

Examensarbete på avancerad nivå

Independent degree project – second cycle

Omvårdnad

Nursing

Sjuksköterskors upplevelser av brytpunktssamtal

Nurses experiences of end-of-life discussions

Bitte Ahlby

Carina Löfstaf



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Institutionen för hälsovetenskap

Examinator: Ingela Enmarker, ingela.enmarker@miun.se

Handledare: Annika Kjällman-Alm, annika.kjallman-alm@miun.se

Författare: Bitte Ahlby biah0900@student.miun.se och Carina Löfstaf calo1004@student.miun.se

Utbildningsprogram: Specialistutbildning med inriktning vård av äldre, 60 hp

Huvudområde: Omvårdnad

Termin, år: T4, 2015

Abstrakt

Bakgrund: Det var först på 1960-talet som det uppmärksammades att patienten med en obotlig sjukdom behövde ha en bra vård fram till livets slut (palliativ vård). Idag får nästan alla i livets slutskede en palliativ vård. Enligt Socialstyrelsen ska brytpunktssamtal ingå i den palliativa vården för att klargöra att vården övergår från kurativ vård till palliativ vård. De flesta patienter vill ha besked om att de närmar sig livets slut så att de kan planera vårdens innehåll sista tiden.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom kommunala särskilda boenden upplever brytpunktssamtalet. **Metod:** Designen är en kvalitativ studie som genomfördes med semistrukturerade intervjuer. **Resultat:** Sjuksköterskan bedömer när patienten försämras och om ett brytpunktssamtal ska genomföras. Läkare genomför en fysisk undersökning och bekräftar att palliativ vård är aktuell. Sjuksköterskan får oftast kontakta anhöriga och återberätta vad läkaren har sagt. En del sjuksköterskor känner sig osäkra på att genomföra samtalet och vill att läkaren ska prata med anhöriga. **Diskussion:** Att informera anhöriga när patienten försämras är en viktig del i sjuksköterskans arbetsuppgifter. Många gånger är det sjuksköterskan som håller i brytpunktssamtalet men det bör vara en läkare som är ansvarig. Att hålla två brytpunktssamtal, ett vid inflyttning och ett när livets slut närmar sig skulle öka patientens och anhörigas trygghet. Rutiner för brytpunktssamtal följs inte eller saknas.

Slutsats: Sjuksköterskorna tycker att läkaren måste kommunicera mer med patient och anhöriga för att den palliativa vården ska få en tydlig riktning. Det saknas riktlinjer för hur brytpunktssamtalet ska genomföras.

Nyckelord: brytpunktssamtal, omvårdnad, palliativ vård, särskilt boende, äldre

Abstract

Background: It was only in the 1960s that it became apparent that the terminally ill have to have a good health until the end of life (palliative care). Today, almost everyone in the end of life gets palliative care. According to the National Board should end-of-life discussions be included in palliative care to clarify that health care changes from curative care to palliative. Most patients want to be notified that they are approaching the end of life so that they can plan the care content for the time they have left. **Objective:** The aim of this study was to examine how nurses working in municipal nursing homes experience end-of-life discussions. **Method:** The design is a qualitative study conducted by semi-structured interviews. **Results:** The nurse assesses when the patient deteriorates and if an end-of-life discussion is to be carried out. Doctors perform a physical examination and confirm that palliative care is at hand. The nurse will usually contact relatives and retell what the doctor has said. Some nurses feel insecure to implement the discussion and want the doctor to talk to relatives. **Discussion:** To inform relatives when the patient deteriorates is an important part of the nurse's duties. Many times it is the nurse who carries out the end-of-life discussion, but it should be a physician who is responsible. Holding two end-of-life discussions, one when moving in to a nursing home and another when the end of life approaches would increase the patient's and family's security. Procedures for end-of-life discussions are not followed or are missing. **Conclusion:** The nurses think that the doctor must communicate more with the patient and family for palliative care to be given a clear and relevant substance. There are no guidelines for how the end-of-life discussions should be implemented.

Keyword: elderly, end-of-life discussions, nursing, nursing home, palliative care

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Palliativ vård	1
Att få möjligheten att planera för sin död.....	2
Läkare genomför brytpunktssamtal	3
Den äldre patienten.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Design	5
Urval	5
Datainsamlingsmetod.....	6
Procedur	6
Analys	7
Etik.....	9
Resultat.....	10
Sjuksköterskan har en viktig roll i brytpunktssamtalet	10
Bedömning när brytpunktssamtal bör göras.....	10
Samverkan med anhöriga.....	11
Samverkan med läkare	11
Sjuksköterskans känslor	12
Erfarenhet och situation påverkar	12
Besvärliga situationer	13
Behov av förändringar	13
Sjuksköterskan tar läkarens ansvar	13
Bristfälliga rutiner.....	14
Diskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	14
Teoretisk referensram	17
Metoddiskussion	17

Slutsats	19
Referenslista.....	20
Förfrågan till enhetschef inom Äldreomsorgen kommunalverksamhet	23
Förfrågan om att delta i en studie.....	24
Intervjuguide	25

Inledning

Under lång tid har vården vid sjukdomar riktat in sig enbart på att bota. De senaste 100 åren har utvecklingen av nya läkemedel gått framåt med hög hastighet. De patienter som inte gick att bota ignorerades av läkarna (Strang, 2012, s.16-17). Sjuksköterskan och läkaren Cicely Saunders uppmärksammade och systematiserade den undermåliga vården för de obotligt sjuka och skapade 1967 ett hospice i London. Hon utgick från att även de med obotlig sjukdom och kort överlevnad hade behov av att må bra fram till sin död. Saunders la grunden för hur den palliativa vården ser ut idag (Strang, 2012, s.16-17; Kaasa, 2001, s.13). I Sverige avlider ca 90 000 personer varje år och av dessa är ca 60 procent 80 år eller äldre. De flesta äldre är ofta multisjuka och en stor andel har demens diagnos. Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken och tumörsjukdomar är näst vanligast (Socialstyrelsen, 2014, s.7). Enligt Socialstyrelsen (2012, s.22) har 80 procent av de som avlider tillbringat sin sista tid på sjukhus eller äldreboende. WHO´s (2015) definition på palliativ vård är att förbättra patientens och anhörigas livskvalitet genom att tidigt bedöma, lindra och förebygga symptom som uppkommer i samband med att patienten befinner sig i livets slut.

Bakgrund

Palliativ vård

Palliativ medicin etablerades 1987 i Storbritannien och definition på palliativ medicin är forskning och vård på och av patienter med en obotlig sjukdom som förväntas ha kort överlevnad (Kaasa, 2001, s.11). Målet med den palliativa medicinen är att skapa så bra förutsättningar som möjligt för patienten med obotlig sjukdom och anhöriga och på detta sätt ge patienten så hög livskvalitet som möjligt (Kaasa, 2001, s.11). Det är inte alla som vårdas inför döden som får en palliativ vård (Strang, 2012, s.25). Vården av döende personer måste innehålla de fyra hörnstenarna och de fyra dimensionerna för att det ska bli kvalitet i den palliativa vården (Strang, 2012, s.11, 25). De fyra hörnstenar är symtomlindring, kommunikation och relation, teamarbete och till sist stöd till närstående (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2013, s.15-17). De

fyra dimensionerna innebär att vårdpersonalen inte enbart ser den fysiska sidan av döendet utan också hur personen mår psykiskt, socialt och existentiellt (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012, s.43). De 6 S:n är en ytterligare vägledning för vårdpersonal i det kliniska arbetet med patienten som är i livets slut. De 6 S:n står för Självbild, Självbestämmande, Social relation, Symtomlindring, Sammanhang och Strategier (Ternestedt et al., 2013, s.24-26). Syftet är att de 6 S:n skulle göra det möjligt för patienten att vara delaktig i vården och att patienten skulle få livskvalitet i livets slut. De 6 S:n innebär att vården ska vara personcentrerad och att vårdpersonalen ska ställa sig frågan "Vem är personen som jag har framför mig" (Ternestedt et al., 2013, s.17- 25).

Att få möjligheten att planera för sin död

Så sent som 1960 var det inte många läkare som vågade prata med patienten som hade en obotlig sjukdom om döden. Då var avsikten att inte skada patienten i onödan genom att tala om att denne var döende (Kaasa, 2001, s.76). Nu för tiden är ett brytpunktssamtal viktigt för att alla berörda, det vill säga patienten, anhöriga och vårdpersonal, ska förstå att vården nu övergår från kurativ vård till palliativ vård (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012, s.24).

Flera studier visar att de flesta patienter vill ha en öppen och rättfram diskussion så att de får reda på diagnosen så fort som möjligt (Löfmark & Nilstun, 2000; Parker et al., 2007; Kehl, 2015). På det viset ökar möjligheterna till att få en mer genomtänkt vård vid livets slut (Verschuur, Groot & van der Sande, 2014). Patienterna tycker också att det är viktigt att få reda på hur tiden fram till döden kan bli och då speciellt de sista dagarna i livet, till exempel smärta och hur den ska kunna lindras (Parker et al., 2007; Kehl, 2015).

Ett brytpunktssamtal bör genomföras på ett tidigt stadium men studier visar att det ibland kan bli så sent att patienten redan är döende (Verschuur, Groot & van der Sande, 2014; Fromberg Górlén, Górlén & Neergaard Asbjørn, 2013). I vissa fall handlar det om att läkarna inte är tydliga nog och patienten förstår då inte att sjukdomen leder till döden eller så tror de att den går att bota (Griffiths, Ewing, Wilson, Connolly & Grande, 2015). I andra fall kan en del patienter fortfarande ha hopp om att deras sjukdom ska gå att bota och det kan därför vara svårt att förmedla till patienten att diagnosen är dålig (Fitzsimons et al, 2007; Almack, Cox, Moghaddam, Pollock & Seymour, 2012; Verschuur, Groot & van der Sande, 2014).

Läkare genomför brytpunktssamtal

Socialstyrelsen (2012, s.89) rekommenderar att ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare ska hålla ett brytpunktssamtal med patienten. Socialstyrelsens (u.å) definition på brytpunktssamtal är ett samtal där läkare och patient tillsammans kommer fram till att vården ska förändras från kurativ vård till palliativ vård som genomförs vid livets slutskede. Den ansvarige läkaren ska först göra en medicinsk bedömning om palliativ vård i livets slut ska inledas eller inte (Socialstyrelsen, 2012, s.52-53). Läkaren samtalar sedan med patienten vid flera olika tillfällen. Samtalet kan ses som en process där många människor ingår. Socialstyrelsen (2012, s.53) skriver också att patienter som befinner sig i livets slut ofta har existentiella frågor och dessa frågor kan besvaras av läkare, sjuksköterska eller någon annan som har utbildning i samtalsfrågor.

Svenska palliativregistret (2015a) beskriver att brytpunktssamtal är till för den sjuka personen som inte förväntas ha så lång tid kvar i livet på grund av sin sjukdom. Svenska palliativregistret (2015b) ger läkaren anvisningar om när och hur brytpunktssamtalet bör genomföras. När i tiden kan fastställas med hjälp av några frågor, till exempel vilket skede i sjukdomen patienten är i, finns det någon behandling som kan vara till nytta för patienten eller är det en patient som är multisyjuk och som ofta får besöka sjukhuset på grund av infektioner eller fall. Förberedelser inför brytpunktssamtalet kan vara att läsa på anamnesen och fundera på vilka som ska vara med på samtalet. Under samtalet kan läkaren börja med att fråga patienten hur denne ser på sin sjukdom, ställa fler frågor, göra en kroppsundersökning och sedan sammanfatta anamnesen, hur det ser ut i nuläget och sedan beskriva hur läkaren ser på vården den närmaste tiden. Patienten ska få möjlighet att tala om hur denne ser på sin sjukdom och även frågan om vård vid livets slutskede ska tas upp. Vården syftar till att lindra symptom som kommer av sjukdomen så att patienten ska få livskvalitet i sista delen av livet. Även en sjuksköterska och eventuellt anhöriga kan delta i samtalet (Svenska palliativregistret, 2015a).

Patienterna uppskattar när läkaren själv genomför brytpunktssamtalet och att informationen sägs i termer som de förstår (Parker et al., 2007). Patienterna föredrar också en läkare som är personcentrerad då denne har mer empati. Det gör att patienterna känner sig nöjda med samtalet i stället för ilska eller nedstämdhet (Schmid Mast, Kindlimann & Langewitz, 2005). Enligt

Schildman, Cushing, Doyal och Vollman (2005) tränar de flesta läkare under sin utbildning på att ge jobbiga besked och genom det känner de sig sedan ganska trygga i samtalet.

Den äldre patienten

Patienter med cancer får en mycket bra vård i livets slut nu för tiden tack vare arbetet med att starta upp hospice för 50 år sedan. Den grupp människor som nu behöver få större uppmärksamhet vid vård i livets slut är de äldre (Strang, 2012, s.11). Den äldres döende skiljer sig från den yngres döende. Den äldre patienten har ofta en långvarig död då livet sakta slocknar ut, en del kallar den för "den långsamma döden" (Socialstyrelsen, 2012, s.22-23). Enligt Strang (2012, s.111) är det ungefär 80 procent av Sveriges befolkning på 9,5 miljoner som kommer att dö en långsam död, resterande kommer att dö plötsligt. En långsam död är väntad och består av olika skeden som personen passerar igenom. Det är inte ovanligt att en majoritet av de äldre lider av många olika sjukdomar och är multisjuk. Den äldre patienten har också anhöriga som är äldre och inte riktigt orkar hjälpa till på grund av egna hälsoproblem. Detta medför att äldre har ett större behov av vård och omsorg utifrån (Socialstyrelsen, 2012, s.22-23).

Det finns många tillfällen när patienten inte själv kan fatta beslut om sin vård, istället kan anhöriga göra det åt denne (Kehl, 2015). Det är av stor vikt att bygga upp ett förtroende på ett tidigt stadium mellan vårdpersonal och patient och dess anhöriga för att kunna prata om vården (Verschuur, Groot & van der Sande, 2014). Som anhörig har man ofta inte kunskap om vad som sker i sjukdoms- och dödsprocessen men när information ges så försvinner en del av rädslan som de känner inför det som ska komma (Kehl, 2015; Fosse, Aase Schaufel, Ruths & Malterud, 2014; Fromberg Gørlén, Gørlén & Neergaard Asbjørn, 2013). Om brytpunktssamtalet däremot sker för tidigt kan anhöriga ha svårt att ta till sig informationen (Kehl, 2015).

Ett särskilt boende definieras av Socialstyrelsen (u.å.) som ett boende där äldre personer kan få hjälp i det dagliga livet med sådant som denne inte klarar av själv, till exempel omvårdnad.

Problemformulering

Socialstyrelsen (2012, s.89) rekommenderar att brytpunktssamtal genomförs. Om ett brytpunktssamtal genomförs innan en person avlider indikerar det på en god palliativ vård

(Socialstyrelsen, 2012, s.67). Andershed, Ternstedt och Håkansson (2013, s.431) skriver att de studier som finns angående brytpunktssamtal handlar om läkarens roll i brytpunktssamtalet med patienten och anhöriga. De menar att det finns få studier om sjuksköterskans roll i kommunikationen med patienten och dennes anhöriga. Avsikten med studien är därför att studera hur sjuksköterskor upplever brytpunktssamtalet när vården övergår från kurativ vård till palliativ vård.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom kommunala särskilda boenden upplever brytpunktssamtalet.

Metod

Design

Denna studies design är en kvalitativ studie som genomförs med semistrukturerade intervjuer eftersom syftet med studien var att ta reda på hur sjuksköterskor i särskilda boenden upplever brytpunktssamtal. Den kvalitativa metoden används oftast när forskaren vill komma nära någon (Henricson, 2012, s.85). Den har sitt ursprung från det holistiska synsättet och används då forskaren vill studera erfarenheter av något (Henricson, 2012, s.130). Om studiens fokus ska ligga på personers erfarenhet eller upplevelse är intervju en lämplig metod enligt Henricson (2012, s.333-334). Semistrukturerade intervjuer används enligt Polit och Beck (2004, s.341-342) när forskarna vill att deltagaren ska prata fritt utifrån ett ämne med sina egna ord. Henricson (2012, s.165-169) menar att en intervjuguide ger forskaren en möjlighet att leda intervjun åt rätt håll. I en semistrukturerad intervju har forskaren stöd av sina frågor, men kan anpassa frågorna efter vad som kommer upp i intervjun.

Urval

Urvalet är ett strategiskt urval vilket innebär att forskaren väljer deltagare som har erfarenhet av ämnet som studeras och som kan bidra med mycket information (Henricson, 2012, s.134). Åtta stycken intervjuer har genomförts. Forskarnas mål var att intervjua mellan åtta och tio

sjuusköterskor som arbetar i särskilt boende. Henricson (2012, s.165) skriver att om forskarna ska göra en kvalitativ forskningsintervju så ska intervjuerna ske på en mindre grupp av personer då fokus ligger på möte mellan forskaren och den som blir intervjuad. Deltagarna bestod av sjuusköterskor från två mindre kommuner i mellersta Sverige och en större kommun i södra Sverige. Sjuusköterskorna i studien var kvinnor och de hade arbetat som minst i 2 år och som mest i 40 år som sjuusköterska. Deras erfarenhet av palliativ vård var från 2 år till 38 år. Inklusionskriterierna var att sjuusköterskan skulle ha erfarenhet av palliativ vård och brytpunktssamtal och arbeta på ett särskilt boende. Exklusionskriterierna var sjuusköterskor utan erfarenhet av palliativ vård.

Datainsamlingsmetod

En intervjuguide framställdes med fokus på studiens syfte (bilaga 3). Intervjuguiden inleddes med frågor om hur länge deltagarna hade arbetat som sjuusköterska och hur lång erfarenhet de hade av palliativ vård. Även en fråga om hur ofta de hade rond ställdes för att se om det fanns ett samband med sjuusköterskans upplevelse och kontinuiteten på ronderna. Därefter ställdes fem huvudfrågor om brytpunktssamtalet. I intervjuguiden fanns också förslag på följdfrågor efter huvudfrågorna om deltagaren inte redan hade berört det ämnet. En huvudfråga var *Berätta hur du upplever ett brytpunktssamtal?* De förberedda följdfrågorna var då *Hur är dina känslor? Känns det jobbigt eller bra?* Intervjuerna har spelats in med mobiltelefon eller diktafon. Intervjuerna varade mellan 13 och 37 minuter.

Procedur

Forskaren i södra Sverige skickade förfrågningar via e-post till 12 enhetschefer i kommunen om att få kontakta en sjuusköterska på ett särskilt boende för eventuellt deltagande i studien. Dessa 12 enhetschefer hade 17 st sjuusköterskor på sina särskilda boenden. I meddelandet skickades även information om studiens innehåll (bilaga 1). Då det endast var tre enhetschefer som svarade skickade forskaren efter någon dag en påminnelse till de enhetschefer som inte hade svarat. Ytterligare tre enhetschefer svarade på påminnelsen. En av enhetscheferna ville inte att sjuusköterskan skulle intervjuas på grund av för hög arbetsbelastning. En annan enhetschef ville få muntlig information om studien. Forskaren ringde då upp den enhetschefen. När enhetscheferna hade gett sitt godkännande kontaktades sammanlagt fem sjuusköterskor för att få

muntlig information om studien och för att eventuellt boka en tid. En sjuksköterska avböjde deltagande i studien. Totalt blev fyra intervjuer inbokade på fyra olika särskilda boenden.

Forskaren i mellersta Sverige skickade förfrågan via e-post till två chefer för sjuksköterskor i två kommuner om att få kontakta en sjuksköterska på ett särskilt boende för eventuellt deltagande i studien. I meddelandet skickades även information om studiens innehåll (bilaga 1). Forskaren fick godkännande via e-post från båda cheferna. Därefter kontaktades sjuksköterskan för att ge en muntlig information och eventuellt boka en tid för intervju. Tre av de uppringda accepterade direkt att delta i studien och tid bokades in. Vid ett särskilt boende där det arbetade flera sjuksköterskor ville de först diskutera sinsemellan innan någon ville ställa upp i studien. Därefter kunde intervju bokas in. Sammanlagt fyra intervjuer bokades in. När forskaren anlände till ett av intervjutillfällena visade det sig att deltagaren var sjuk men när vikarien fick frågan om hon ville vara med i studien så tackade hon ja.

När en intervju hade genomförts lyssnade forskarna igenom innehållet och transkriberade över det i text. De två forskarna intervjuade sjuksköterskor på var sitt håll och transkriberade sina intervjuer var för sig. De transkriberade intervjuerna skickades sedan till den andra forskaren. Samtliga intervjuer genomfördes på den deltagande sjuksköterskans arbetsplats vid en tidpunkt som forskare och deltagare hade kommit överens om.

Analys

Det insamlade materialet analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys används när ett stort material måste minskas ner för att få fram betydelser och det centrala i texten (Patton, 2002, s.453). Enligt Henricson (2012, s.336) är kvalitativ innehållsanalys lämplig att använda då forskaren har en mindre datamängd som till exempel intervjuer. Forskaren söker i materialet efter återkommande ord eller teman och på så sätt framträder slutligen ett mönster. Forskarna har fått inspiration av Elo och Kyngäs (2008) i det praktiska analysarbetet och har valt att använda induktiv ansats. Elo och Kyngäs (2008) beskriver att analysen sker i tre olika steg. Förberedelse, organisering av datan och redovisning av resultatet. I förberedelserna väljer forskarna vad som ska analyseras. Det kan till exempel vara hela intervjuer menar Elo och Kyngäs (2008) eller ett protokoll från en observation. Organisering av datan omfattar en öppen kodning vilket innebär att

anteckningar och rubriker skrivs i texten samtidigt som den läses, kategorier skapas och det väsentliga tas fram. Det skriftliga materialet läses igenom igen och så många rubriker som behövs skrivs ned i marginalen för att beskriva alla aspekter av innehållet (Elo & Kyngäs, 2008). De beskriver vidare att anledningen till att det skriftliga materialet läses igenom flera gånger är att få en förståelse för innehållet och för att kunna se djupet av det skrivna materialet. Inga insikter eller teorier kan komma fram från materialet om inte forskaren blir helt bekant med innehållet (Elo & Kyngäs, 2008).

Forskarna läste igenom materialet flera gånger för att bekanta sig med innehållet. Vid genomläsningarna framkom flera rubriker som beskrev innehållet i texten. Rubriker och andra funderingar skrevs ner i marginalen. Anteckningarna fördes sedan över till ett nytt papper där de sammanfördes i olika kategorier. Rubriker som handlade om liknande upplevelser hamnade i samma kategori. Därefter färgkodades texten i intervjuerna så att liknande upplevelser fick samma färg för att sedan föras över till passande kategori. Detta genomfördes på alla intervjuer och till slut hade all text som innehöll en upplevelse förts över till en kategori. De olika kategorierna jämfördes sedan för att se att de handlade om olika upplevelser. Kategoriernas namn speglar innehållet i kategorien. I kategorierna kunde sedan underkategorier upptäckas som då fick egna namn. Forskarna har analyserat materialet var för sig för att öka trovärdigheten. Resultaten har sedan jämförts med varandra och vissa förändringar skedde för att båda författarna skulle vara nöjda med det gemensamma resultatet. Till exempel flyttades några upplevelser till andra kategorier och namnen på några kategorier och underkategorier ändrades så att de beskrev innehållet bättre.

Tabell 1. Exempel på analysarbetet

Intervjutext	Kondensering	Underkategori	Kategori
"Oftast då så har vi ju redan börjat prata med anhöriga och frågat om de skulle vara intresserad av ett sånt typ av samtal så att oftast så är det vi som initierar till det"	Det är vi sjuksköterskor som avgör när ett brytpunktssamtal bör genomföras	Bedömning när brytpunktssamtal bör göras	Sjuksköterskan har en viktig roll i brytpunktssamtalet
"När man har blivit mer erfaren i yrket och med palliativ vård så känner man sig mer lugn och trygg"	Hur många år sjuksköterskan har jobbat med palliativ vård påverkar om samtalet känns lätt eller svårt	Erfarenhet och situation påverkar	Sjuksköterskans känslor
"Ja, det har jag sagt förut, jag tycker att det är läkaren som ska ha det för jag ringer till anhöriga och i princip återger vad han har sagt"	Sjuksköterskan säger att läkaren borde ha brytpunktssamtalet så att anhöriga får informationen direkt.	Sjuksköterskan tar läkarens ansvar	Behov av förändringar

Etik

De enhetschefer som var ansvarig för ett särskilt boende alternativt för sjuksköterskorna inom en viss kommun, fick först information om studien och gav sedan sitt godkännande till att forskarna kunde kontakta sjuksköterskorna. Deltagarna hade innan intervjuerna fått muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund, syfte, metod, sekretess och vilka som var ansvariga forskare (bilaga 2). Vid intervjutillfället skrev deltagarna på ett samtycke och forskarna betonade att det gick bra att avbryta intervjun när som helst utan att förklaring behövde ges. Sammanställning av informationen och samtycket utgick från Centrala etikprövningsnämndens (2012) vägledning till vad som bör ingå i ett informerat samtycke. Det inspelade materialet raderades efter att resultatet hade bearbetats och sammanställts. Forskning som sker på högskolenivå behöver inte genomgå en etisk prövning (SFS 2003:460, 2 §).

Resultat

I analysen framkom sammanlagt tre kategorier och sju underkategorier.

Tabell 2. Kategorier

Kategori	Underkategori
Sjuksköterskans har en viktig roll i brytpunktssamtalet	Bedömning när brytpunktssamtal bör göras Samverkan med anhöriga Samverkan med läkare
Sjuksköterskans känslor	Erfarenhet och situation påverkar Besvärliga situationer
Behov av förändringar	Sjuksköterskan tar läkarens ansvar Bristfälliga rutiner

Sjuksköterskan har en viktig roll i brytpunktssamtalet

Bedömning när brytpunktssamtal bör göras

Alla sjuksköterskor i studien är överens om att det är de som avgör när ett brytpunktssamtal bör genomföras. De ser tecken som till exempel att patienten inte vill äta eller ta medicinen. Patienten blir sängliggande och andningen kan förändras. Kontakt tas då med läkaren så att en undersökning kan ske. På en del särskilda boenden får inte alla ett brytpunktssamtal, sjuksköterskorna säger att det beror på hur patientens tillstånd är. En del personer blir hastigt sämre eller dör i sömnen och där hinns inte brytpunktssamtal med.

“En del går ju bort väldigt fort och då har man ju inte hunnit det eller när det kommer liksom lite hastigt. Så då hinner man ju inte alltid.”

I enstaka fall håller inte läkaren med sjuksköterskan om att det är dags för ett brytpunktssamtal med patienten och anhöriga. På ett demensboende får patienten oftast inget brytpunktssamtal då demenssjukdomen är så långt gånge. Brytpunktssamtalet sker med anhöriga istället. Vid ett annat demensboende har de ett första brytpunktssamtal vid inflyttning då de anhöriga i ett tidigt stadium får information om att demenssjukdom är en palliativ sjukdom. Anhöriga har uppskattat att samtalet har kommit tidigt. Ett andra brytpunktssamtal genomförs när patienten börjar närma sig livets slut.

“Vi har fått bra respons på det från alla håll, från anhöriga och personalen, man blir mer medveten om att demenssjukdom är en palliativ sjukdom.”

Samverkan med anhöriga

Sjuksköterskorna tycker att det är viktigt att kontakta anhöriga i god tid och informera om att deras släkting har blivit sämre och förmodligen kommer att avlida inom kort. Sjuksköterskan berättar då hur vårdens inriktning förändras. Kontaktas anhöriga för sent kan de ha svårt att ta till sig det. Ju mer kontakt sjuksköterskan och anhöriga har desto mer nöjd och trygg blir den anhöriga och vården blir bättre för den sjuke. Flera av sjuksköterskorna säger att samtalet är en process och att de pratar med anhöriga flera gånger under denna process.

“...då är det ju oftast så att man har regelbunden kontakt med anhöriga, hur läget är och lite sådana saker.”

Efter brytpunktssamtalet är sjuksköterskorna noga med att tala om att anhöriga får höra av sig om de undrar över något då det inte alltid är lätt att förstå eller uppfatta vad som sägs under ett samtal.

“Jag brukar knyta ihop eller följa upp med närstående sen att de kan bara...man får ta det en gång till (informationen).”

Sjuksköterskan kan hänvisa till läkaren om denne själv inte kan svara på någon medicinsk fråga. Vanliga frågor som anhöriga ställer är hur lång tid det kommer att ta innan den sjuke avlider, handlar det om dagar eller timmar. Några sjuksköterskor säger att de är noga med att aldrig lova anhöriga något och att det är viktigt att vara ärlig och rak i kommunikationen med anhöriga.

Samverkan med läkare

Sjuksköterskorna tycker att det går bra att samverka med läkarna men att det oftast är tiden som begränsar vad som hinns med på rondan. Det varierar hur ofta det är rond. Två deltagare har rondtid varje vecka, tre har rondtid två veckor i följd och sedan uppehåll i två veckor och tre har rond varannan vecka. Under den korta rondtiden är det många patienter ska hinnas med och sjuksköterskan får prioritera vilka patienter som ska tas upp på rondan. Om läkare behöver kontaktas övriga tider kan sjuksköterskan ringa till Hälsocentralen/Vårdcentral som förmedlar samtalet vidare till en läkare. Sjuksköterskan kontaktar läkaren när patienten har försämrats. I de flesta fall gör läkaren en medicinsk bedömning under rondtid men överlåter ofta till sjuksköterskan att genomföra brytpunktssamtal med anhöriga. Om någon patient försämrats

snabbt sker ordination via telefon. Palliativa läkemedel skrivs ut och sjuksköterskan får delegering att konstatera dödsfallet.

”Läkaren går mer in och gör liksom en bedömning. Att det är palliativ vård. Då pratar dem men det blir liksom inte ett brytpunktssamtal på det viset. Att det finns någon struktur i det.”

Om brytpunktssamtalet genomförs med patienten utan att anhöriga är närvarande kan sjuksköterskan bli ombedd av läkaren att ringa upp anhöriga efter samtalet och förmedla informationen vidare.

”Jag får ju frågan och vissa gånger svarar jag ja och berättar för närstående hur doktorn bedömer och hur han har sagt.”

Ibland kan läkaren ha svårt att hinna med att träffa anhöriga dagtid. Då kan anhöriga boka en telefontid med läkaren istället. Om läkaren genomför brytpunktssamtalet så är sjuksköterskans roll att lyssna på samtalet så att de vid behov kan upprepa vad som framkom för anhöriga och patienten. Sjuksköterskan genomför de ordinationer som läkaren beslutar och dokumenterar i personens journal.

Sjuksköterskans känslor

Erfarenhet och situation påverkar

Sjuksköterskorna känner olika för att genomföra brytpunktssamtalet själv. Hur många år sjuksköterskan har arbetat med palliativ vård påverkar om samtalet känns lätt eller svårt.

Även anhörigas och patientens reaktion på beskedet inverkar på om samtalet känns bra eller inte för sjuksköterskan.

”Svårt är det inte, det kan vara lite tufft men jag tycker det är bra när man har gjort det men det är ju inte så att man bara gör det så här heller. ...jag menar jag har jobbat så många år så jag sitter på ganska mycket erfarenhet...”

Sjuksköterskorna säger att för det mesta känns brytpunktssamtalet bra då det oftast leder till en god vård för patienten vilket är tillfredsställande för alla. En sjuksköterska säger att hon fick mycket stöd och stöttning av läkaren de första åren, speciellt i jobbiga situationer, men ju mer erfarenhet hon fick desto säkrare kände hon sig. Några sjuksköterskor anser att de arbetar med

äldre och att livet någon gång ska ta slut. De tycker att det skulle ha varit annorlunda att ha brytpunktssamtal med yngre som till exempel är cancersjuka och befinner sig mitt i livet.

”För det mesta känns det bra. Man jobbar i den branschen där det är äldre, det ska ju någonstans ta slut någon gång, av någon orsak och kan man göra det så bra som det bara går så känns det tillfredsställande.”

En sjuksköterska säger att det är viktigt att ha kollegor att ventilera och bearbeta olika situationer med för att kunna gå vidare i sitt arbete.

Besvärliga situationer

Det kan kännas jobbigt om sjuksköterskan känner den anhöriga till den palliativa patienten.

En del sjuksköterskor tycker att det känns fel att underrätta anhöriga själva eftersom det är läkaren som har gjort bedömningen. Det kan bli svårt att svara på anhörigas medicinska frågor.

Ibland måste sjuksköterskan se till att läkaren kontaktar den anhörige för att denne inte accepterar att slutet närmar sig.

”Och jag bad då den doktor vi hade där, jag tycker du måste ringa till honom och vara rak mot honom för han tar inte till sig det jag säger till honom ...hon (läkaren) prioriterade inte det [...] han ville inte att hans pappa skulle gå bort så jag var ju jättedum där som stod och påstod det här.”

Trots att brytpunktssamtal kan kännas väldigt bra för sjuksköterskan kan det också medföra reflektioner om döden i det privata livet.

Behov av förändringar

Sjuksköterskan tar läkarens ansvar

Av de sex sjuksköterskor som nästan alltid genomförde brytpunktssamtalet själva tyckte fem stycken att läkaren skulle hålla i samtalet.

”Det är vi som får göra brytpunktssamtalet fast jag tycker att det är läkarens ansvar, det är de som har kunskap och som fattar beslutet.”

Några sjuksköterskor menar att förändringar kan vara svåra att genomföra eftersom läkaren inte har tillräckligt med tid, har långt att åka för att komma till boendet eller att läkaren inte känner sig trygg i sin roll och därför inte ville hålla ett brytpunktssamtal med anhöriga.

”...men det verkar som att en del (läkarna) är så rädd att ta det där samtalet [...] det är ju ett tungt samtal.”

Bristfälliga rutiner

Flera sjuksköterskor anser att samtalet bör genomföras tidigare, till exempel när den boende flyttar in, så att alla är överens om hur vården kommer att förändras vid en försämring.

”Det är jätteviktigt att få med sig dem i ett väldigt tidigt skede...så den enskilde kan ta upp hur den själv skulle vilja ha det för ibland är det ju svårt för anhöriga att bestämma.”

Resultatet visar att det finns oklarheter för hur brytpunktssamtalet ska gå till och vem som är ansvarig för vilken uppgift och att det borde skapas en rutin för det.

”Så att man får med all information, det är svårt att veta vad man ska ta upp.”

I palliativa registret står det att en läkare ska hålla i brytpunktssamtalet men några sjuksköterskor i studien menar att det borde ändras eftersom det är sjuksköterskan som håller i de flesta brytpunktssamtal. Ett annat förslag om förändring som framkommer under intervjuerna är att när det beslutas om palliativ vård ska också brytpunktssamtalet ingå i diagnosen. En sjuksköterska säger att brytpunktssamtalet bör skilja sig åt om sjukdomen har ett snabbt förlopp eller om det är en försämring på grund av naturligt åldrande. En annan sjuksköterska tar upp att läkarens samarbete med sjuksköterskan i samband med brytpunkten borde bli bättre då alla ingår i ett team runt patienten. Hon menar också att samarbetet skulle förenklas om läkarna var utbildade geriatriker eller hade någon annan specialistutbildning mot palliativ vård.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor i särskilda boenden upplevde brytpunktssamtalet. Resultatet visade att sjuksköterskorna hade en regelbunden kontakt med anhöriga för att informera när patienten blivit sämre. Sjuksköterskorna ansåg att samverkan med anhöriga förbättrades när brytpunktssamtalet kom tidigt. Däremot hann inte läkaren med att hålla

ett brytpunktssamtal då den avsatta tiden för rond var för kort. Sjuksköterskorna uppgav att de ibland kändes sig osäkra på att genomföra brytpunktssamtalet och ville helst att läkaren skulle ansvara för samtalet.

Sjuksköterskorna i studien var överens om att deras roll inför ett brytpunktssamtal var att se när någon blev försämrad i sitt allmäntillstånd. Försämringen kunde ske under längre tid eller snabbt. Sjuksköterskan var den som befann sig nära patienten dagligen och hade ett tätt samarbete med övrig personal som rapporterade om de upplevde att patienten hade försämrats. När bedömningen var gjord tog de kontakt med ansvarig läkare. Sjuksköterskans handlande överensstämmer med Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005), att sjuksköterskan ska uppmärksamma, bedöma och även genomföra en åtgärd om personen försämras fysiskt eller psykiskt. Den bedömning som genomförs när en patient blir sämre och kan behöva palliativ vård är sjuksköterskans ansvar vilket även resultatet i denna studie visar.

Sjuksköterskorna hade en regelbunden kontakt med anhöriga för att informera när patienten blev sämre. De ansåg att samverkan med anhöriga förbättrades när brytpunktssamtalet kom tidigt. Kontakten med anhöriga var en stor och viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter, speciellt när patientens allmäntillstånd försämrades. En del av sjuksköterskorna i studien kände att de inte hade tillräckligt mycket kunskap för att kunna ge den information till anhöriga som krävdes i ett brytpunktssamtal. I en studie berättar distriktsköterskor att det är svårt att informera om att en person inte kommer att leva så länge till eftersom de inte har fått någon förberedelse inför sådana samtal. De trodde inte heller att de skulle få utbildning i samtal om döden utan de fick lära sig genom att göra misstag (Griffiths et al., 2014). Några sjuksköterskor tyckte att det gick bra att hålla i samtalet men att de ibland behövde uppbackning av en läkare när situationen krävde det, till exempel om anhöriga inte ville förstå eller om de hade medicinska frågor. I intervjuerna sa sjuksköterskorna att de tyckte att brytpunktssamtalet var en process och att de pratade med anhöriga flera gånger och informerade om förändringar. En studie visade att sjuksköterskorna föredrog att träffa patienter och anhöriga på ett tidigt stadium för att bygga upp ett förtroende genom att prata om vad som kunde uppstå längre fram när patienten försämrades (Verschuur, Groot & van der Sande, 2014).

Resultatet visade att det var sex av åtta sjuksköterskor som själva genomförde brytpunktssamtal med anhöriga utan läkarmedverkan. Sjuksköterskorna berättade att de helst vill att läkaren ska ansvara för brytpunktssamtalet. Resultatet pekar på att det är tidsbrist som gör att läkaren inte hinner med brytpunktssamtalet. Sjuksköterskan blev ett mellanled eftersom denne vidarebefordrade läkarens bedömning. Hov, Hedelin och Athlin (2013) redovisar i sin studie att bristen på läkartid resulterade i att sjuksköterskan fick svara på frågor om patientens behandlingar. De skriver också att det upplevdes som väldigt krävande när anhöriga ville diskutera om behandlingen skulle vara kurativ eller inte, speciellt om det fanns olika åsikter om behandlingen (Hov, Hedelin & Athlin, 2013). Socialstyrelsen (2012) rekommenderar att brytpunktssamtalet ska utföras av en läkare och även Svenska palliativregistret (2015a) har tolkat Hälso- och sjukvårdslagen så att en läkare ska ansvara för samtalet. Det är kanske inte sjuksköterskans ansvar att berätta för anhöriga om läkarens medicinska bedömningar. I en review av Fosse et al. (2014) där 14 studier om vård i livets slut har sammanfattats, framkom att anhöriga kände förvåning och ilska över att läkaren var frånvarande och att sjuksköterskan och läkaren inte kommunicerade ordentligt. Anhöriga kände en osäkerhet över om det särskilda boendet kunde ta hand om deras anhörig vid livets slut (Fosse et al., 2014). Det är bra om läkaren tar ett första brytpunktssamtal enligt rekommendationerna och sedan kan sjuksköterskan följa upp vad som har blivit sagt och även hålla vidare kontakt med anhöriga.

Resultatet kan tolkas som att ett brytpunktssamtal i god tid innan den sista palliativa fasen skulle ge patienten och anhöriga större förståelse för vilken vård boendet kan erbjuda vid livets slut. Ett demensboende i studien hade två stycken brytpunktssamtal, ett vid ankomsten där det informerades om demenssjukdomen och dess förlopp, om 0 HLR och om personen skulle vårdas på sjukhus eller inte. Det andra samtalet genomfördes när det skedde en försämring av personens allmäntillstånd och vård vid livets slut påbörjades. Anhöriga upplevde det positivt med två samtal. I Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård (Socialstyrelsen, 2012, s.45) står det att om läkare genomför flera samtal med patienten vid olika tillfällen och om samarbetet mellan olika vårdteam fungerar bra, kommer samtalet att upplevas som mer positivt av patienten. Den

osäkerhet och frustration som ibland kan uppstå på grund av brist på information, bör enkelt kunna undvikas med hjälp av två brytpunktssamtal.

Det framkom också att det saknas rutiner för vad brytpunktssamtalet ska innehålla. Två av kommunerna som deltog i studien hör till ett landsting som inte har någon rutin för brytpunktssamtalet. I det andra landstinget finns det en rutin som säger att läkarna ska ansvara för brytpunktssamtalet (Region Gotland, 2014) men enligt resultatet verkade inte läkarna följa den rutinen. Sjuksköterskorna i studien tyckte att det saknades rutiner kring vem som skulle ta ansvar för brytpunktssamtalet och vad samtalet skulle innehålla. De funderar också på när samtalet skulle hållas. Svenska Pallitivregistret (2015a) är ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slut, men vissa delar är svåra att förbättra då landstingen inte följer någon rutin. I Hälso- och sjukvårdslagen 31 § (SFS, 1982:763) framgår det tydligt att vården ska utvecklas och säkras fortlöpande. Det är rutinen som ska ge kvaliteten på vården. I nuläget var sjuksköterskorna i de aktuella kommunerna själva tvungna att komma på en rutin beroende på hur läkaren ställde sig till brytpunktssamtal.

Teoretisk referensram

Antonovsky, professor i medicinsk sociologi lanserade i slutet på 1970 talet begreppet KASAM (känslan av sammanhang). Begreppet KASAM innehåller begreppen, Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att världen ska vara begriplig, hanterbarhet är att kunna hantera sin situation och meningsfullhet innebär att vara delaktig i situationen (Antonovsky, 1991).

Denna referensram passar in på brytpunktssamtalet. Om alla närvarande vid samtalet skulle uppleva känslan av sammanhang så skulle brytpunktssamtalet bli en bra dialog om hur patienten och anhöriga skulle vilja ha det i livets slut och på så sätt skulle den palliativa vården bli mer personcentrerad.

Metoddiskussion

Av praktiska skäl gjordes intervjuerna var för sig eftersom vi bor i olika delar av Sverige. Vid genomläsningen av varandras material upplevdes att intervjuer delvis visade olika resultat. Vi tror att skillnaderna inte enbart beror på att intervjuerna har genomförts i kommuner långt ifrån

varandra utan att vår egen förförståelse och intresse för ämnet kan ha haft inverkan på vilka följdfrågor som ställdes. Det vill säga att intervjuaren kan ha valt att fokusera intervjun mot det som känns mest intressant.

Semistrukturerade intervjuer valdes då vi ville att deltagaren skulle prata mer fritt om sin upplevelse och inte styras av slutna frågor. Hade strukturerade intervjuer används så är risken att deltagarens hela upplevelse inte hade kommit fram i intervjuerna.

Åtta sjuksköterskor i äldreomsorgen har intervjuats. Deltagarna var kvinnor. Inga aktiva val har gjorts för att kontakta ett särskilt boende utefter vem som arbetade där, utan tillfälligheter gjorde att ingen manlig sjuksköterska var med bland deltagarna. När samtliga intervjuer var genomförda tog vi del av varandras intervjuer. Efter de sista intervjuerna framkom inga nya upplevelser och materialet kändes mättat. När ett mönster träder fram, som till exempel förklaringar som liknar varandra och att det inte kommer fram något nytt av intervjuerna så har saturation (mättnad) uppstått och forskaren kan börja med analysen (Henricson, 2012, s.223)

Analysen gjordes var för sig för att inte påverka varandra och få ett så trovärdigt resultat som möjligt. Trots detta framkom likvärdiga rubriker och kategorier. Henricson (2012, s.298-299) skriver för att öka trovärdigheten i forskningen är det bra om forskaren inte ensam har tolkningsföreträde av resultatet. Det är bra om forskaren tillsammans med en medforskare reflekterar över resultatet. På detta sätt kommer utmanade frågor fram och forskarna blir medvetna om de antaganden som de har gjort. Att denna studie har gjorts av två personer har inneburit att allt material i studien har diskuterats med varandra flera gånger under arbetets gång. Till vår hjälp har vi även haft handledare som har reflekterat och diskuterat med oss författare över materialet. Detta stärker studiens trovärdighet.

I en av kommunerna var det svårt att få godkännande av enhetscheferna på grund av att de ansåg att sjuksköterskan inte har tid att delta i studien. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:736, 26 b §) står det att landsting och kommuner ska medverka i bland annat genomförandet av kliniskt forskningsarbete. Enligt 6 kap. 1 § i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vården utföras på vetenskapliga grunder. Vi uppfattar det som att forskning inom äldreomsorgen inte är prioriterad och därför är svår att genomföra eftersom sjuksköterskans arbetsbelastning är för hög så att få

eller ingen av sjuksköterskorna har tid att ingå i en studie. Nordberg, Lundman & Santamäki Fischer (2012, s.13) menar att det finns för lite forskning inom alla områden som rör äldre människor.

Vår bedömning är att denna studie har en betydelse för omvårdnad, genom att den belyser sjuksköterskans upplevelse av brytpunktssamtalet och för att den lyfter frågan om ansvarsfördelning vid brytpunktssamtal så att fler blir medvetna om vad samtalet innebär och hur det blir till nytta för patienten och anhöriga.

Det finns ett behov av studier som visar på hur patient och anhöriga uppfattar informationen och samarbetet som sker när vård vid livets slut inleds för att kunna förbättra rutinerna. Det behövs även studier som klargör hur läkarna upplever brytpunktssamtalet och hur de ser på de befintliga rutinerna.

Slutsats

Sjuksköterskorna i studien tycker att den patientansvariga läkaren ska vara mer kliniskt närvarande på särskilt boenden och kommunicera mer med den äldre patienten och dennes anhöriga för att vårdens inriktning vid livets slut inte ska bli otydlig och kunna missförstås. Det framkom även i studien att sjuksköterskorna upplever att det inte är helt självklart vem som är ansvarig för brytpunktssamtalet, vad ett brytpunktssamtal ska innehålla eller när i tiden det ska hållas. Forskarna anser att det behövs riktlinjer för att kunna klargöra de frågor som framkommer i studien.

Referenslista

Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K. & Seymor, J. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliative Care*, 11(15). doi: 10.1186/1472-684X-11-15

Andershed, B., Ternestedt, B-M., & Håkansson C. (2013). *Palliativ vård, Begrepp & Perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A (1991). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Centrala etikprövningsnämnden. (2012). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Stockholm: CEPN. Hämtat från www.epn.se/media/24291/v_gledning_till_forskningspersonsinformation.pdf

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j. 1365-2648.2007.04569.x.

Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, JS., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., G., ... Fogarty, D. (2007). The challenge of patients unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative medicine*, 21(4), 313-322.

Fosse, A., Aase Schaufel, M., Ruths, S. & Malterud, K. (2014). End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives-A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.025>

Fromberg Gørlén, T., Gørlén, T. & Neergaard Asbjørn, M. (2013). Death in nursing homes: a Danish qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(5), 236-242.

Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M. & Grande, G. (2015). Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse, *Palliative Medicine*, 29(2). doi: 10.1177/0269216314551813

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Hov, R., Hedelin, B. & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People Nursing*, 8(1), 50-60. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x

Kaasa, S. (Red.). (2001). *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Kehl, K.A. (2015). How hospice staff members prepare family caregivers for the patients final days of life: An exploratory study. *Palliative medicine*, 29(2), 128-137. doi: 10.1177/0269216314551320

Löfmark, R. & Nilstun, T. (2000). Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support. *Postgraduate Medical Journal*, 76(891), 26-28. doi:10.1136/pmj.76.891.26

Nordberg, A., Lundman, B., Santamäki Fischer, R. (2012). *Det goda åldrandet*. Lund: Studentlitteratur.

Parker, SM., Clayton, JM., Hancock, K., Walder, S., Butow, PN., Carrick, S., ... Tattersall, MH. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain Symptom Management* 34(1), 81-93. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035

Patton. M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation metods*. London: Sage

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Metods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Region Gotland (2014). Gotland: Region Gotland. Hämtad 19 maj, 2015, från <http://www.gotland.se/77815>

Regionala cancercentrum i samverkan (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård för 2012-2014*. Stockholm: Regionalt cancercentrum. Hämtad från http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativvård_2012_final.pdf

Schildman, J., Cushing, A, Doyal, L. & Vollman, J. (2005). Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. *Palliative medicin*, 19(2), 93-98. doi:10.1191/0269216305pm996oa

Schmid Mast, M., Kindlimann, A. & Langewitz, W. (2005). Recipients perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 244-25.1 doi:10.1016/j.pec.2005.05.005

SFS 1982:736. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen (u.å.). *Termbanken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 januari, 2015 från <http://socialstyrelsen.iterm.se/>

Socialstyrelsen (u.å.). *Termbanken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 5 juni, 2015 från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=759>

Socialstyrelsen, 2005. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2012). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19490/2014-8-5.pdf>.

Strang, P. (2012). *Palliativ vård inom äldreomsorgen*. Lund: Vårdförlaget.

Svenska palliativregistret (2015a). *Kunskapsstöd brytpunktssamtal*. Kalmar: Svenska Palliativregistret. Hämtad från <http://palliativ.se/wp-content/uploads/2013/09/Brytpunkt20111.pdf>

Svenska palliativregistret (2015b). *Kunskapsstöd brytpunktssamtal-lathund för läkare*. Kalmar: Svenska palliativregistret. Hämtad från <http://palliativ.se/wp-content/uploads/2013/11/BPS-slutversion-131119.pdf>

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I & Andershed, B. (2013). *De 6 S:n. En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Verschuur, E.M.L., Groot, M.M. & van der Sande, R. (2014). Nurses perception of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245.

WHO (2015). *Definition of palliative care*. Geneva: WHO. Hämtad 23 februari, 2015 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Förfrågan till enhetschef inom Äldreomsorgen kommunalverksamhet

Vi är två sjuksköterskor som går vidareutbildning med inriktning vård av äldre och en del av vår utbildning är att skriva en magisteruppsats.

Syftet med detta brev är att informera och få ert godkännande för att kunna intervjua sjuksköterskan som arbetar på er enhet.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan i äldreomsorgen upplever brytpunktssamtal. Ett brytpunktssamtal kan genomföras när patientens sjukdomar inte längre går att behandla eller när patienten befinner sig i livets slut.

Studien kommer att genomföras av Bitte Ahlby från Gotland och Carina Löfstaf från Östersund. Någon av dessa två studenter kommer att göra intervju med er sjuksköterska. Intervjun kommer att spela in och beräknas ta 30-60 minuter. Vid sammanställningen av fakta används ingen information som gör att utomstående kan identifiera vem som har sagt vad och allt material kommer att förstöras när uppsatsen är klar och godkänd.

Sjuksköterskan deltar helt frivilligt i studien och de kan när som helst avbryta medverkan i studien utan att behöver förklara varför.

Sjuksköterskan får också fylla i ett samtycke till intervjun.

Med vänlig hälsning

Bitte Ahlby

biah0900@student.miun.se

Carina Löfstaf

calo1004@student.miun.se

Förfrågan om att delta i en studie

När en patient befinner sig i livets slut och det inte längre går att behandla patientens sjukdomar så kan ett brytpunktssamtal genomföras och syftet med denna studie är att undersöka hur sjuksköterskan upplever brytpunktssamtalet.

Studien genomförs av två studerande sjuksköterskor som bor på Gotland och Östersund. Någon av dessa två studenter kommer att göra intervju med er. Intervjun kommer att spelas in och sedan analyseras av forskarna. Data som vi får från er kommer att sättas ihop med data från den andra orten. Vid sammanställningen av data används ingen information som gör att utomstående kan identifiera vem som har sagt vad och allt material kommer att förstöras när rapporten är klar och godkänd.

Du deltar helt frivilligt och det är viktigt att veta att du när som helst kan avbryta din medverkan i denna studie utan att du behöver förklara varför.

Informationen utgår från lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Vi heter Bitte Ahlby från Gotland och Carina Löfstaf från Östersund och denna studie är vår magisteruppsats och en del av vår utbildning till specialistsjuksköterska mot vård av äldre.

Om du har frågor kontakta någon av oss

Bitte Ahlby

biah0900@student.miun.se

Carina Löfstaf

calo1004@student.miun.se

Samtycke

Jag har tagit del av den skriftliga och muntliga informationen omkring ett deltagande i studien.

Jag vill ha mera information om studien

Jag ger mitt samtycke till att delta.

Namn:.....

Datum:

Intervjuguide

Berätta om syftet med intervjun och tala om att sjuksköterskan när som helst kan avbryta deltagandet i intervjun.

Frågor

Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?

Hur många års erfarenhet har du av palliativ vård?

- **Beskriv hur ett brytpunktssamtal går till på din arbetsplats?**

Vem bestämmer att ett brytpunktssamtal ska genomföras

Vem är med

Vem håller i samtalet

Tas det upp om ej HLR

- **Berätta hur du upplever ett brytpunktssamtal?**

tex känslor

- **Berätta vad du har för roll vid ett brytpunktssamtal?**

Dokumentera, trösta, förklara, ge info till läkare

- **Får alla palliativa patienter ett brytpunktssamtal?**

Varför får en del inte det, vad är rätt tid för samtal

- **Är det något som kan förändras i brytpunktssamtalen?**