



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans upplevelse av övergången från kurativ till palliativ  
vård för äldre patienter i livets slutskede på ortopedisk vårdavdelning

The nurse's experience of the transition from curative to palliative care  
for elderly patients in the end stage of life at orthopedic care ward

Författare: John Harrysson & Kristina Nilsson

Handledare: Christina Bökberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2019

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Patienter på ortopediska vårdavdelningar är äldre, multisjuka och med hög mortalitet vilket kan leda till palliativa vårdbehov. Kortare vårdtider på sjukhus påverkar patienternas mortalitet och komplikationer efter vårdtiden. Det finns brister i palliativ vård inom akutsjukvården. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa sjuksköterskors upplevelser av övergången från kurativ vård till palliativ vård för äldre patienter i livets slutskede som vårdas på ortopediska akutvårdsavdelningar. **Metod:** Kvalitativ ansats användes. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 12 sjuksköterskor med erfarenhet av syftet. Texten analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** De flesta sjuksköterskorna upplevde att det medicinska beslutstagandet kommer för sent i övergången från kurativ till palliativ vård men ansåg läkarens beslut som svårt att ta. En frustration upplevdes däremot när läkarna inte lyssnade på vårdpersonal i övergången som tidigare än läkarna såg patienternas palliativa vårdbehov. Sjuksköterskorna påtalade vikten av stöd från erfarna kollegor men saknade teamarbete med övriga yrkesprofessioner. Sjuksköterskorna upplevde kommunikationen med anhöriga som beroende på individuella faktorer. Preoperativa samtal önskades av sjuksköterskorna för att efterforska sköra patienternas och deras anhörigas önskan vid eventuell övergång till palliativ vård. **Konklusion:** Utbildning inom palliativ vård och förhållningssätt behövs inom ortopediska vårdavdelningar samt diskussionsforum behövs mellan medicinsk och omvårdnadsprofession.

**Nyckelord:** Ortopedi, övergång, äldre, kurativ, palliativ, sjukhus och sjuksköterskor.

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	3
<b>Problemområde</b> .....	5
<b>Bakgrund</b> .....	5
Ortopedi och den äldre patienten. ....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	6
Kurativ vård .....	7
Palliativ vård gentemot vård i livets slutskede .....	7
Transition från kurativ till palliativ vård. ....	7
Palliativ vård .....	8
Palliativ vård av äldre .....	8
Sjuksköterskans roll, etisk syn och kompetens vid vård i övergången till palliativ vård .....	10
<b>Syfte</b> .....	12
<b>Metod</b> .....	12
Urval .....	12
Datainsamling .....	14
Analys av data .....	14
Förförståelse .....	16
Forskningsetiska avvägningar .....	16
<b>Resultat</b> .....	17
Samspel med anhöriga .....	18
Kommunikation med anhöriga .....	18
Anhörigas medverkan vid brytpunktsamtal .....	19
Medicinsk profession .....	20
Beslutsfattandet. ....	20
Olika läkarspecialiteter .....	21
Patienten i centrum .....	22
Beslutsförmågan hos patienter .....	22
Stödjande struktur för sjuksköterskor .....	23
Erfarenhet och trygghet .....	23
Kontinuitet och bli lyssnad på .....	24
<b>Diskussion</b> .....	25
Metoddiskussion .....	25
Giltighet .....	25
Tillförlitlighet .....	26

Delaktighet .....	26
Överförbarhet.....	26
Resultatdiskussion.....	27
Framtida studier.....	30
<b>Konklusion och implikationer .....</b>	<b>30</b>
Tack .....	31
<b>Referenser .....</b>	<b>32</b>
Bilaga 1 .....	42

## Problemområde

Tidigare forskning har visat att äldre patienter som vårdas på ortopediska avdelningar, har förhöjd mortalitet vid frakturer (Bliuc et al., 2009), vilket kan leda till ett palliativt vårdbehov (Watters, Harvey, Meehan & Schoenly, 2005). Enligt definitionen av World Health Organization (WHO, 2002) omfattar begreppet palliativ vård såväl fysiska, psykosociala och existentiella problem och innefattar ett förhållningssätt som ska tillämpas på de som behöver det – oavsett ålder, kön och diagnos eller vårdplats. Enligt Hahne, Lundström, Leveälähti, Winnhed & Öhlén, (2017) bör palliativ vård finnas inom alla vårdinrättningar och deras forskning visar på svårigheter och brister gällande övergången till palliativ vård inom akutsjukvården. Svårigheter kan vara att personal saknar kunskap inom palliativ vård och istället använder sig av förvärvad kunskap genom erfarenhet. (Hahne et al., 2017).

Ortopedisk avdelning är främst en kurativ avdelning med korta vårdtider vilket kan leda till att äldre patienter som vårdas där inte erbjuds optimal palliativ vård i livets slutskede. Medianvårdtiden för patienter med höftfrakturer år 2017 är sju dagar på sjukhus, som har minskat 19 dagar sedan 1980. Rapporten framhåller att om vårdtiden kortas till mindre än tio dagar ökar risken för komplikationer och död efter utskrivning (Rikshöft, 2017). Akutinläggning på sjukhus för patienter med höftfraktur sammankopplas med hög mortalitet och det behövs en bättre struktur för palliativ planering (Davies, Tilston, Walsh & Kelly 2018).

## Bakgrund

### *Ortopedi och den äldre patienten.*

Ortopedi omfattar rörelseorganens sjukdomar och skador hos både barn och vuxna. Ortopedi är en kirurgisk specialitet då operationer numera utgör en viktig del av ortopedi. (Nationalencyklopedin, u. å.). Sjuksköterskor på ortopediska vårdavdelningar möter patienter med osteoporos, artros i knä och höft, reumatism, Parkinsons sjukdom och cancer i skelettet (Watters, Harvey, Meehan & Schoenly, 2005). Fragilitetsfrakturer beror på osteoporos där benmassan blir utarmad och skelettet blir skört och frakturer inträffar lätt (van Oostwaard, 2018). Äldre patienter som vårdas på ortopediska avdelningar är inte heterogena men fragilitetsfrakturer är allvarliga händelser som påverkar både patienten och dess närstående.

Äldre patienter med fragilitetsfrakturer, som höftfrakturer, kotkompressioner, bäckenfrakturer, och underbensfrakturer har alla en ökad mortalitet vilket frakturen kan vara signal för. Även patienter med mindre frakturer som underarmsfrakturer har ökad mortalitetsrisk vid hög ålder (Bliuc et al., 2009; Johnston, Holleran, Ong, McVeigh & Ames, 2018; Socialstyrelsen, 2012; Watters, Harvey, Meehan & Schoenly, 2005). En typ av fragilitetsfraktur är patienter med höftfraktur, där mortaliteten kan vara 10 % efter en månad och 30 % efter ett år (Lisk & Yeong, 2014). Enligt Rikshöft (2017) är mortaliteten efter ett år för patienter med höftfraktur 25 % i Sverige. Genomsnittsåldern för patienter med höftfrakturer är 82 år och ses som en skör grupp där höftfrakturen kan vara ett tecken på medicinsk nedsatthet (Dunn, Ahn, Bernstein, 2016; Turesson, Ivarsson, Thorngren & Hommel 2018). En annan diagnos inom ortopedi är underbenamputationer, där patienterna är ofta multisjuka, diagnoser som ischemi eller diabetes och med hög mortalitet. 30-dagarsmortalitet är 22 %, 1-årsmortaliten är 44 % (Fortington et al., 2013; Taylor et al., 2015).

Enligt Rikshöfts årsrapport (2017) hade 60 % av patienter med höftfraktur ASA-klassifikation (American Society of Anesthesiologists, ASA), grad tre (patient med allvarlig systemsjukdom) och 10 % hade ASA-klassifikation grad fyra (patient med allvarlig och ständigt livshotande systemsjukdom). ASA-klassificering är ett sätt att bedöma patienters preoperativa risk inför operation med skala från ett till sex (Keats, 1978, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, 2015). Under 2018 vårdades 1610 patienter som var över 80 år inom ortopedi på Skånes universitetssjukhus (SUS), av dessa hade 1209 patienter mer än en bidiagnos. Av de akut inlagda patienterna fanns en variation på 2–11 bidiagnoser. 19 patienter av de 1610 avled under vårdtiden enligt I. Andersson (personlig kommunikation, 7 maj 2019).

## Perspektiv och utgångspunkter

Omvårdnad kan ses från ett livscykelperspektiv. Livscykelperspektivet handlar om hur människan utvecklas och förändras från födelse till död. Omvårdnadsbehovet kan vara stort under den äldres sista levnadsår och där den äldre personens basala fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov behöver tillfredsställas. Omvårdnaden om den äldre personen i övergången till livets slut innebär hjälp med att uthärda lidande och få avlida på ett värdigt sätt (Ternstedt & Norberg, 2009). I Ruland och Moores, (1998) omvårdnadsteori Peaceful end of life theory ingår en fridfull död. Teorin utgår från expertsjuksköterskors erfarenhet av vård i

livets slutskede. Kontexten i omvårdnadsteorin är akutsjukhus och familjeenheten av patient och närstående. Centralt begrepp inom teorin är:

Frihet från smärta (Not being in pain) – smärta ses som obehaglig och emotionell upplevelse.

Upplevelse av komfort (Experience of comfort) – Patienten ska inte uppleva törst och illamående utan uppleva optimal komfort. Patient och närstående ska uppleva en fridfull omgivning.

Upplevelse av värdighet och respekt (Experience of dignity and respect) – Patienter och närstående ska ses som självständiga individer och behandlas med värdighet och respekt.

Upplevelse av frid - (Being at peace) – patienten ska uppleva lugn, harmoni och belåtenhet. Patient ska inte besväras av oro, ångest och rädsla.

Vara omgiven av sin familj - (Closeness to significant others) - patienten ska uppleva fysisk och emotionell närhet med andra personer som bryr sig (Ruland & Moore, 1998).

### *Kurativ vård*

Kurativ vård definieras som botande behandling med fokus på att patienten ska återfå tidigare hälsa. Bot är dock inte alltid möjligt och kan påverkas av hög ålder och multisjuklighet (Glimelius, 2012).

### *Palliativ vård gentemot vård i livets slutskede*

Palliativ vård innebär att patienten erhåller olika former av behandlingar och stöd för ett meningsfullt och aktivt liv trots livshotande sjukdom. Däremot vård i livets slutskede innebär att sjukdomen inte längre kan bromsas, det finns en viss förväntad livstid kvar i veckor och dagar. Syftet med vården blir att lindra symptomen (1177.se, 2018). Definitionen av vård i livets slutskede är när döden är oundviklig inom en överskådlig framtid (Socialstyrelsen, 2013).

### *Transition från kurativ till palliativ vård.*

Övergång (transition) definieras som en förändring i personens sociala status och denna ändring kan vara utvecklingsrelaterad (exempelvis barn utvecklas till vuxen), situationsrelaterad (exempelvis skilsmässa) eller hälso- och sjukdomsrelaterad (från sjuk - frisk eller frisk - sjuk). Transitioner utmanar personens identitet och kan orsaka otrygghet i personens vardag. Den slutliga transitionen är döden och okunskapen om vad som kommer efter (Ternestedt & Norberg, 2009). Transition i denna magisteruppsats är övergången från kurativ till palliativ vård

(från frisk till sjuk) där mortaliteten på patienter med höftfrakturer är hög vid ankomst till sjukhus och vården i livets slutskede kan vara kort och svåröversäglbar (Davies, Tilston, Walsh, & Kelly 2018).

### *Palliativ vård*

WHO (2002) definierar palliativ vård som ett förhållningssätt i att förbättra livskvalité för patienter och närstående vid livshotande sjukdom, genom att förebygga och lindra smärta och andra fysiska, psykologiska och existentiella problem. Enligt European Association Palliative Care (EAPC, 2009) är palliativ vård det som återstår när kurativ behandling avbryts. Brytpunktsamtal mellan läkare och patient markerar övergången från kurativ och palliativ vård där vården ändras från botande till lindrande (Regionala cancercentrum i samverkan [RCC], 2016). Palliativ vård kan ses som två faser – inledande palliativ fas och senare avslutande palliativ fas. Ingen tydlig brytning finns mellan dessa faser utan snarare en flytande förändring där det kan vara problematiskt att bestämma när vården övergår från kurativ till palliativ (Socialstyrelsen 2013). De fyra hörnstenarna inom palliativ vård är symtomlindring exempelvis smärtlindring, och ångestlindring. Samarbete mellan olika yrkeskategorier, vilket på en ortopedisk avdelning kan innebära läkare, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Kommunikation och relation, att en god kommunikation skall hållas mellan arbetslaget, patienten och anhöriga. Stöd till de närstående, under sjukdomen och efter döden (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård kan ses utifrån ett tvärvetenskapligt synsätt där en helhetsbild finns av patienten, familjen och samhället. Patientens behov ska tillgodoses vart hen än befinner sig, antingen i hemmiljön eller på sjukhuset. Förenta Nationerna (FN) betonar i de mänskliga rättigheterna alla människors lika värde, lika rättigheter och rätt till trygghet vid sjukdom (Regeringskansliet, 2015). Döden ska mötas på ett tryggt och värdigt sätt och den döende ska ses som en person och vara delaktig i sin vård (Ternestedt & Andershed, 2013).

### *Palliativ vård av äldre*

WHO definierar äldre som 65 år och äldre-äldre som 80 år och över, men menar även att definitionen inte är universell (WHO, 2001). Äldre personers döende och död skiljer sig från yngre personers. Äldre är ofta multisjuka med flera sjukdomar samtidigt, äldre kan ha en komplex sjukdomsbild och ett långvarigt sjukdomsförlopp med kontakt med äldreomsorgen och sjukhus innan personen avlider (Ernst Bravell, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2013) är



döendet mer långdraget hos äldre och det är svårare att identifiera. Det existerar ingen exakt tidpunkt för ”i livets slutskede”. Enligt Murray, Kendela, Boyd & Sheikh (2005) finns en svårighet i att avgöra ett sjukdomsförlopp. Kroniska sjukdomar exempelvis hjärtsvikt, har ingen tydlig brytpunkt i tid för när livets slutskede inträffas såsom cancer kan ha. Döendet kan vara långsamt med en eller flera försämringar som slutligen avslutas med en plötslig död. Ek, Andershed, Sahlberg-Blom och Ternestedt (2015) påtalar även ett annat förlopp där växlingar sker mellan förbättring och försämring tills plötslig död.

Av alla avlidna i Sverige under 2018 var 59 % 80 år eller äldre (Statistiska centralbyrån [SCB], 2019). Patienter över 85 år avlider oftare i kroniska sjukdomar än av cancerrelaterade sjukdomar. Samhället måste börja förbereda sig till denna åldersrelaterade ökning från ett hållbarhetsperspektiv. Äldre patienter återgår oftare till hemmet från sjukhus och skrivs i lägre grad ut till palliativ enhet jämfört med yngre. Äldre smärtskattas mindre och har i lägre grad brytpunktsamtal än yngre (Saracino, Bai, Blatt, Solomon & McCorkle, 2018). Den äldre patientens livskvalité kan påverkas eller förhindra vård i övergången till livets slutskede när vårdpersonal inte kan enas om behandlingsval eller inte uppmärksammar att den äldre är i livets slutskede (Lewis, 2013). Palliativ vård är ojämlik med avseende på ålder, kön, sexuell läggning och geografisk hemvist (Norberg & Ternestedt, 2013). På avdelningar som inriktas på kurativ behandling, råder det en rädsla att samtala om döden och på så sätt ta bort hoppet och skapa en ångest för patienterna och dess närstående; istället fokuserar personalen på olika behandlingsalternativ. Patienter och närstående vill gärna samtala om svåra saker, men har svårt att inleda samtal med personalen (Hjelmfors et al., 2018). Enligt Watters et al. (2005) tenderar vårdpersonal inom ortopedi att ignorera döden och det finns en ovillighet att ha samtal om döden trots en medvetenhet att alla patienter kan avlida. Vården i livets slutskede hos patienter med höftfrakturer försenades avsevärt och patienterna erhöll många undersökningar och aktiva behandlingar som pågick fram till patienten avled trots dåliga prognoser (Davies, Tilston, Walsh, & Kelly 2018).

I socialstyrelsens utvärdering av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016) framkom att sjuksköterskor och läkare inom kirurgiska specialiteter erhöll mindre utbildning och fortledning jämfört med andra specialiteter som geriatrik, lungmedicin och onkologi.

### *Sjuksköterskans roll, etisk syn och kompetens vid vård i övergången till palliativ vård*

Sjuksköterskans roll i vården av patienter i livets slutskede består av att hjälpa patienten genom övergången från kurativ till palliativ vård i livets slutskede. (Canzona et al., 2018). Sjuksköterskans nyckelroll är att tala med patient och anhöriga om möjligheten att patienten kan avlida och förutse patienters och närståendes behov (Watters et al., 2005). Enligt Dillworth et al. (2016) är det sjuksköterskan som sak att ge information som patienter och närstående kan ta till sig och att stödja närstående att förstå att den äldre personen närmar sig livets slutskede. Enligt Canzona et al. (2018) upplever sjuksköterskor, i transitionen från kurativ och palliativ vård, svårigheter med att kommunicera med patienter och närstående när vårdens mål inte meddelats till patienten eller patienten inte förstått. Oklarheten kunde orsaka förnekelse och vrede hos patienten och närstående och påverkade sjuksköterskors stödjande roll och ledde till att sjuksköterskan behövde sätta gränser för att bibehålla sin yrkesroll. Trots detta är stöd till patienten och familjen kärnan i sjuksköterskornas arbete.

Sjuksköterskan kan förmedla patientens och närståendes synsätt och behov till läkaren vid övergången till vård i livets slutskede (Long-Sutehall et al., 2011) och Frank (2009) menar att sjuksköterskan, patient och läkare gemensamt tar beslutet att ingå vård i livets slutskede. Konflikt mellan läkare och sjuksköterskor kan finnas, exempelvis om vilken behandling som ska prioriteras och om/när behandling kan avslutas (Frank, 2009). Det finns en stark koppling mellan ”god” död och delat beslutsfattande. Sjuksköterskans etiska kod nämner grundläggande ansvarsområden: främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och hindra lidande. Etiska koden menar att det ligger i vårdandets kultur att respektera mänskliga rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge sakkunnig vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i samråd med patienten; patienter har rätt att avsluta behandlingar, samtliga eller de som kan orsaka lidande hos patienter. Läkaren ska avsluta behandlingen i samråd med patient och närstående (RCC, 2016).

Personal som arbetar inom vården ställs inför etiska beslut där vårdpersonal med sitt sätt att handla och förhålla sig till situationer gör val. I en studie, där anhöriga önskade aktiv medicinsk behandling för sin närstående i palliativt skede, framkom att vårdpersonalen oftast kunde lösa det etiska problemet med information till närstående om varför vårdpersonal gjorde vad de gjorde. Vårdpersonals önskemål var att läkarna var mer involverade i de etiska valen (Gjerberg,

Førde, Pedersen & Bollig, 2010). Etiska konflikter kunde upplevas av sjuksköterskor när fortsatt medicinsk behandling, exempelvis dropp, fortsattes i övergången till palliativ vård, där sjuksköterskorna var osäkra på fördelen för patienten eller om dödsprocessen förlångsammades och ledde till lindande för patienten (Rejnö & Berg, 2015).

Sjuksköterskor upplevde att behandlingen inte var baserad på vetenskap och konflikten mellan sjuksköterskor och anhöriga om behandlingsnivå kunde ge sjuksköterskan samvetsstress. Om patientens tillstånd förbättrades kunde sjuksköterskorna bli osäkra på i fall de rätta besluten tagits och beslut kunde vara svåra att ändra, då det påverkade anhörigas tilltro till vården (Rejnö & Berg, 2015). Det har sedan tidigare varit känt att äldre personer som dör på sjukhus har brister i vården i livets slutskede. Sjuksköterskor som vårdar äldre personer behöver utbildning och träning i vård i livets slutskede för att möta patienternas behov. Vården bör utformas så att patienterna vårdas med värdighet och respekt och personcentrerad vård kan vara del i detta (Onslow, 2009). Sjuksköterskor på kirurgiska avdelningar upplever suboptimal miljö för överföringen från kurativ till palliativ vård på sjukhusen, där faktorer som kort vårdtid påverkar sjuksköterskan möjlighet till relation med patienten och möjligheten för diskussion om vård i livets slutskede. (Garner et al. 2013). Enligt Andersson, Salickiene, och Rosengren (2016) uttryckte sjuksköterskor en frustration över att läkare prioriterade patienter med kurativa behov och inte patienter med palliativa behov, vilket kunde leda till att beslut om palliativ vård försenades. Önskemål fanns om att ge högkvalitativ palliativ vård men kunskap och tid saknades i synnerhet för nya sjuksköterskor.

Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska, vård av äldre, innefattar utveckling av omvårdnadsarbetet inom den egna verksamheten, leda och utveckla omvårdnadsarbetet inom äldrevården med utgång från vetenskap och beprövad erfarenhet och tillse att den äldre patienten erhåller vård i livets slutskede med utgång från det palliativa synsättet. Kärnkompetensen samverkan i team, där samarbete i dialog med andra yrkesgrupper där alla yrkesgrupper specialitet kompletterar varandra utan inbördes prestige optimerar patientens vård. Specialistsjuksköterskans roll är stödjande och samspelande i detta team (Carlström, Kvarnström & Sandberg 2013).

Sjuksköterskor inom somatiska akutsjukvården upplever brister i övergången från kurativ vård till palliativ vård som kan innefatta etiska problem, kommunikationen med anhöriga kan vara svårhanterbara för sjuksköterskor samt beslut om övergång till palliativ vård kan försenas och

orsaka lidande för patienterna. Det finns få studier inom ortopedisk vård och det är författarnas avsikt med föreliggande studie att studera kontexten inom ortopedi.

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av övergången från kurativ vård till palliativ vård för äldre patienter i livets slutskede som vårdas på ortopediska vårdavdelningar.

## **Metod**

Studien har en kvalitativ och induktiv ansats. Empiriska data har samlats in genom semistrukturerade individuella intervjuer med sjuksköterskor verksamma på ortopediska vårdavdelningar i södra Sverige.

## **Urval**

Informanterna valdes ut genom strategiskt urval. Malterud (2014) poängterar att omsorgsfullt välja sitt urval för att erhålla så mycket bred och varierad information som möjligt från informanterna relaterat till studiens syfte och Henriksson & Billhult (2017) menar att finna personer med erfarenhet av studiens fenomen kan ge rika beskrivningar och olika erfarenheter. Därför sökte författarna informanter från olika sjukhus. Sjuksköterskor som inkluderades i studien var sjuksköterskor som arbetat minst sex månader på ortopedisk vårdavdelning. Sjuksköterskor som exkluderades var sjuksköterskor som inte vårdat patienter i livets slutskede. Tolv sjuksköterskor inom verksamhetsområdet ortopedi i Södra Sverige inkluderades i studien. Bakgrundsvariabler redovisas i tabell 1. Tio av sjuksköterskorna arbetade kliniskt på en ortopedisk vårdavdelning. Två av sjuksköterskorna hade arbetat på en ortopedisk vårdavdelning men arbetade vid intervjun på en kirurgisk/ortopedisk dagvårdsavdelning. De hade varit verksamma mellan tre och åtta år på ortopedisk vårdavdelning. Två av sjuksköterskorna hade erhållit utbildning inom palliativ vård.

Tabell 1. Bakgrundvariabler för sjuksköterskorna och intervjutider

<b>Bakgrundsvriabler</b>	<b>Deltagare</b>
<b>Ålder</b>	
Medelålder (min -max)	35 (26–54)
Medianålder	34
<b>Yrkeserfarenhet, år</b>	
Medeltid yrkeserfarenhet (min-max)	8 (0,5-31)
Mediantid	3
Medeltid anställningstid (min-max)	5,3 (0,5-31)
Mediantid	2
<b>Kön, n</b>	
Kvinnor	10
Män	2
<b>Intervjutid, minuter</b>	
Medellängd (min-max)	36,5 (27-58)
Medianlängd	37

## Instrument

En intervjuguide (Bilaga 1) användes vid datainsamlingen samt tilläggsfrågor för att uppnå mer information och en fördjupning i frågan, såsom Vad hände sedan?

Intervjuguiden utformades från studiens syfte och provades först i två pilotstudier. Intervjuguiden accepterades utan ändringar därför inkluderades pilotstudierna i resultatet. I intervjuguiden, informationsbrev och inför intervjun poängterades för informanterna att den äldre patienten var i fokus. Intervjuguiden började med att be informanterna beskriva två upplevda erfarenheter av övergångar, en positiv och en negativ, för att få informanten introducerad till syftet. Vidare frågeområden var upplevda etiska problem, kommunikation med anhöriga, rutiner om brytpunktsamtal och rutiner vid avslutande av kurativ vård samt frågan om informanten hade erhållit någon utbildning inom palliativ vård.

## Datainsamling

Förfrågan om samtycke sändes via mejl till verksamhetschefer vid sjukhus i södra Sverige (Bilaga 2). Alla verksamhetschefer gav samtycke till studien. Kontakt togs via telefon och mejl med berörda enhetschefer med information om studien och projektplan och brev till mellanhand sändes via epost (Bilaga 3). Enhetscheferna presenterade studien för sjuksköterskorna och inhämtade intresse från en sjuksköterska vars kontaktuppgifter vidarebefordrades till författarna. Författarna besökte därefter avdelningarna och informerade själva om studien, nio sjuksköterskor visade intresse och intervjuer bokades. Ett tillfrågat sjukhus kunde inte delta inom tidsintervallet för denna studie. Kontakt togs då med en enhetschef inom dagkirurgisk avdelning som var verksam vid ett tidigare tillfrågat sjukhus med samma verksamhetschef som ortopedisk avdelning. Enhetschefen gav godkännande till att kontakt togs med två sjuksköterskor som tidigare arbetat på ortopedisk vårdavdelning. Dessa sjuksköterskor tillfrågades vid ett fysiskt informationstillfälle och gav godkännande till att delta.

Intervjuerna skedde i enskilt samtalsrum på medarbetarens arbetsplats. Intervjutiderna redovisas i tabell 1. Intervjun spelades in med ljudinspelare Informanterna uppmanades prata fritt och med öppenhet i linje med Polit & Beck (2017). Båda författarna deltog i de åtta första intervjuerna, då var en av författarna (K.N) huvudansvarig för själva intervjun med den andra författaren (J.H) var observatör för att kunna ställa följdfrågor och se reaktioner på informanterna. Författare (J.H) har haft en arbetsrelation med två av informanterna, därför intervjuades sjuksköterskorna av den andra författaren (K.N). Återstående intervjuer delades upp mellan författarna. Författarna har en begränsad erfarenhet av att intervjua därför diskuterades erfarenheten och känslan av alla intervjuerna direkt efteråt. Intervjuerna skrevs ut ordagrant (transkriberades) av en av författarna (K.N). Detta innebar att även pauser och känslor (skratt) dokumenterades. Transkriberingen skedde direkt efter intervjuerna. Den andra författaren (J.H.) lyssnade igenom intervjuerna och ansvarade för att transkriberingen stämde med intervjuerna.

## Analys av data

Intervjumaterialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys och utfördes enligt anvisningar från Lundman och Hällman Graneheim (2017). Kvalitativ innehållsanalys innebär att texten först läses igenom flera gånger för helhetsbild. Sedan kondenseras, kodas, kategoriseras och eventuellt utmynnar i ett eller flera kategorier eller teman. Kategorier är på manifest

(beskrivande) nivå och teman är på latent (tolkande) nivå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Efter transkriberingen läste det utskrivna materialet igenom av båda författarna flera gånger var för sig. Författarna tog enskilt först ut meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte, träffades därefter och diskuterade fram slutliga meningsbärande enheter. För att underlätta processen analyserades först de första sex intervjuerna och sedan sista sex tills koderna var utarbetade. Därefter analyserades allt material tillsammans.

Meningsbärande enheterna delades först upp i positiva och negativa domäner men omarbetades innan slutliga analysarbetet till en domän. Författarna började analysprocessen med att kondensera meningsbärande enheter till koder. Koden är en etikett med få ord som bör ligga nära texten (Danielsson, 2017). Koderna skrevs in Excel för att tydliggöra processen, för underlätta koderna med liknande innehåll bildades subkategorier som därefter samordnades i kategorier, exempel på analysprocessen se i tabell 2. Under analysen diskuterades möjliga kategorier och underkategorier men resultatet utmynnade till sist i fyra kategorier och sju underkategorier.

Tabell 2. Exempel analysprocessen. Positiva och negativa domäner.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
<i>”Jag tänker att man utsatte patienten för ett stort lidande... och där man som sjuksköterska ser det men får inte riktigt gehör för det”.</i>	<i>Utsatte patienten för lidande ... sjuksköterska ser men får inte gehör.</i>	<i>Lidande, då inte får gehör.</i>	<i>Kontinuitet och bli lyssnad på</i>	<i>Stödande struktur för sjuksköterskor</i>
<i>Det kan ju vara beroende på ... vem patienten är och ... hur pass tidigt ute i palliativa fasen hen är men är de vid medvetande så ska dem vara med och kunna vara med att besluta.</i>	<i>Om patienten är vid medvetande ska de vara med och ta beslut beroende på vem och hur tidigt i palliativa fasen dom är.</i>	<i>Patienten ska involveras om de är möjligt.</i>	<i>Beslutsförmåga hos patienten.</i>	<i>Patienten i centrum.</i>

## Förförståelse

Förförståelsen är bakgrunden som påverkar författarnas sätt samla in och läsa data. Det är erfarenheter och yrkesmässiga perspektiv som finns i studiens början. Förförståelsen kan vara en motivation men även en begräsning (Malterud, 2014). Författarna arbetar på ortopedisk vårdavdelning och har erfarenhet i vårdandet av patienter i transitionen från kurativ till palliativ vård. Under arbetsgång och under analysen har författarna försökt vara neutrala i sina tankar för att inte påverka resultatet och diskuterat sin förförståelse med varandra.

## Forskningsetiska avvägningar

Studien har etiskt tillstånd från Etikrådet vid Specialissjuksköterskeprogrammet Nano Syd, Diarienummer SPÅ 2019:4/2019-05-20. Efter godkännande inhämtades godkännande till studien från verksamhetschefer för ortopediska kliniker i södra Sverige

Helsingforsdeklarationen styr forskning (World Medical association [WMA], 2017). I forskning som involverar människor, måste forskarna bedöma riskerna och eventuella bördor som kan uppstå genom projektet. Riskerna med studien måste hela tiden utvärderas och värderas för att säkerhetsställa att ingen deltagare kommer till skada. Deltagarnas integritet måste skyddas liksom deras utsagor. Deltagandet ska ske på frivillig basis och deltagarna ska informeras om studiens syfte, metoder, risker, fördelar, intressekonflikter (informerat samtycke) samt att deltagaren när som helst och utan orsak kan avbryta sitt deltagande i studien. Ny kunskap får inte vara avgörande för människors olika rättigheter (VMA, 2017). Detta stärks ytterligare av Beauchamps och Childress (2013) *autonomiprincip*, deltagarna har rättighet att avsluta studien när de vill och författarna har skyldighet att respektera detta. Inför intervjuerna gavs återigen information om studien, att deltagande var frivilligt och informanterna gavs chans att avbryta utan konsekvenser. Enligt Beauchamps och Childress (2013) etiska principer om att *icke skada* och *göra gott* ska deltagarna i studien sättas främst och ska inte riskeras att skadas. Deltagarna ska inte heller få sin integritet kränkt. Författarna anser att ingen av informanterna kom till skada under intervjuerna. Informanterna valde själv att intervjuas på sin arbetsplats och valde själv en avskild lokal. Studieförfattarnas bedömning är att informanterna inte upplevde något obehag av intervjun. Efter intervjun ställde författarna frågan om intervjun hade upplevts som behaglig och om informanterna hade något att tillägga. Vid två intervjuer upplevde författarna att informanterna blev berörda av minnen, vid förfrågan svarade informanterna att de hade stöd från kollegor och vänner. Informanterna såg inget behov av mer stöd.

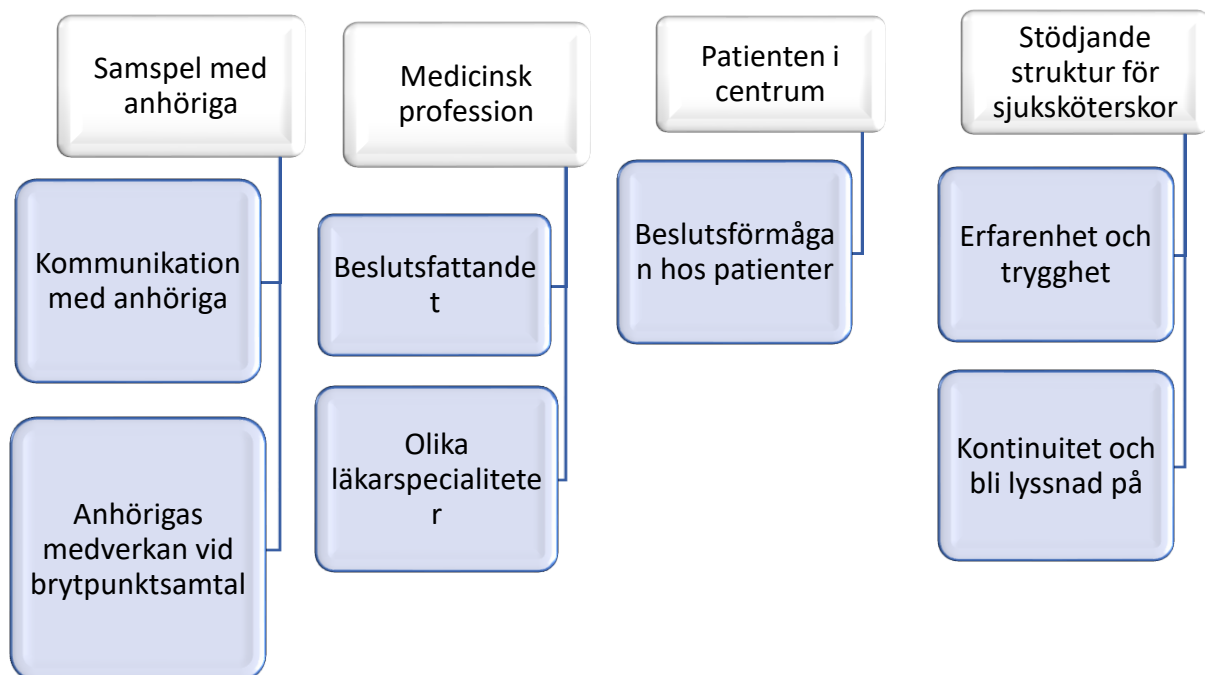


Utskrivna intervjuer kodades med bokstäver (A-L) för att upprätthålla informanternas konfidentialitet och den preliminära kodnyckeln delades under analysen mellan författarna. Under analysen förvarades materialet inlåst i ett brandsäkert skåp på ortopediska kliniken, enbart författarna ägde tillträde till skåpet. När dataanalysen gjorts utformades kodnyckeln i sin helhet och inlämnades till handledaren ihop med ljudinspelaren för att förvaras inlåst i ett skåp på Health Science Center i Lund där studieförfattarna och handledaren har tillgång. Efter avslutad studie förstörs kodnyckel, utskrivna texter samt att textfiler på ljudspelaren raderas.

## Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier och sju underkategorier (se tabell 3.) Första kategorin samspel med anhöriga och innehöll två underkategorier: kommunikation med anhöriga och anhörigas medverkan vid brytpunktsamtal. Den andra kategorin medicinsk profession: bestod av underkategorierna beslutsfattandet och olika läkarprofessioner. Tredje kategorin innehöll en underkategori som var beslutsförmågan hos patienterna. Sista kategorin var stödjande struktur för sjuksköterskor med underkategorierna erfarenhet och trygghet och kontinuitet i teamarbete och lyhördhet

Tabell 3. Kategorier och underkategorier.



## Samspel med anhöriga

Sjuksköterskornas samspel med anhöriga upplevdes vara både positivt och negativt. I underkategorin kommunikation med anhöriga beskrevs sjuksköterskans upplevelse av anhörigas reaktion av sin närståendes allmäntillstånd och hur sjuksköterskan kommunicerade med anhöriga. Brytpunktsamtal med anhöriga handlade om var brytpunktsamtal genomfördes.

### *Kommunikation med anhöriga*

Sjuksköterskorna upplevelse var att det var mer hanterbart när alla involverande var överens om vårdens mål och när välinformerade anhöriga framförde sin sjuke närståendes vilja. Kontrasten var enligt sjuksköterskornas erfarenhet, när syskon var oense. Det var svårare att komma fram till ett beslut om avbrytande av kurativ vård när anhöriga hade olika synsätt på vården. Sjuksköterskorna upplevelse var mer positiv när syskonen var införstådda med avslutandet av kurativ vård och övergången till lindrande palliativ vård.

*”Som generellt, tycker jag, att anhöriga, att det är så mycket otroligt lättare när de ... är införstådda... för då är det lättare att hantera att det kanske blir jobbiga känslor, sorg redan innan någon har gått bort eller det är lättare att hantera, det blir också ... det blir märkbart mer hanterbart för dem... det är lättare att prata med dem, lättare att ha en dialog om ... man är införstådd... och motsatsen då man inte är det” (Sjuksköterska G).*

En del sjuksköterskor upplevde svårigheter i kommunikationen med anhöriga, då anpassade en sjuksköterska sin yrkesprofession efter anhörigas behov, såsom vara tröstande, informerande eller endast närvarande i rummet.

*”Det är nog inte själva... döden som är jobbig för mig att hantera i anhörigas utan det är mer vem jag ska vara för dem ...ja vilket stöd jag kan ge ... vill de jag ska vara den som bara sitter och håller deras hand ... eller vill de jag ska vara den som ... pratar ... ska jag bara finnas i rummet ... ska jag berätta vad jag gör”. (Sjuksköterska D).*

Det upplevdes som positivt av sjuksköterskorna när involverade anhöriga aktivt framförde sin icke beslutsförmögna anhörigs vilja och det var tydligt när parterna samtalat innan

vårdvinstelsen. Överlag önskade sjuksköterskorna att anhöriga kunde involveras mer och tidigare i att förmedla den äldre patientens önskemål och vilja om sin sista tid.

När den närstående var äldre-äldre upplevde ett fåtal sjuksköterskor att döden var mer förväntad av anhöriga men anhöriga kunde ändå vara upprörda och ledsna. I kontrast mot detta upplevde andra sjuksköterskor att anhöriga inte alltid förstod hur sjuk den närstående var och där kunde tidsaspekten vara av betydelse. Anhöriga kunde behöva tid för att förstå att döden var förestående, utdragen och behövde accepteras. Anhörigas reaktion kunde variera mellan förståelse men inte acceptans av den närståendes försämrade tillstånd till förnekelse av att den närståendes förestående död.

En annan aspekt var att sjuksköterskornas såg behovet av palliativ vård, men kunde inte kommunicera behovet till anhöriga utan fick göra en avvägning av vad som kunde kommuniceras vilket påverkade anhörigas förtroende. Vissa anhörigas reaktion i denna situation kunde även göra en erfaren sjuksköterska osäker oavsett hur länge sjuksköterskan arbetat. Anhöriga kunde uppfattas som ifrågasättande av vården och beslutet av sjuksköterskor då anhöriga inte förstod på vilka medicinska grunder beslut togs då läkaren inte haft brytpunktsamtal eller anhöriga ifrågasatte beslutet. Sjuksköterskorna upplevde att läkaren inte alltid informerade anhöriga och patient tydligt och i tid. Det var svårt för sjuksköterskor att hantera och sjuksköterskorna upplevde det svårt att svara på anhörigas frågor och att tala sanning. Även om en del av sjuksköterskorna var trygga i sin roll fick vissa frågor hänvisas till läkare

#### *Anhörigas medverkan vid brytpunktsamtal*

Sjuksköterskorna i studien fördrog brytpunktsamtal på avdelningen framför via telefon. Brytpunktsamtal initierades ibland av anhöriga enligt flera sjuksköterskors upplevelser. Fysiska brytpunktsamtal föredrogs av sjuksköterskorna vars upplevelse var att anhöriga ville komma till avdelningen. Brytpunktsamtal via telefon upplevdes inte som optimalt av sjuksköterskorna, men gjordes med anhöriga som bodde långt bort eller som hade svårigheter att komma till avdelningen. Sjuksköterskorna uppgav att anhöriga gärna ville komma till avdelningen för att se sin sjuka närstående och skapa sin egen uppfattning av den närståendes tillstånd. En sjuksköterska hade varit närvarande vid ett brytpunktsamtal på ortopedien.

*”Här på avdelningen har vi gärna samtal...Jag upplever också att många anhöriga vill ju gärna när den inte är så pass bra ja man vill komma till avdelningen. Många gånger. Majoriteten av gångerna” (Sjuksköterska C).*

## Medicinsk profession

Medicinsk profession handlar om sjuksköterskas upplevelse av beslutstagandet i övergången. Underkategorin beslutsfattandet handlar om hur sjuksköterskorna upplevde läkarprofessionen beslutsstagande i överföringen kurativ till palliativ vård och hur brytpunktsamtal initierades. Ortopedläkare och geriatriker/medicinläkares palliativa kompetens redovisas i underkategorin olika läkarspecialiteter.

### *Beslutsfattandet.*

Beslutsfattandet i övergången upplevdes planlöst av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon skriven rutin och det var inte vanligt med brytpunktsamtal på avdelningarna. Ej-HLR beslut togs men en sjuksköterska upplevde att dessa beslut togs lättare än palliativt beslut, fast båda besluten hade behövt tas. Sjuksköterskorna upplevde att det saknades direktiv även för läkarna när palliativt beslut kunde tas. Det upplevdes frustration hos sjuksköterskorna som när aktiv medicinsk behandling inte avslutades exempelvis att mediciner inte utsattes, prover och undersökningar ordinerades och sjuksköterskorna upplevde att patienterna plågades vid insättande av perifera venkatetrar. Dropp upplevdes som ett gränsfall mellan kurativt och palliativt skede och avslutades inte av läkaren.

*”Men de kanske inte kollar upp proverna jättenoga och då kan man ju också bli lite frustrerad om ni förväntar er att vi att jag ska hålla på och ge en massa antibiotika men du ska inte kolla, alltså det blir så jättekonstigt... dem är så himla rädda att ta ut tabletter ... jag tror inte han/hon vill längre. Den sväljer inga tabletter, vad ska jag göra, jag kan ju inte tvinga in tabletterna i mun på och så har de liksom en läkemedelslista som är så här (visar med händer långt) jag sätter alltså dropp på den här patienten varje natt för att hen inte får sig någon näring men du tycker att jag ska ge tabletter som är för en hel måltid liksom” (Sjuksköterska G).*

Fördröjning i beslutstagandet upplevdes av sjuksköterskorna där situationer nämndes att läkaren väntade på godkännande av anhöriga, rondjour på helgen inte kände sig säker i beslutstagandet (inte träffat patienten tidigare). Faktorer som enligt sjuksköterskorna påverkade

läkarens beslut var läkarens egen rädsla, erfarenhet och utbildning. Huvuddelen av sjuksköterskorna önskade överlag tidigare palliativa beslut, däremot en sjuksköterska upplevde att beslut kunde tas för tidigt, att patienter skulle ges en chans till och att vården skulle utvärderas.

*”Min uppfattning är att de kommer för sent. Samtalen ... och att det kan vara så att patienten inte är vid medvetande ... på det sättet som de var tidigare...”*  
(Sjuksköterska F).

Tydligare rutiner i övergången från kurativ till palliativ vård framfördes av huvuddelen av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna tog ibland initiativ till frågeställningen om palliativ vård och brytpunktsamtal på den dagliga rondan men upplevde det egentligen var ett läkaransvar. Det var oftast överläkare som genomförde brytpunktsamtal men underläkare kunde göra det.

Sjuksköterskorna upplevde flertalet läkare inom ortopedi som osäkra, rädda och med vilja att rädda även de äldre-äldres liv in i det sista men stor förståelse fanns från sjuksköterskorna att läkarens beslut om palliativ vård var svårt och obekvämt och sjuksköterskorna skulle inte vilja ta dessa svåra beslut. Stor förståelse fanns för läkarnas svårighet i att se patientens möjligheter i att tillfriskna eller inte. Underläkarna upplevdes av sjuksköterskorna som unga, kom direkt ifrån utbildningen och det palliativa beslutet kunde vara läkarens första. Överlag upplevde sjuksköterskorna det vara mycket press och svåra beslut för nyfärdiga läkare.

*”Sen förstår man läkarna också det är ju inte, det är inget lätt beslut att ta och det ska det inte vara heller... sen förstår jag också att man vill göra allt i sin makt för att kunna rädda patienten också man får kanske se vad patienten är, över 90 plus och har hjärtsjuk och allt vad man kan ha i botten sedan tidigare så är... det är tur att det inte är vårt beslut att ta”*  
(sjuksköterska I)

### *Olika läkarspecialiteter*

Läkarnas specialitet hade betydelse för läkarnas palliativa kunskap. Sjuksköterskorna önskade bättre utbildning inom palliativ vård för läkarna eller stöd från läkare med utbildning i palliativ vård, då sjuksköterskorna upplevde bristande kunskap hos ortopedläkarna, men såg som orsak att deras läkarspecialitet var operativa åtgärder. På de sjukhus där geriatriker eller medicinläkare fanns som daglig resurs upplevde sjuksköterskorna deras kompetens som

positiv och hade saknat resursen om den försvunnit. Medicinläkarna/geriatriker upplevdes ha större kunskapsbredd i palliativ vård än ortopederna och var inte obekväma i beslutstagandet. En sjuksköterska nämnde att proverna och undersökningar eventuellt kunde öka initialt när geriatriker/medicinläkare inkopplades men avslutades snabbt när förbättring inte sågs. Medicinläkarna eller geriatrikerna ansågs vara bättre på att lyssna på vårdpersonal och patienten och dessa läkare var tydligare med sin medicinska plan. I de fall ortoped och medicin/geriatriker gemensamt diskuterade och tog beslut upplevde sjuksköterskorna att beslutet var mer pålitligt och sedda från flera olika synvinklar.

*”Jag tror att många gånger är det bättre med geriatriker, men det finns också de ortopedläkarna som är otroligt duktiga och göra det på ett väldigt bra sätt” (Sjuksköterska G).*

## Patienten i centrum.

Sjuksköterskorna önskar alla att patienter och deras vilja sätts i centrum. Denna kategori har endast en underkategori: Beslutsförmågan hos patienter som innefattar hur självklart det är för sjuksköterskorna att patienten vilja ska efterfrågas och lyssnas på både hos beslutsförmögna patienter och icke beslutsförmögna patienter.

### *Beslutsförmågan hos patienter*

När beslutskapabla patienter involverades i beslutfattande upplevdes det som positivt av sjuksköterskorna. Detta i kontrast till när icke kognitivt friska (patienter med kognitiv svikt eller kognitiv sjukdom) eller okontaktbara patienter inte involverades eller när patienternas tidigare vilja inte kunde förmedlas till vården via anhöriga. Sjuksköterskorna önskade att patienter lyssnades på mer och patientens beslut skulle respekteras vilket sjuksköterskorna upplevde att det ibland inte gjordes när undersökningar fortsattes trots patienterna önskade annan vård. En sjuksköterska beskrev en erfarenhet där en patient med stark vilja framförde sin önskan om att slippa operation och avlida med sin värdighet intakt trots att anhöriga inte först godtog beslutet.

*”Han var trött på livet ... Där alla inblandade lyssnade på patienten och patienten avled lugnt och stilla och med sin vilja intakt. Patienten hade starkast vilja och anhöriga var lite motsträviga till en början ... vi hade många samtal och vi hade brytpunktsamtal ... så att till slut blev det bra”.*  
(Sjuksköterska F).

En sjuksköterska upplevde att icke klara patienter exempelvis patienter med kognitiv svikt/sjukdom inte fick samma information som kognitivt friska patienter. Sjuksköterskan uppgav det som etiskt fel att läkarna inte gick in och samtalade med dessa patienter. Sjuksköterskan upplevde att patienterna informerades men inte på ett så tydligt sätt att patienten förstod att det var palliativ vård som avsågs.

*”Det beror på hur dålig patienten är, så klart ... Inte patienten upplever jag ... Jag tror aldrig att man har pratat om det och att patienten ... väntat sig ett svar från patienten, det tror jag inte” (Sjuksköterska J)*

Sjuksköterskorna upplevde att det palliativa beslutet fick tas av läkaren när patienterna försämrats så pass mycket att de inte var beslutskapabla och anhöriga inte visste den äldre patientens vilja. Ett fåtal sjuksköterskor framförde önskemål om preoperativa eller personcentrerade samtal då en del patienter upplevdes av sjuksköterskorna som palliativa redan vid ankomst till avdelningen. Vid dessa samtal kunde de äldres patienters önskemål om vården efterfrågas, via anhöriga eller av patienten själv, om vilka medicinska insatser som skulle göras om komplikationer uppkom under vårdtiden så att patientens liv kunde avslutas värdigt.

## Stödjande struktur för sjuksköterskor

I huvudkategorin stödjande struktur för sjuksköterskor handlade om sjuksköterskornas upplevelse av faktorer som kunde stödja sjuksköterskorna i övergången. Underkategorin erfarenhet och trygghet handlade om betydelsen av stödet från kollegor och vikten av att kunna diskutera upplevelser. Kontinuitet och bli lyssnad på var underkategorin som innebar hur kontinuitet hjälpte sjuksköterskorna och vikten av att vara lyssnad på.

### *Erfarenhet och trygghet*

Sjuksköterskorna sökte stöd från mer erfarna kollegor med erfarenhet av att vårda i övergången från kurativ till palliativ vård, exempelvis om medicinska åtgärder och bemötande av anhöriga. Detta stöd gav sjuksköterskorna bekvämlighet och trygghet. Ett fåtal sjuksköterskor uppgav att de sökt stöd från andra sjuksköterskor utanför sin arbetsplats vid bearbetandet av plågsamma upplevelser. Ett officiellt forum önskades av sjuksköterskorna på arbetsplatsen för att diskutera

vården i övergången, vårdnivån hos inkommande patienter som är eventuellt i ett palliativt skede vid ankomst till avdelningen samt förmedla kunskap mellan varandra.

*”Det diskuteras och det pratas och ... jag har haft ett väldigt bra stöd, kanske inte i något speciellt ... forum eller vad man ska säga utan mer kollegor emellan... Då gick jag till de mer erfarna”. (Sjuksköterska C).*

Sjuksköterskornas egna erfarenheter av att vårda patienter i övergången samt egen reflektion över förhållningssätt till döendet gav kunskap och upplevdes ge trygghet. En sjuksköterska berördes fortfarande av tidigare obehagliga situationer men såg det som en erfarenhet att falla tillbaka till vid nya patienter som vårdas i övergången.

#### *Kontinuitet och bli lyssnad på*

Sjuksköterskorna upplevde att kontinuiteten i vården var centralt i övergången. Ett fåtal sjuksköterskor upplevde kontinuitet men övriga sjuksköterskor upplevde bristande kontinuitet i övergången. Kontinuitet upplevdes av sjuksköterskorna som fördel för patient, anhöriga och personal då information inte behövdes upprepas och alla involverande kände förtroende för varandra och upplevde teamarbete. Som kontrast upplevde sjuksköterskorna bristande kontinuitet när olika läkare dagligen rondade patienter vilket påverkade beslutstagandet, från kurativ till palliativ vård och kurativ fortsattes. Några sjuksköterskor upplevdes sig inte bli lyssnad på när läkarna inte förstod patientens lidande när sjuksköterskorna framförde hur sjuk patienten var och palliativ vård borde inledas. Sjuksköterskorna upplevde sig tänka ”palliativa tankar” innan läkarna och härledde detta till att omvårdnadspersonal är närmare patienterna och ser patientlidandet.

*”Jag tror, ortopedläkare behöver vara mer lyhörda för det. och kanske också ... lyssna på vad undersköterskor och sjuksköterskor säger... framför allt undersköterskor som är de som ... är nära patienten” (Sjuksköterska K)*



## Diskussion

### Metoddiskussion

I kvalitativa studier visar forskaren på resultatets trovärdighet med olika åtgärder. Kvalitativa studiers trovärdighet beskrivs av på fyra sätt. Giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017).

#### *Giltighet*

Giltighet beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim, (2017) som att finna deltagare som har erfarenhet av det som ska studeras och är villiga att berätta. För att intervjuerna ska ge djup och detaljrik information inom ämnet, anger Polit och Beck (2017) till intervjuaren i uppdrag att skapa en behaglig intervjumiljö, ge informanterna möjlighet att tala fritt samt berätta på eget sätt. Författarna upplevde att detta gjorts genom att intervjuerna skedde på en bekant och avskild plats och ingen tidsaspekt för intervjun var satt. Enligt Polit och Beck (2017) tenderar kvalitativa intervjuer vara cirka en timme. Mediantiden på intervjuerna i magisteruppsatsen var 37 minuter vilket tyder på informanternas bekvämlighet med att berätta. Då kvalitativ innehållsanalys handlar om att finna variation i innehållet finns det inget fast deltagarantal utan variationer ska täckas. Individuella intervjuer valdes för att nå en djupare kunskap. I fokusgrupper nämner Polit och Beck (2017) risken för verbala deltagare tar över diskussionen och tystar en del informanter som känner sig obekväma att prata i grupp. Dynamiken i gruppen kan även skapa ett grupptänkande som gör att endast vissa åsikter framförs. Enkäter ansågs inte heller lämpliga då det inte passade studiens djupare syfte, även om dessa, enligt Polit och Beck (2017), kan fånga in många respondenter och är ekonomiska. Författarna valde därför individuella enskilda intervjuer under bekväma omständigheter så att deltagarna kunde prata fritt och åsikter kunde varieras. Målet var att alla informanter skulle arbeta kliniskt som sjuksköterska på en ortopedisk vårdavdelning, då detta inte kunde uppfyllas inom tidsramen, söktes personer som hade arbetat på en ortopedisk slutenvårdsavdelning, dessa personer däremot lång erfarenhet av ortopedisk vård och kunde ge informativa rika beskrivningar som ändå beskriva fenomenet. Tidsaspekten för magisterstudien var begränsad, men om tiden medgett kunde fler informanter sökas, en del intervju som inte gav rikliga beskrivningar kunde uteslutas och studiens resultat hade blivit annorlunda. Även om en del informanter är unga och inte arbetat så många år inom ortopedi, gavs riklig information angående syftet. Det är inte

säkert att fler år inom yrket hade gett ytterligare information men en större bredd hade erhållits. Det är fler kvinnor än män som deltar i studien (84 % kvinnor och 16 % män), vilket är representativt för yrket. Enligt socialstyrelsen (2019) är könsfördelningen för sjuksköterskor 88 % kvinnor och 12 % män i Sverige. I urvalet och analysen har författarna försökt ge en tydlig bild av processen vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) kan stärka öka läsarens möjlighet att bedöma giltigheten.

### *Tillförlitlighet*

Tillförlitlighet är hur forskaren beskriver sina ställningstagande under forskningsprocessen Lundman och Hällgren Graneheim, (2017). Innan intervjuerna påbörjades diskuterade författarna utformandet av intervjun, även efter intervjun diskuterades författarnas upplevda erfarenhet av vad som sades i intervjun. Författarna reflekterade även över intervjuteknik och ställda följdfrågor, så att intervjutekniken förbättrades och utvecklades. Genom att författarna genomförde de första åtta intervjuerna gemensamt, blev uppföljningsfrågorna liknade för intervjupersonerna och speglades även i de återstående intervjuerna. Då författarna var ovana vid intervjuer hjälpte också intervjuguiden till att samma frågor ställdes till informanterna. Författarna har genomfört analysen tillsammans och har läst och diskuterat samtliga intervjuer. Det kan vara en brist i studien att en författare transkriberade intervjuerna, men då den andra författaren lyssnade på intervjuerna anses denna brist som låg. Vid oenighet av uttag av de meningsbärande enheterna, diskuterades dessa ytterligare flera gånger tills enighet fanns.

### *Delaktighet.*

Lundman och Hällgren Graneheim, (2017) beskriver att delaktighet i en studie behövs då forskaren är medskapande av texten och att en intervjustudie inte kan vara oberoende av forskaren men det är intervjupersons röst som ska höras. Magistestudiens författare försöker förmedla intervjupersonens röster genom citaten och hela tiden i analysprocessen avskilja sig från sina egna tankar och erfarenheter.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet handlar om hur resultatet kan överföras till andra situationer och kontext. Författaren kan ge förslag men det är upp till läsaren att avgöra om studiens resultat är överförbart till deras kontext (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017). Författarna har försökt

ge en noggrann beskrivning av deltagarurvalet, insamling av data, analys av data för att ge läsaren en bättre förutsättning för att själv kunna ta ställning till studiens överförbarhet.

## Resultatdiskussion

Syftet med magisterstudien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av övergången från kurativ vård till palliativ vård för äldre patienter som vårdas på ortopediska akutvårdsavdelningar.

I resultatet framgår sjuksköterskornas frustration över beslutet att övergå till palliativ vård, fördröjs exempelvis av bristande kontinuitet, läkarnas rädsla och dåligt fungerade rutiner. Studiens resultat liknar resultatet från studien av Coombs, Addington-Hall, Long-Sutehall, (2012). Sjuksköterskorna i Coombs studie upplevde att beslutet inför övergången från kurativ vård till vård i livets slutskede var svårt för läkarna på intensivvårdsavdelningen och att läkarna inte kunde förutsäga patienternas prognos. Det fanns olika synsätt för olika läkarprofessioner. Vid akuta tillstånd eller olyckor var kirurger involverade, kirurgerna hade inte tidigare kunskap om patienterna och därför svårt att acceptera när patienten inte gick att rädda, medan medicinläkare som kände sina patienter sedan tidigare tog besluten lättare. Att beslutstagandet påverkas av läkarnas specialitet framgår även i Rodriguez, Barnato och Arnold (2007) där kirurger sågs som kritiska mot att anlita palliativ konsult för beslutstagandet och hellre ville vårda till livets slutskede. Rejnö, Berg och Danielson (2012) beskriver i sin studie att oenighet mellan omvårdnadsprofessionen och den medicinska professionen fanns, där godtog inte sjuksköterskorna beslutet utan såg det etiskt riktigt att kämpa för patientens vård och behandling. Detta resultat är i kontrast mot magisterstudien där sjuksköterskor önskade men inte erhöll beslut. Trots taget beslut så betyder det inte att det följs, vilket Badger (2005) visade i sin studie där taget beslut som var patientens vilja, så respekterade läkaren inte helt beslutet utan erbjöd anhöriga att prova ytterligare behandlingar som kunde fungera. Detta innebar att läkaren inte höll sig till given plan och talade inte sanning inför patienten och anhöriga. I magisterstudien framgår även att sjuksköterskor vill tala sanning när de informerar anhöriga men påverkas av att läkarna inte tagit palliativt beslut. Detta stöds av Rejnö, Silfverberg och Ternstedt (2017) där denna studiens sjuksköterskor vill tala sanning som moralisk aspekt men ibland kunde avvakta ett bättre tillfälle för att informera och inte lägga extra börda i sorgen samt att sjuksköterskan inte ville framföra dåliga nyheter.

I resultatet framkommer kärnkompetensen samverkan i team, sjuksköterskorna framförde i resultatet en förståelse för läkarens svåra beslut i överföringen från kurativ till palliativ vård men önskade ett forum för att diskutera palliativt förhållningssätt. Pettersson, Hedström och Höglund (2014) framför likande resultat i sin studie om sjuksköterskors inställning till Ej HLR på onkologi och hematologiavdelningar. I studien framförde sjuksköterskorna sin önskan till att diskutera med läkarna för att ingående förstå orsakerna till besluten. Sjuksköterskorna diskuterade etiska situationer med läkarna direkt efter vissa berörande händelser och önskade dessutom ett etiskt forum.

I resultatet framgår att anhöriga inte alltid förstod hur sjuk den äldre närstående var innan och under sjukhusvistelsen, hade svårt att acceptera beslutet att övergå till palliativ vård och även att acceptera den äldre patientens vilja att övergå till palliativ vård, vilket visas i andra studier. Badger (2005) påtalar i sin studie att anhöriga inte respekterar den äldres vilja utan vill att deras anhörige ska ha optimal vård utan att förstå eller ha medicinskt kunnande om vad denna vård innebär för patienten och dennes kropp. Rodriguez, Barnato och Arnold (2007) framför ett likande resultat i sin studie där kultur inom sjukhus där både anhöriga, patient och läkare förespråkar aggressiv medicinsk behandling. Anhöriga önskar den bästa behandlingen vilket likställs med kurativ behandling. I magisterstudiens resultat framgår att anhöriga behövde tid till att acceptera. Caswell, Pollock, Harwood och Porock (2015) beskriver liknade att anhöriga behöver tid till att förstå men i deras studie accepterade en del anhöriga direkt och förstod informationen om deras närståendes akuta sjukdomstillstånd och döende direkt. Som kontrast fanns några anhöriga som inte förstod trots de såg ut att göra det utan först långt efteråt insåg och accepterade vad som verkligen skedde.

Bollig, Gjengedal och Rosland. (2016) framför i sin studie från kommunalt boende att anhöriga inte har talat med sina äldre närstående om vikten om vad den närstående önskar vid plötslig sjukdom. Anhörig och närstående förstår inte eller har accepterat hur sjuk den äldre personen är och vill att den sjuke personen ska vara frisk. Anhöriga upplever det som en börda att behöva ta viktiga beslut som rör vården för den sjuke När anhöriga inte kan acceptera hur sjuk den äldre närstående är, kan sägas vara direkt motsägende till Ruland och Moores teori *Peaceful End-of-Life Theory*. Enligt Ruland och Moore (1998) ska personen uppleva emotionell närhet i en nära relation och vara omgiven av sin familj. Denna nära relation uppnås inte i detta resultat då anhöriga och patient inte kan skapa den nära relationen.

En sjuksköterska i studien anpassade sin sjuksköterskeroll till vem familjen/anhöriga ville hen skulle vara. Sjuksköterskorna önskade hjälp från anhöriga för att veta den äldre patientens vilja och önskemål om den sista tiden. Ransie, Yates och Coyer (2012) menar att familjen är kärnan i sjuksköterskors vård vid övergången till livets slutskede och sjuksköterskor har en stödjande roll i att skapa familjens positiva och meningsfulla upplevelser i vård i livets slutskede. Intervjupersoner i denna studie frågade familjen ”vad vill du” för att skapa den omgivning som familjen önskade och frågade familjen om den sjuka närstående för att lära känna denna och upplevde att vara närvarande fysiskt var viktigt. I resultatet framkommer några sjuksköterskors begäran om mer personcentrad vård, sjuksköterskorna nämner både preoperativa samtal och införandet av personcentrade samtal i början av vårdtiden. Denna önskan stämmer överens med ett behov för en behandlingsplan för sköra och multisjuka patienter. Pearse et al (2019) slutsats i sin systematiska litteraturöversikt var att äldre sjuka patienter behövde tidig planering av den medicinska vården så inte medicinska insatser skapade oro för personal och förhindrade patienters naturliga död. Tidig planering kunde även minska bördan för anhöriga när de tvingades ta beslut om vård för en närstående, vars vilja om vård inte var känd. (Rabow, Hauser & Adams, 2004). Solisto, Franco, Vo, Poon, Leeroy (2015) menar att planeringsmötet bör ske inom tre dagar, för att minimera onödig medicinsk behandling, definiera målet med vården och främja personcentrerad vård. Att minska bördan för anhöriga genom att svara på deras frågor, bry sig om deras sorg, är centralt begrepp i Ruland och Moores teori: upplevelse av värdighet och respekt (Ruland och Moore, 1998).

Sjuksköterskorna i magisterstudiens resultat upplever att den äldre patienten ska involverad i beslutstagandet. Det innebär då samtal om döden med den äldre patienten. Ett sätt att göra detta på är att använda personcentrerat förhållningssätt som enligt Ternestedt och Franklin (2006) kan hjälpa patienter och personal att samtala om döden på ett naturligt sätt. Clarke och Ross (2006) har som förslag att akutsjukvårdens personal skulle kunna ta hjälp från personal från palliativa vården i samtalen med patienterna. Sjuksköterskor från palliativa vården har erfarenhet av att tala med patienter om döden, har personcentrerat förhållningssätt, arbetar i team samt har lärt sig att ta sig tid att samtala med patienterna. Involveringen av patient och andra i beslutstagandet är en del av begreppet upplevelse av värdighet och respekt i *peaceful end of life theory* av Ruland och Moore (1998).

I magisterstudiens resultat framkommer det att sjuksköterskor inte upplever patienter behandlas med värdighet och respektfullt när den äldre patientens vilja att övergå till palliativ vård på

grund av svåra smärtor inte lyssnas på fullt och beslut om palliativ vård dröjer. Även att behöva hålla fast äldre patienter för att utföra medicinska patienter i palliativt skede eller truga med mediciner till svårt sjuka äldre patienter upplevs av sjuksköterskorna som inte respektfullt eller värdigt. Redan 1975 tog FN beslut om rättigheter för den döende människan, (Qvarnström, 1993). I dessa rättigheter ingår rättigheten att få dö i frid och med värdighet, rätt att få vara fri från smärta samt även rättigheten för patienten att själv få bestämma över sin egen vård. Patienten har även rätt att erhålla hjälp och stöd för att få familjen att acceptera dennes död. Ruland och Moore (1998) menar att redan på 90-talet fanns en tendens använda sjukhusplatser till svårt sjuka patienter. Ruland och Moores teori utvecklades för att guida sjuksköterskor för att göra patienters sista tid meningsfull. Patienten ska inte ha smärta, där ska sjuksköterskan administrera smärtlindring. Patienten ska uppleva fysisk komfort och känna lindring. Patienten ska också få stöd och harmoni. Specialistsjuksköterskan kan här ha en roll i att utveckla och driva kliniskförbättringsarbete samt att implementera forskningsresultat och driva på uppföljning (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Specialistsjuksköterska inom vård av äldre, kan genom sina fördjupade kunskaper av äldre utveckla omvårdnad och öka de äldres vårdkvalité (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### *Framtida studier*

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns olika synsätt i övergången från kurativ till palliativ vård mellan sjuksköterskor, läkare och anhöriga inom ortopedisk klinik. Förslag till fortsatta studier är att erhålla läkares upplevelser av svårigheten att avsluta medicinsk behandling i övergången från kurativ till palliativ vård och påverkande faktorer i läkarbesluten. Fortsatta studier kan även vara sjuksköterskornas utbildningsbehov i palliativ vård och patienternas och närståendes upplevelser i övergången från kurativ till palliativ vård.

## **Konklusion och implikationer**

Slutsats är att studien indikerar att det finns ett behov att utbilda personal såsom sjuksköterskor i palliativ vård och utveckla palliativt förhållningssätt i övergången från kurativ till palliativ vård i livets slutskede på ortopediska vårdavdelningar i södra Sverige. I resultatet framgår att endast två av tolv sjuksköterskor erhållit utbildning i palliativ förhållningssätt. Diskussion

behövs mellan yrkesprofessioner (läkare och sjuksköterska) och organisationen bör skapa utbildningstillfälle inom palliativt förhållningssätt och skapa forum för att diskutera rutiner och tillvägagångssätt i övergången. I linje med sjuksköterskornas önskemål att efterfråga patienternas önskemål om vård i livets slutskede, innan den äldre patienten bli så sjuk att vederbörande inte kan framföra sin vilja, borde personcentrerade samtal med multisjuka patienter och deras anhöriga genomföras i början av vårdtiden. Gällande de patienter som konstaterats vara i palliativt skede redan innan inskrivning på ortopedisk avdelning borde beslut om vårdnivå tas av läkare inom 24 timmar och information om palliativ vård och patientens önskemål borde överföras från kommunal instans.

*Tack*

Författarna till denna magisterstudie vill tacka sjuksköterskorna som ställde upp med sin tid till intervjuerna, handledaren och kollegorna på vår arbetsplats.

## Referenser

1177 vårdguiden. (2018). Palliativ vård – vård i livets slutskede. Hämtad 2019-11-13 från <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/vard-i-slutet-av-livet/palliativ-vard--vard-i-slutet-av-livet/>

Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 144–149. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2015.11.026>

Beauchamp, T.L & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.

Badger JM. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 513–522. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=106549851&site=ehost-live>

Bliuc, M., Nguyen, NM., Milch, VE., Nguyen, TV., Eisman, JA., & Center, JR. (2009). Mortality risk associated with Low-Trauma osteoporotic fracture och subsequent fracture in men and women. *JAMA*, 301(5), 513–521. doi: 10.1001/jama.2009.50

Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. (2016). They know! —Do they? A qualitative study of residents and relatives' views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliative Medicine*, 30(5), 456–470. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0269216315605753>

Canzona, M. R., Love, D., Barrett, R., Henley, J., Bridges, S., Koontz, A., & Daya, S. (2018). “Operating in the dark”: Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4158–4167. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14603>



Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården I. A-K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.63 – 102). Lund: Studentlitteratur.

Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1–14. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12904-015-0032-0>

Clarke A, & Ross H. (2006). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), 34–43. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=106347942&site=ehost-live>

Coombs, M.A., Addington-Hall, J., & Long-Sutell, T. (2012) Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: A qualitative study. *International Journal of Nursing studies*, 49(5), 519-527. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.019017

Davies, A., Tilston, T., Walsh, K., & Kelly, M. (2018). Is There a Role for Early Palliative Intervention in Frail Older Patients With a neck of femur fracture? *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 9, 2151459318782232. doi:10.1177/2151459318782232

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.285 - 299). Lund: Studentlitteratur.

Dillworth, J., Dickson, VV., Mueller, A., Shuluk, J., Yoonard, HW., & Capezuti, E. (2016). Nurses' perspectives: hospitalized older patients and end-of-life decision-making. *Nursing in critical care*, 21(2), e1-e11. doi:10.1111/nicc.12125

Dunn, R.H., Ahn, J., & Bernstein, J. (2016). End-of-life care planning and fragility fractures of the hip: Are we missing a valuable opportunity? *Clinical Orthopaedics and related research* 474(7), 1736-1739. doi:10.1007/s11999-015-4675-1

Ek, K., Andershed, B., Sahlberg-Blom, E., & Ternestedt, B-M. (2015). "The unpredictable death" – The last year of life for patients with advanced COPD: Relatives' stories. *Palliative and Supportive Care*, 13(5), 1213-1222. doi: doi:10.1017/S1478951514001151

Ernst Bravell, M. (2017). Äldre personers döende och död. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst-Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 499–506). Lund: Studentlitteratur.

European Association for palliative care. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1- Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-286. <https://www.researchgate.net/publication/279547069> White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part 1

Fortington, L. V., Geertzen, J. H., van Netten, J. J., Postema, K., Rommers, G. M., & Dijkstra, P. U. (2013). Short- and long-term mortality rates after a lower limb amputation. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 46(1), 124-131. doi: 10.1016/j.ejvs.2013.03.024

Frank, R.K. (2009). Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 18(10), 612-618. doi:10.12968/bjon.2009.18.10.42466

Garner KK, Goodwin JA, McSweeney JC, Kirchner JE, Garner, K. K., Goodwin, J. A., ... Kirchner, J. E. (2013). Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals. *Journal of Pain & Symptom Management*, 45(2), 235–243. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.021>

Gjerberg, E., Førde, R., Pedesen, R., & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71(4), 677–684. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.059.

Glimelius, G. (2012). Kuration eller palliation. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4. uppl., s.15–22). Stockholm: Liber.

Hahne, P., Lundström, S., Leveälähti, H., Winnhed, J., & Öhlén, J. (2017). Changes in professionals' beliefs following a palliative care implementation programme at a surgical department: a qualitative evaluation. *BMC Palliative Care*, 16(77), doi:10.1186/s12904-017-0262-4

Henricson, M & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.111–119). Lund. Studentlitteratur.

Hjelmfors, L., Strömberg, A., Friedrichsen, M., Sandgren, A., Mårtensson, J., & Jaarsma, T. (2018). Using co-design to develop an intervention to improve communication about the heart failure trajectory and end-of-life care. *BMC Palliative Care*, 17(85), doi.org/10.1186/s12904-018-0340-2

Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling I. A-K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.147–179). Lund: Studentlitteratur.

Johnston, C. B., Holleran, A., Ong, T., McVeigh, U., & Ames, E. (2018). Hip Fracture in the Setting of Limited Life Expectancy: The Importance of Considering Goals of Care and Prognosis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(8), 1069–1073. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1089/jpm.2018.0029>

Keats, AS. (1978). The ASA classification of physical status – a recapitulation. *Anesthesiology*, 49, 233-236 [https://watermark.silverchair.com/0000542-197810000-00001.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAc485ysgAAAf0wggH5BggkqhkiG9w0BBwagggHqMIIB5gIBADCCAd8GCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMRvuQUi4EJ-C\\_0TLxAgEQgIIBsNVUPFG27HheWEBs45Xp0QOA6YuesW3EJYYIcVNMd4JZnf1AEQUliJWuVy3-VquCUv9sLLSE-rAlhof1lxLeLJVYPee5aSgLFzoElfvyNUzvZRjR4sEzYZ8fevQneGVH2-3yRhpwSDyuQCS\\_Tp5ajKOcoaaDSOLdWlbkIO-yBcLbRKQpwgK9H12TjxxV1TBaLDrVG2o1PRJjG274IH\\_Vl6GpvB\\_sB\\_b\\_1FVbw3p9fc1duuFwkk1RZu\\_hE-uS5QmGPj9Tsp5wbSZTNHKjFFEO\\_bjIMdp1dZPABF0WDAhh-](https://watermark.silverchair.com/0000542-197810000-00001.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAf0wggH5BggkqhkiG9w0BBwagggHqMIIB5gIBADCCAd8GCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMRvuQUi4EJ-C_0TLxAgEQgIIBsNVUPFG27HheWEBs45Xp0QOA6YuesW3EJYYIcVNMd4JZnf1AEQUliJWuVy3-VquCUv9sLLSE-rAlhof1lxLeLJVYPee5aSgLFzoElfvyNUzvZRjR4sEzYZ8fevQneGVH2-3yRhpwSDyuQCS_Tp5ajKOcoaaDSOLdWlbkIO-yBcLbRKQpwgK9H12TjxxV1TBaLDrVG2o1PRJjG274IH_Vl6GpvB_sB_b_1FVbw3p9fc1duuFwkk1RZu_hE-uS5QmGPj9Tsp5wbSZTNHKjFFEO_bjIMdp1dZPABF0WDAhh-)

vVPWoewBb2wiacjAY2aGxISgqZ3rOh2jTik5R4f2-  
\_xF6mRMTVtNgnbForYwlc9\_uM\_bnj\_2xDQuDj57CZRmx\_jkYGsFYILQ8cJc27eqLzZAX  
ZTnprkFkYnZGOWxtCmScATtBxtYt7NqWP611zsUc\_Oo8lY3ZjASh4fUewdwwG3Wa2h4  
vgiK8i7tAeTIGcWWp48WcmYMBNziAYufE7HrID3Ye-  
zGc4kLGN\_JO3p3\_cCmWiLZDAfaQi5dceoHcP5gEOUJaNRHrOniMke-e1p0D581Q

Lewis, K. (2013). How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing older people*, 25 (8). 22-26. doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479

Lisk, R. & Yeong, K. (2014). Reducing mortality from hip fractures: a systematic quality improvement programme. *British Medical Journal quality improvements report*19;3(1).doi: 10.1136/bmjquality.u205006.w2103

Long-Sutehall, T., Willis, H., Palmer, P., Ugboma, D., Addington-Hall, J., & Coombs, M. (2011). Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12). 1466–1474. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (3.uppl., s. 219–233). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, 330(7498), 1007-1011. doi: 10,1136/bmj.330.7498,1007

Nationalencyklopedin. (u.å). Ortopedi. Hämtad 2019-04-17 från <https://www-nese.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/ortopedi>

Norberg, A. & Ternstedt, B-M. (2013). Jämlikhet inför döden. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård. Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (4. uppl., s. 47–59). Lund: Studentlitteratur.

Onslow, L. (2009). End-of-life care for older people in the acute hospital setting. *End of life care*, 3(3), 26-29.

<http://web.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9b84983f-4feb-48f2-89b2-d023ce34e215%40sdc-v-sessmgr04>

*Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Pearse, W., Oprescu, F., Endacott, J., Goodman, S., Hyde, M., & O'Neill, M. (2019). Advance care planning in the context of clinical deterioration: a systematic review of the literature. *Palliative Care: Research & Treatment*, 12, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1178224218823509>

Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2014). Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and haematology care. *Nursing Ethics*, 21(8), 902–915. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733014533238>

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Qvarnström, U. (1993). *Vår död*. Stockholm: Liber

Rabow, M.W., Hauser, J.M., & Adams, J. (2004). Supporting Family Caregivers at the End of Life: "They Don't Know What They Don't Know". *JAMA*. 2004;291(4):483–491. doi:10.1001/jama.291.4.483

Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2012). End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australien Critical Care*, 25(1), 4–12. doi: 10.1016/j.aucc.2011.04.004

Regeringskansliet. (2015). *FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter* [Broschyr]. Hämtad från

<https://www.regeringen.se/49baf9/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter>

Regionala Cancercentrum i samverkan. (2016). Palliativ vård i livets slutskede. Nationellt vårdprogram. Hämtad 2019-04-10 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-var/vardprogram/gallande-varprogram/>

Rejnö, Å., Berg, L., & Danielson, E. (2012). Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing Ethics*, 19(5), 642–653. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733011412099>

Rejnö, Å., & Berg, L. (2015). Strategies for handling ethical problems in end of life care: obstacles and possibilities. *Nursing's Ethics* 22(7), 778 -789. doi10.1177/0969733014547972

Rejnö, Å., Silfverberg, G., & Ternstedt, B.-M. (2017). Reasoning about truth-telling in end-of-life care of patients with acute stroke. *Nursing Ethics*, 24(1), 100–110. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733016664974>

Rodriguez, KL., Barnato, AE., & Arnold, RM. (2007). Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 99–110. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=105980764&site=ehost-live>

Ruland, CM., & Moore, SM. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook* 46(4), 169–175. doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0

Rikshöft. (2017). Rikshöft - Årsrapport 2017. Hämtad från [https://rikshoft.se/wp-content/uploads/2018/10/rikshoft\\_rapport2017\\_kompl181002.pdf](https://rikshoft.se/wp-content/uploads/2018/10/rikshoft_rapport2017_kompl181002.pdf)

Saracino, R.M., Bai, M., Blatt, L., Solomon, L., & McCorkle, R. (2018). Geriatric palliative Care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatric Nursing*, 39(2), 225-229. doi 10.1016/j.gerinurse.2017.09.004

Sulistio, M., Franco, M., Vo, A., Poon, P., & William, L. (2015). Hospital rapid response team and patients with life-limiting illness: A multicentre retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 29(4), 302–309. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0269216314560802>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Hämtad 2019-05-07 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekomppwebb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). International Council of nurses etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2019-04-19 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Socialstyrelsen. (2012). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit - Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2012-5-1). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18665/2012-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: vägledning, rekommendationer och indikatorer: Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2013-6-4). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede. Sammanfattning med förbättringsområden*. (Artikelnummer 2016-12-3). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20396/2016-12-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017 samt arbetsmarknadsstatus 2016*. (Artikelnummer 2019-1-15). Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-1-15.pdf>

Statistiska Centralbyrån. (2019). Döda i Sverige. Hämtad 2019-04-17 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/doda-i-sverige/>

Svensk förening för Anestesi och intensivvård. (2015). ASA-klassifikation på svenska. Hämtad 2019-10-23 från <https://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/asa-klassifikation/>

Taylor, S. M., Kalbaugh, C. A., Blackhurst, D. W., Hamontree, S. E., Cull, D. L., Messich, H. S., Robertson R.T., Langen E.M, York J.W., Carsten, C.G., & Snyder, B. A. (2005). Preoperative clinical factors predict postoperative functional outcomes after major lower limb amputation: an analysis of 553 consecutive patients. *Journal of vascular surgery*, 42(2), 227-234.

Ternstedt, B. & Franklin, L. (2006). Ways of relating to death: views of older people resident in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(7), 334–340. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=106358693&site=ehost-live>

Ternstedt, B-M. & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård. Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (4. uppl., s. 103 – 116). Lund: Studentlitteratur.

Ternstedt, B-M & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg, och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s.29–65). Lund: Studentlitteratur.

Tureson, E., Ivarsson, K., Thorngren, K.-G., & Hommel, A. (2018). Hip fractures - Treatment and functional outcome. The development over 25 years. *Injury*, 49(12), 2209–2215. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.injury.2018.10.010>



Van Oostwaard, M. (2018). Osteoporosis and the Nature of Fragility Fracture: An Overview. I Hertz K., Santy-Tomlinson J. (Eds.) *Fragility Fracture Nursing. Perspectives in Nursing Management and Care for Older Adults*. [Elektronisk resurs]. Hämtad från [https://rd.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-76681-2\\_1](https://rd.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-76681-2_1)

Watters, C.L., Harvey, C.V., Meehan, A.J., & Schoenly, L. (2005). Palliative Care – A challenge for Orthopaedic Nursing Care. *Orthopaedic Nursing*, 24(1), 4-7. <http://resolver.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez%3aPubMed&id=pmid%3a15722965&site=ftf-live>

World Health Organization. (2001). Men Ageing and Health Achieving health across the life span. Hämtad 2019-05-08 från [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf;jsessionid=62C7C2211331F793B3F6789E5C0A1E82?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf;jsessionid=62C7C2211331F793B3F6789E5C0A1E82?sequence=1)

World Health Organization. (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. (2nd ed.). Hämtad 2019-04-02 från <https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

World Medical Association. (2017). WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2019-04-18 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Bilaga 1

Vi ber dig tänka på vid dina svar att det är del äldre personen i fokus.

- Vad innebär palliativ vård i livets slutskede för dig?
- Berätta om en situation där du som sjuksköterska upplevde en frustration över en patients behandling och vård i livets slutskede?
- Berätta om en situation där ett positivt omhändertagande av en patient som vårdades i livet slutskede, vad gjorde du/ni kring patienten som blev bra.
- Vad är er rutin kring brytpunktsamtal? Vem tar initiativ till samtalet?
- Vilka etiska problem har uppstått när du vårdat patienter i livets slutskede?
- Anser du att du har erhållit någon utbildning eller handledning av din arbetsgivare senaste året? Om svaret är ja, vad för slags kunskap har du erhållit? Om svaret är nej, vad skulle du specifikt erhålla för kunskap?
- Inför övergången från kurativ behandling till (palliativ) vård i livets slutskede. Tar läkaren hjälp av någon extern konsult, (medicin, ASIH-läkare)?
- Hur upplever du kommunikationen med anhöriga/närstående?
- Har arbetar du/ni med symtomlindring, munvård, smärta med mera? Vad är rutinen kring detta?
- Hur upplever du rutinen eller när kurativ eller aktiv medicinsk behandling avslutas? Exempelvis kontroll av vitala parametrar, dropp i livets slutskede? Hur mediciner ges subkutant eller intravenöst?
- Slutligen, om du får önska fritt, hur skulle du vilja arbeta med denna patientkategori?