefär en vecka och då kommer vi överens om Du vill delta i undersökningen. Att delta är naturligtvis frivilligt. Du har rätt att avbryta ditt deltagande i undersökningen när Du vill, utan att ange orsak. Allt som Du delger mig i undersökningen kommer att behandlas konfidentiellt och presentation av undersökningen kommer att ske så att det ej går att identifiera de som deltagit i undersökningen.

XX, chef för Xförvaltningen, har gett tillstånd att genomföra undersökningen.

Vänliga hälsningar

Katarina Svanström

Avs: Katarina Svanström
Adress XXXX
XXXXX XStad
Telefon XXXXXX
Telefon arb. XXXXXX

Intervjuguide

Ingångsfråga: Kan du berätta om ett tillfälle när du suttit övervak hos en döende vårdtagare?
Bra/dåligt

Demografi:

Ålder
år inom yrket
år på arbetsplatsen
andra arbetsplatser
typ av tjänst
utbildning/ar.

Hemmet:

Lägenhet/hus
Rummet där vårdtagaren befinner sig
De övriga rummen
Ensamboende
Make/maka
Andra anhöriga
Närstående

Relationer:

Vårdtagaren
Vårdtagarens make/maka/anhöriga/närstående
Annan personal
Mellan vårdtagaren och make/maka/anhöriga/närstående

Att arbeta/vara i någons hem:

Ensamhet
Gemenskap
Raster
Toabesök
Tankar
Känslor

Döden:

Känslor
Tankar
Erfarenheter
Dödsögonblicket

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se