



INTENSIVVÅRDS- SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV BRYTPUNKTSSAMTAL

En kvalitativ intervjustudie

INTENSIVE CARE NURSES' EXPERIENCES OF BREAKPOINT CONVERSATIONS

A qualitative interview study

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
med inriktning mot intensivvård och
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Hösttermin 2023

Student: Sandra Andersson, Rebecca Hagstedt

Handledare: Veronika Karlsson

Examinator: Ingrid Bergh

SAMMANFATTNING

Titel:	Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. En kvalitativ intervjustudie.
Författare:	Andersson, Sandra; Hagstedt, Rebecca
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM860U
Handledare:	Karlsson, Veronika
Examinator:	Bergh, Ingrid
Sidor:	33
Nyckelord:	Brytpunktssamtal, intensivvård, intensivvårdssjuksköterska, kommunikation, samverkan i team.

Bakgrund: Under år 2022 vårdades cirka 42 200 patienter på IVA runtom i Sverige. Åtta % av de som vårdades på IVA avled. Detta innebär att intensivvårdssjuksköterskor möter patient och närstående i en svår tid. I arbetet som intensivvårdssjuksköterska förekommer brytpunktssamtal. Detta ställer krav på att intensivvårdssjuksköterskan är förberedd på att möta både patientens och närståendes känslor som uppkommer när beslut tas om att avbryta behandling. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning. **Metod:** En kvalitativ studie där intensivvårdssjuksköterskor har intervjuats i fokusgrupper. Materialet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom det fem kategorier; ”När vården ändrar riktning”, ”Att vara trygg i professionen”, ”Samverkan i det professionella teamet”, ”Konsten att förmedla besked” och ”Ge utrymme för tid och känslor”. För intensivvårdssjuksköterskorna innebar ordet brytpunktssamtal att förmedla svårt besked till patient och närstående. Att ge tid till att svara på frågor, samarbete mellan olika professioner och resursbrist var det som belystes mest. **Slutsats:** Brytpunktssamtal påverkar alla inblandade, både patient, närstående och vårdpersonal. Intensivvårdssjuksköterskorna har en betydelsefull roll i hur brytpunktssamtalet förmedlas och tas emot. Förståelse för sin roll i brytpunktssamtalet är nödvändig för att kunna möta patient och närstående i en svår tid i livet.

ABSTRACT

Title: Intensive Care Nurses' Experiences of Breakpoint Conversations. A qualitative interview study.

Author: Andersson, Sandra; Hagstedt, Rebecca

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS
ECTS

Supervisor: Karlsson, Veronika

Examiner: Bergh, Ingrid

Pages: 33

Keywords: Breakpoint Conversations, Communication, Intensive Care, Intensive Care Nurse, Teamwork.

Background: During 2022 circa 42 200 patients were treated in ICU's in Sweden. Eight % of those treated deceased in ICUs. This means, ICU nurses encounter patients and relatives in a difficult time. Breakpoint conversations are guaranteed occurrences for these nurses. This in turn requires the nurses to be prepared to respond appropriately to feelings of patients and relatives, when the decision to end treatment is taken. **Aim:** The aim of this study was to investigate nurses' experiences of breakpoint conversations. **Method:** A qualitative study where nurses were interviewed in focus groups. The resulting material was analyzed with a qualitative content analysis. **Results:** Five categories were highlighted; "When care changes direction", "To be comfortable in the profession", "Cooperation in the professional team", "The art of conveying information" and "Allowing space for time and emotions". For the nurses, the words breakpoint conversation, implies giving tough information to patients and relatives. Dedicating time to answering questions, cooperation between professions and lack of resources were highlighted in the results. **Conclusion:** Breakpoint conversations affects all who are involved, both patient, relatives and health-care professionals. Nurses have an impactful role in how breakpoint conversations are formed and received. Understanding one's role in breakpoint conversations is a necessity in encountering patients and relatives in a difficult situation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Intensivvårdsavdelning	1
Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvar	2
Omvårdnadens mellanmänskliga aspekter	3
Kommunikation som verktyg	4
Brytpunktssamtal	5
Palliativ vård	6
PROBLEMFORMULERING.....	7
SYFTE	7
METOD	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Analys.....	10
Etiska överväganden.....	11
Förförståelse	12
RESULTAT	13
När vården ändrar riktning.....	13
Att vara trygg i professionen	14
Samverkan i det professionella teamet.....	15
Konsten att förmedla besked	16
Ge utrymme för tid och känslor	17
Resultatsammanfattning	18
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	22
Konklusion	26
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	26
REFERENSER	27

BILAGOR

1. Brev till enhetschef
2. Brev till deltagare
3. Frågeguide

INLEDNING

Under år 2022 vårdades det cirka 42 200 patienter på intensivvårdsavdelningar (IVA) runtom i Sverige. Av dessa avled cirka 3 300 personer, vilket innebär att 8% av de som vårdats har avlidit på IVA (Svenska Intensivvårdsregistret, 2023). På IVA vårdas patienter oavsett ålder och kön med olika typer av sjukdomar eller tillstånd som lett till svikt i ett eller flera organ. Detta innebär att intensivvårdssjuksköterskan ofta möter både patient och närstående i en svår tid. Intensivvårdssjuksköterskans funktion är att stötta och föra patientens och närståendes talan samt förmedla deras önskemål gällande fortsatt vård. I arbetet som intensivvårdssjuksköterska kommer brytpunktssamtal att förekomma. Detta ställer krav på att intensivvårdssjuksköterskan är förberedd på att möta både patientens och närståendes känslor som uppkommer när beslut tas om att avbryta behandling och vården övergår i palliation. Intensivvårdssjuksköterskan kan ställas inför både etiska och känslomässiga situationer när ett brytpunktssamtal ska äga rum. I denna studie efterfrågades intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal och har besvarats av dem som står närmast patient och närstående.

BAKGRUND

Intensivvårdsavdelning

Intensivvård är en vårdnivå som innebär noggrann övervakning och avancerad behandling av svårt sjuka patienter. Intensivvården innebär ett arbete i en högteknologisk miljö med högre personaltäthet än på en gemen vårdavdelning. IVA är skapade och utrustade för att ge patienter med svikt i kroppens viktigaste funktioner som andning, cirkulation och medvetande maximal möjlighet till överlevnad. Detta kräver fler resurser i större omfattning och de som arbetar där är team som bland annat består av anestesiläkare, intensivvårdssjuksköterskor och undersköterskor (Svenska intensivvårdsregistret, 2020). Anestesiläkare behandlar patienter i samråd med patientansvarig läkare (PAL) på moderkliniken (Svensk förening för anestesi och intensivvård, [SFAI], 2015). IVA beskrivs som en fristående enhet och som ska fungera som en sluten enhet under det fulla medicinska ansvaret av intensivvårdspersonal, i nära samverkan med andra medicinska specialister. IVA har även ett definierat geografiskt läge som koncentrerar de mänskliga och tekniska resurserna, såsom arbetskraft, yrkesskicklighet och kompetens, teknisk utrustning och nödvändigt utrymme (Valentin och Ferdinande, 2011).

Patienten som vårdas på IVA är svårt sjuk och behandlas för livshotande skador eller sjukdomar. Syftet med behandling är att patienten ska återfå ett meningsfullt liv. Patienten övervakas noggrant och får behandling efter diagnos där behandlingsstrategin snabbt kan förändras relaterat till patientens tillstånd (SFAI, 2015). I Sverige finns det olika typer av intensivvårdsavdelningar som barn-, neuro-, och thoraxavdelningar. Många sjukhus har en kombinerad avdelning där patienter kan vårdas med både medicinska och kirurgiska åkommor. Det är patientens tillstånd som är avgörande för att vårdas på IVA snarare än diagnosen (Stubberud, 2009). Kriterierna för att en patient ska bli inlagd på IVA är att

patienten riskerar eller uppvisar manifest svikt i ett eller flera vitala organ. Innan inläggning tas det ställning om tillståndet är reversibelt och om det finns möjlighet till överlevnad. Patienten som sedan vårdas på IVA är i de flesta fall kritiskt sjuk och behandlingen är ofta komplicerad och resurskrävande. Det kan behövas en eller flera intensivvårdssjuksköterskor per patient beroende på patientens tillstånd för att tillgodose patientens komplexa situation, sköta avancerad teknisk behandlingsutrustning och för att ta hand om patientens närstående (Stubberud, 2009).

Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvar

Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvar är att vårda kritiskt sjuka patienter i alla åldrar genom att bedöma, analysera, planera, genomföra och utvärdera avancerad omvårdnad. Som intensivvårdssjuksköterska finns ett ansvar för att vårda och ge patienten och dess närstående bästa möjliga omvårdnad (Stubberud, 2009). Enligt international council of nurses, (ICN) etiska kod (ICN, 1987) är sjuksköterskan förberedd och auktoriserad att främja hälsa, förebygga sjukdom samt vård av fysiskt och psykiskt sjuka i alla åldrar, inom all hälso-och sjukvård samt att delta fullt ut som medlem i vårdteamet.

Intensivvårdssjuksköterskans specifika kunskapsområde är omvårdnad. Det krävs teoretiska kunskaper och praktisk förmåga inom bland annat etik, pedagogik och vetenskapligt förhållningsätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Det arbete som utförs av intensivvårdssjuksköterskan styrs efter lagar och författningar så som Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), Patentlagen (SFS 2014:821) och Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), detta för att kunna ge en god och säker vård till patienterna. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2020) blir vården alltmer högteknologiskt avancerad vilket ställer krav på att intensivvårdssjuksköterskan tillämpar evidensbaserad kunskap. Idag arbetar intensivvårdssjuksköterskan inom en bred kontext, detta kan innefatta arbete på IVA, postoperativa avdelningar och verksamhet där intensivvårdssjuksköterskan följer upp patienter efter deras tid på IVA. Intensivvårdssjuksköterskans funktion innebär även att vara en stödjande funktion för andra verksamheter inom sjukhuset. Kännetecknande för kompetens inom intensivvård är att självständigt inom såväl allmän som avancerad intensivvård verka genom handlingsberedskap och prioriteringsförmåga vid avancerade och komplexa omvårdnadssituationer. I kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor finns det kärnkompetenser att arbeta utifrån, dessa kärnkompetenser ger en fördjupad kunskap och färdighet för att kunna utföra och leda det kliniska arbetet. Personcentrerad vård och samverkan i team är några av kärnkompetenserna som finns i kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor. (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Svensk sjuksköterskeförening (2022) beskriver att personcentrerad vård inom intensivvård innebär att sätta patientens behov i fokus och att vården anpassas efter patientens behov. Den personcentrerade vården innefattar även att ge stöd till patientens närstående. Intensivvårdssjuksköterskans ansvar är att sträva efter ett personcentrerat förhållningsätt med respekt för patientens integritet och autonomi. Närstående kan vara till hjälp genom att föra patientens talan om patienten inte själv skulle vara kapabel till det.

Samverkan i team har betydelse i säkerställandet för att patienten får en högkvalitativ och säker vård. Om teamsamverkan fungerar väl främjar detta patientsäkerheten, genom att

skapa trygghet och kontinuitet för patienten och dess närstående är det intensivvårdssjuksköterskans uppgift att förmedla, kommunicera och samarbeta med de övriga i vårdteamet (Svenska sjuksköterskeförening, 2020). Intensivvårdsavdelningar beskrivs som en miljö som är kopplad till stress, utbrändhet och felkommunikation. Vilket kan leda till konflikter i det tvärprofessionella teamet i motsats till om det fungerar väl, kan det leda till en god och säker vård. Om intensivvårdssjuksköterskor fick möjlighet till samarbete minskade riskerna för att fel gjordes, bättre samordning av patientvården och det delade beslutsfattandet förbättrades (Dalia et al., 2021). Dock är det inte bara mellan intensivvårdssjuksköterskorna som det krävs en god kommunikation, enligt Frivold et al., (2021) krävs det också ett familjefokuserat förhållningsätt. Dalia et al., (2021) menar att det familjefokuserade förhållningsättet möjliggjorde att närstående kände sig delaktiga i vården. Enligt §3, kap.5, i SFS 2014:821 är personal inom hälso- och sjukvården skyldiga att möjliggöra för patientens närstående att medverka vid utformningen och genomförandet av vården.

Omvårdnadens mellanmännsliga aspekter

Joyce Travelbee är en amerikansk forskare som grundade omvårdnadsteorin – omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Teorin enligt Travelbee fokuserar på betydelsen av det mellanmännsliga förhållandet mellan sjuksköterskan och människan, inte patienten. Termen patient anses av Travelbee vara en stereotyp som inte omfattar hela människan och individen och ska därför inte användas i omvårdnadssammanhang. Travelbee menar vidare att det finns en risk för mänsklig reduktion där individen kan uppfatta sig som en icke mänsklig varelse, en uppgift som ska utföras eller endast som en sjukdom. För när den sjuke gradvis blir en uppgift eller ett föremål för sjuksköterskan finns det en risk för att sjuksköterskan drar sig tillbaka, riktar sin energi mot att bara möta institutionella förväntningar. Det unika hos den individuella människan som hen tar hand om framhävs inte. Processen av mänsklig reduktion är sjuksköterskan medveten om initialt och påpekar att faktorer som tidsbrist gör att hen inte hinner lära känna hela människan som de vårdar. Med tiden minskar känslan av medvetenhet och det är lättare att endast se människan som en uppgift eller ett föremål (Travelbee, 1971).

Syftet med omvårdnaden skall vara att hjälpa en individ eller familj att förebygga eller klara av sjukdom och lidande. Vilket kan göras med hjälp av en så kallad ”human-to-human relationship”, som enligt Travelbee innefattar vikten av att sjuksköterskan kan bygga relationer hos både människan som vårdas och dennes närstående. Ett kännetecken för ”human-to-human relationship” är att både sjuksköterskan, patienten och dess närstående relaterar till varandra som unika människor. Detta snarare än att de har en relation där synsättet endast är sjuksköterska-patient, sjuksköterska-närstående. Travelbee menar att det är först när varje individ i samspelet uppfattar den andre som en människa som en relation kan vara möjlig. Travelbee tror inte att denna ”human-to-human relationship” bara sker utan det krävs en daglig interaktion mellan människan som vårdas, närstående och sjuksköterskan. Det ställs krav på att sjuksköterskan vet vad hen gör, tänker, känner och upplever. Enligt Travelbee byggs relationen mellan människan som vårdas och sjuksköterskan i fyra faser; det ursprungliga mötet, framväxandet av identiteter, empati och sympati. Relationen som byggs kan fortgå i olika hastigheter, en relation kan gå snabbt att etablera medan andra relationer tar längre tid. Travelbee menar att relationen som etableras kan ha två olika sekvenser, en där relationen sker med progression följt av en retrogression i tidigare fas. Denna utveckling är oundviklig då sjuksköterskan och

människan som vårdas arbetar sig genom de olika faserna tillsammans. Dock är det sjuksköterskans ansvar att identifiera orsakerna till att det inte går framåt och då ingripa på ett sådant sätt att relationen progredierar. Travelbee menar att kommunikation sker vid varje möte mellan sjuksköterskan och mottagaren. Antingen människan som vårdas eller närstående till den som vårdas. Kommunikation kan ske i det tysta genom hur den som ger kommunikation beter sig, olika ansiktsuttryck, gester eller hållning. Sjuksköterskans uppgift är att läsa in individen och tolka de signaler som ges uttryck för (Travelbee, 1971).

Kommunikation som verktyg

Travelbee (1971) betonar kommunikation som en ömsesidig process där individen delar eller överför tankar och känslor. Enligt Socialstyrelsen (2020) handlar kommunikation och informationsöverföring om information som överförs i samtal. Brister i kommunikation kan medföra risker för de som är inblandade, därför är en god kommunikation ett av de verktyg som kan användas för att kunna arbeta patientsäkert i ett team. Kelly et al., (2022) menar att god kommunikation och en stödjande arbetsmiljö är faktorer som har en positiv inverkan på patientvård. Metoden Crew resource management (CRM) används i vården och är ett säkerhets- och träningskoncept med fokus på samarbete och kommunikation. För att minska riskerna för brister i kommunikationen finns det olika metoder, en av metoderna som är framtagen av CRM är ett verktyg och används som ett rapporteringsunderlag. Detta verktyg innehåller patientens; situation, bakgrund, aktuell bedömning och rekommendation (SBAR). SBAR används i kommunikationen med patient och mellan hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2020; Vårdhandboken, 2023). Användningen av SBAR underlättade kommunikation och informationsöverföring effektiviserades och tydliggjordes (Onello, 2023). Inom vård och omsorg förväntas sjuksköterskor kunna kommunicera effektivt med olika yrkesgrupper, trots att utbildning i professionell kommunikation sällan ingår i vård- och omsorgsutbildningar. Den professionella kommunikationen kan påverkas negativt av olikheter i yrkesroller och hierarki, vilket också kan medföra konsekvenser för patientsäkerheten. Om vårdpersonal som ingår i ett team känner sig trygga och vågar framföra sina synpunkter utan risk för att bli ifrågasatt från andra i teamet blir arbetet oftast lyckat och effektivt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Kommunikation sträcker sig bortom att enbart överföra och ta emot information. Individer involverade i kommunikationen har unika erfarenheter, referenser och tolkningar som påverkar processen. Effektiv kommunikation är avgörande för ett framgångsrikt samarbete inom vård och omsorg där sjuksköterskor har en central funktion (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Erickson och Siparsky (2022) fann i sin studie att det saknas färdigheter i kommunikationsförmåga för att stödja delat beslutsfattande. Flera vårdgivare uppvisade ytlig och enkelriktad kommunikation vilket inte uppfyller vårdstandarderna. Den största bristen noterades i dubbelriktad kommunikation oavsett specialitet och erfarenhet. Dessa färdigheter inkluderade att samla in information, förstå närståendes perspektiv, dela information och nå överenskommelser. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att inom vård och omsorg är både verbal och icke verbal kommunikation avgörande för att en verksamhet ska bedrivas på ett säkert sätt. Effektiv kommunikation förbättrar tryggheten och möjliggör patient- och närståendepartnerskap, vilket i sin tur leder till förbättrade behandlingsresultat och hälsa. Enligt patientlagen SFS 2014:821 har patienter och närstående rätt till delaktighet kring planering och genomförande av hälso- och sjukvård.

Brytpunktssamtal

Definitionen av brytpunktssamtal enligt Socialstyrelsens termbank (2023) är ett samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Syftet med ett brytpunktssamtal är att klargöra ett beslut som fattas om att avbryta kurativ behandling och övergå till palliativ vård i livets slutskede (Svenska palliativregistret, 2021). Inför samtalet gör läkaren en helhetsbedömning av patientens anamnes, aktuellt status och andra förutsättningar. Detta används sedan som underlag för ett ställningstagande kring vårdens mål samt patientens önskemål (Socialstyrelsen, 2018). Att tillsammans som vårdgivare och patient fatta ett medicinskt beslut är en process som benämns som delat beslutsfattande. Det är vårdpersonalen som dikterar hur den fortsatta vården ska bedrivas. Det delade beslutsfattandet är en dubbelriktad kommunikation som ger möjlighet till ett vårdpartnerskap mellan vårdgivare och patient och som då inte utesluter patientens önskemål, tankar eller funderingar. I studien framkom det att medarbetare på IVA, oavsett års yrkeserfarenhet, inte använde sig av det delade beslutsfattandet. Den enda skillnaden som sågs vad gällde års yrkeserfarenhet, var förmågan att kunna använda sig av icke verbal kommunikation (Erickson och Siparsky, 2022).

Läkaren är den som tar beslut om att ett brytpunktssamtal ska äga rum medan intensivvårdssjuksköterskans roll är att omhänderta patienten och närstående. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever en varierad grad av ansvar och inkludering i ett brytpunktssamtal (Flannery et al., 2020), och att de kan känna en meningsfullhet i att kunna vägleda och stötta närstående och patienten i en svår tid (Hesselink et al., 2023). Patienten kan vara så pass sjuk att hen inte kan delta i beslutet vilket ökar betydelsen för att föra den här typen av diskussion tidigt i förloppet, för att få en möjlighet att känna till patientens och närståendes önskan (Brooks et al., 2017). Där har intensivvårdssjuksköterskor bäst förutsättningar för att förstå patientens och närståendes förväntningar i brytpunktssamtalet och därför kan de känna en önskan om att vara mer involverade i samtalet (Tripathy et al., 2017). Yrkesverksamma år kan ha betydelse för intensivvårdssjuksköterskors attityd gentemot diskussion och beslut inför ett brytpunktssamtal (Jingying et al., 2022). Dock ansåg många intensivvårdssjuksköterskor att det kan behövas mer träning i att diskutera kring en patients prognos och i beslut kring avbrytande behandling (Eunjeong et al., 2023).

Efter brytpunktssamtal med en patient och närstående kan vården övergå till palliation. Palliativ vård kan bedrivas under en längre tid, antingen på avdelning eller i hemmet. Inom intensivvården skiljer sig denna del av vården åt. När beslut tagits om att ytterligare åtgärder kring patientens vård inte kan göras hålls ett brytpunktssamtal och därefter avslutas den livsuppehållande behandlingen. Livsuppehållande behandling innebär att vård ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv. Att avbryta livsuppehållande behandling inom intensivvård är inte detsamma som att vården övergår i palliativ inriktning eller att man minskar intensiteten för åtgärder som inte omfattas av behandlingsbegränsningen. Det innebär att patienten kan komma att avlida inom kort tid, så som inom loppet av timmar eller dagar (SFAI, 2012).

Palliativ vård

Vårdpersonal i Sverige arbetar utifrån World Health Organizations [WHO] definition av palliativ vård. Det är ett förhållningsätt som syftar till att förbättra livskvaliteten hos den sjuka patienten (WHO, 2020). Enligt regionalt cancercentrum [RCC] (2021) kommer ordet palliativ vård från det latinska ordet pallium, vilket betyder mantel. Detta används för att beskriva den vård som ges i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Socialstyrelsen (2016) beskriver att begreppet palliativ vård innefattar flera perspektiv, att det är en typ av vårdform, ett förhållningsätt och kompetensområde med syfte att möta behov hos den enskilda människan och dess närstående. I Sverige används fyra begrepp för palliativ vård och utgår från de fyra hörnstenarna. Dessa är symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation och stöd till närstående. Enligt WHO (2020) finns det fyra dimensioner för att säkerställa en välfungerande palliativ vård. De fyra dimensionerna innefattar fysiska behov, psykiska behov, sociala behov och existentiella behov. Dessa dimensioner är behov som behöver tillgodoses med hjälp av de fyra hörnstenarna.

De olika palliativa faserna kan delas in i en tidig fas, sen fas och slutskede. Skillnaden mellan tidig och sen palliativ fas kan vara att sjukdomen i den tidiga fasen är obotlig, trots det kan den fortfarande vara påverkbar med specifik behandling och palliativa insatser. Detta kan medföra en förbättrad livskvalitet och livsförlängning. När den sena fasen initieras är målet med vården att inte förlänga livet utan skapa förutsättningar för god livskvalitet under patientens sista tid i livet. I palliativ vård talas det om ”total pain” där de olika aspekterna som fysisk, psykisk, social och existentiell smärta behöver lindras. Med detta perspektiv ser man till hela människan och tar hänsyn till patientens livsvärld (RCC, 2021). Vikten av att som intensivvårdssjuksköterska tillgodose dessa aspekter hos individen och dess närstående för att kunna ge en god palliativ vård. Inom intensivvården innebär omhändertagandet av kritiskt sjuka patienter att den livräddande behandlingen sätts in i tidigt skede, och om patienten inte svarar på behandlingen ska det tas ställning till om livsuppehållande behandling ska fortsätta eller om palliativ vård ska initieras (Eunjeong et al., 2021; RCC, 2021).

Svenska intensivvårdsregistret [SIR] (2012) menar att det primära målet med palliativ behandling för patienter i livets slutskede är lindring av lidande, snarare än förlängning av livet. Enligt §3, i SOFS 2011:7 har den fasta vårdkontakten flera skyldigheter att dokumentera i patientjournalen sitt ställningstagande till att inte ge livsuppehållande behandling. Bland annat ska det dokumenteras vilken inställning till den livsuppehållande behandling patienten och närstående gett uttryck för, även på vilka grunder vårdkontakten gjort sitt ställningstagande på. De allmänna råden klargör även att rådgöra med andra yrkesutövare som deltagit i patientens vård (SOFS 2011:7). Intensivvårdssjuksköterskans delaktighet i beslut gällande avbrytande av livsuppehållande behandling är betydelsefull, just för att intensivvårdssjuksköterskan har en unik relation med patient och närstående och bör därför involveras mer i beslutet kring avbrytande av behandling (Badir et al., 2015).

PROBLEMFORMULERING

På IVA bedrivs en avancerad vård av kritiskt sjuka patienter. När vården som ges inte längre gagnar patienten kan ett brytpunktssamtal bli aktuellt. Då patientens kritiska tillstånd ofta kommer plötsligt kan det komma som en chock för närstående. Därför utgörs intensivvårdssjuksköterskans arbete till stor del av att stötta närstående och detta kan leda till starka känslor. Forskningen visar att det finns en kunskapsbrist i förmågan att föra samtal med patient och närstående i ämnen som rör brytpunktssamtal samt att det finns brister i samarbetet i vårdteamet. Därför ville författarna till studien undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. Studien genomfördes på IVA vid ett länssjukhus i södra Sverige där fokusgruppsintervjuer användes för att ta del av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter. Studien kan i sin tur gynna forskning och eventuella verktyg kan tas fram för att underlätta förberedelserna och genomförandet av brytpunktssamtal.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning.

METOD

Genom att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Den kvalitativa metoden har sitt ursprung i den holistiska traditionen och har som syfte att bilda sig en uppfattning om hur fenomen erfars och förstås. Därför är den kvalitativa metoden bäst lämpad då datan inte är numerisk utan bygger på erfarenheter och människors beskrivningar av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Genom att anta en induktiv ansats började författarna i empirin, där empiri innebär erfarenheter från verkligheten (Priebe & Landström, 2017). Detta tillåter att datan som inhämtades kunde studeras och analyseras förutsättningslöst efter deltagarnas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017). För att samla kunskap om intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter använde sig författarna av fokusgrupper. Wibeck (2010) beskriver fokusgrupper som ett tillfälle där människor samlas i grupp och diskuterar ett givet ämne.

Efter att deltagarnas erfarenheter av brytpunktssamtal samlades in och datan transkriberades utfördes en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Demografiska data över deltagare presenteras i tabell 1 nedan.

Ontologin är någons innersta väsen, människan är en existentiell varelse som alltid eftersträvar livsmening (Rehnsfeldt, 2020). Henricson och Billhult (2017) beskriver ontologin som någons levda erfarenhet av verkligheten. Dahlberg (2022) beskriver epistemologin som olika vägar till kunskap och vad kunskap är. Epistemologiska frågor är; vad är kunskap, är det skillnad mellan vardagskunskap och vetenskaplig kunskap, hur är det möjligt att få tillgång till kunskap (Dahlberg, 2022). Paradigm kan ses som en förebild eller mönster inom forskningen och som avgör vilka metoder som väljs för att kunna besvara en studies syfte. Den personliga kunskapen och erfarenheter kan påverka forskarens paradigm, så som forskarens inställning till ontologi och epistemologi (Henricson & Billhult, 2017). Författarna till studien har ett ontologiskt förhållningsätt då uppfattningen delas om att människan är en pågående process, att det finns en tro på varandet framför tillblivande. Då syftet i studien var att efterfråga erfarenheter av ett fenomen passar det ontologiska förhållningsättet författarnas paradigm.

Urval

För att inkludera deltagare till studien med erfarenheter av brytpunktssamtal inom intensivvården användes ändamålsenligt urval. Enligt Henricson och Billhult (2017) syftar detta till att deltagare har valts efter deras erfarenheter och att dessa erfarenheter kan ge informationsrika beskrivningar av fenomenet. Detta skapade ett underlag som användes för att svara på studiens syfte (Henricson & Billhult, 2017). Inklusionskriterierna för att delta i studien var; intensivvårdssjuksköterska som varit yrkesverksam i minst sex månader och deltagit vid minst ett brytpunktssamtal. Enligt Polit och Beck (2021) kan det vara nödvändigt att använda sig av ändamålsenligt urval när rekrytering av deltagare sker från en specifik klinik. För att få tillstånd till studien kontaktades en av avdelningens enhetschefer via mejl, i mejlet bifogades ett informationsbrev och en samtyckesblankett, (Bilaga 1). När tillstånd givits från enhetschef erhöll författarna till studien en bifogad fil med 64 mejladresser till verksamma intensivvårdssjuksköterskor. Därefter skickades det

ut informationsbrev om studien och en samtyckesblankett (Bilaga 2) till dessa 64 mejladresser. Av dessa svarade sex intensivvårdssjuksköterskor. På grund av strukturella omständigheter på enheten som skulle besökas, försvårades rekryteringen av deltagare till studien. Därför tog författarna till studien beslut om att besöka enheten vid två tillfällen och där ställa förfrågan om deltagande direkt till de som arbetade den dagen. De som svarade ja till att delta i studien via mejl fick fortsatt möjlighet att delta i studien efter att samordning med koordinatören gjorts. Tre av de som initialt svarade ja via mejlkontakt kunde tyvärr inte delta då de inte arbetade den dagen vid besöket. Vid första besöket på enheten tillfrågades tio intensivvårdssjuksköterskor, varav sju svarade ja till att delta i studien. Vid andra besöket tillfrågades sex intensivvårdssjuksköterskor, varav fem svarade ja till att delta i studien.

Totalt genomfördes två fokusgruppintervjuer med sju deltagare i första fokusgruppen och fem i den andra i den andra. Alla deltagarna hade erfarenheter av brytpunktssamtal inom intensivvården. Innan fokusgrupperna ägde rum utförde författarna till studien provintervjuer på varandra, provintervjuerna tog 16 minuter att utföra. Inga av frågorna exkluderades utan provintervjuerna hjälpte till att utforma fler följdfrågor (Bilaga 3). Fokusgruppintervjuerna planerades ta en timma att utföra. I den första fokusgruppen var tidsåtgången 46,38 minuter och i den andra fokusgruppen var tidsåtgången 33,09 minuter. Det resulterade i en medeltid på 40,13 minuter.

Tabell 1. Deltagarnas demografiska data

Kön	Ålder	Yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska
Kvinna	25 år	0,5 år
Man	40 år	9 år
Kvinna	52 år	10 år
Kvinna	43 år	10 år
Kvinna	58 år	14 år
Kvinna	61 år	17 år
Man	57 år	22 år
Kvinna	65 år	24 år
Kvinna	60 år	33 år
Kvinna	58 år	34 år
Kvinna	Okänt	48 år
Kvinna	57 år	Okänt

Datainsamling

Datainsamling skedde med hjälp av två fokusgrupper där det var sju deltagare i den första gruppen och fem deltagare i den andra, och utfördes för att ta del av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. Polit och Beck (2021) betonar att en optimal storlek på en fokusgrupp är mellan sex till tolv deltagare men även att ett mindre antal deltagare kan föredras om ämnet som diskuteras är känsligt (Polit & Beck, 2021). Arbetet fördelades genom att en av författarna var moderator och var den som

förde diskussionen med frågor. Den andra författaren förde anteckningar under fokusgruppintervjuerna och observerade den icke-verbala kommunikationen och gruppdynamiken. Inledningsvis började moderatorn intervjuerna med att berätta om studiens syfte, därefter framförde moderatorn de regler som deltagarna hade att förhålla sig till. Som vikten av att låta alla komma till tals, visa respekt mot de andra deltagarna samt att det som diskuterades under intervjuerna inte sprids vidare efter att intervjuerna avslutas (Polit & Beck, 2021). Författarna valde att intervjuerna skulle vara semistrukturerade. Polit och Beck (2021) beskriver att det kan användas när författarna har en bestämd uppfattning om vad som ska undersökas, där man inte kan förutse deltagarnas erfarenheter eller svar. Vid fokusgruppintervjuerna ställdes en öppen fråga initialt och sedan lät författarna ordet vara fritt. En frågeguide med följdfrågor (Bilaga 3.) användes för att få en fördjupad förståelse för det fenomen som diskuterades.

Målet med fokusgrupper är det givna ämnet som skall diskuteras fritt mellan deltagarna där moderatorn likvisst inte är en traditionell intervjuare utan ingriper om gruppen frångår ämnet (Wibeck, 2010). Intervjuerna hölls i ett konferensrum på avdelningen i anslutning till skiftbyte från dag- till kvällspass. Detta gjorde att intensivvårdssjuksköterskorna kunde vara med på intervjuerna under deras arbetstid. Fokusgruppintervjuerna spelades in med hjälp av en mobiltelefon och en dator, där endast ljudfilerna användes vid transkriberingen. Datorn och mobiltelefonen som användes för ljudinspelning var lösenordskyddade och hölls inlåsta när de var obebakade av författarna. Genom att samla in data via fokusgrupper har författarna förhållit sig flexibla mot deltagarna, miljön och de förändringar som kan ske under datainsamlingen (Henricson & Billhult, 2017).

Analys

Det insamlade datamaterialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys. Innehållet i datamaterialet kunde analyseras antingen med manifest inriktning eller latent inriktning. En manifest inriktning innebär en beskrivning av innehållet i en text medan en latent inriktning innebär en djupare tolkning av texten och den underliggande meningen. Författarna valde att analysera texten med en latent inriktning för att få en djupare förståelse för deltagarnas erfarenheter av brytpunktssamtal. Genom att använda sig av den kvalitativa innehållsanalysen kunde likheter och skillnader identifieras i texten och den underliggande meningen i det sagda ordet mynnade ut i kategorier och subkategorier (Graneheim och Lundman, 2004).

Fokusgruppintervjuerna transkriberades i nära anslutning till att intervjuerna slutförts. Transkriberingen av materialet utfördes ordagrant till en sammanhängande text där upprepningar, suckar eller pauser markerades i texten. Författarna till studien lyssnade först enskilt på det inspelade materialet och utförde transkriberingen på varsitt håll. Därefter träffades författarna och jämförde om transkriberingen stämde överens med varandra. Författarna lyssnade återigen tillsammans för att säkerhetsställa kvaliteten och feltolkningar kunde då korrigeras. Därefter analyserades texten och innehållet och den fördjupade innebörden i texten diskuterades för att hitta det som var relevant för studiens syfte. Detta gav författarna en känsla för helheten av vad som framkommit under fokusgruppintervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Det som besvarade studiens syfte identifierades och plockades ut som meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet innefattar ord, meningar eller stycken som besvarar syftet. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna. Kondenserad meningsenhet består av ett antal ord eller

meningar som har ett gemensamt innehåll och är textnära till meningsenheten. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att namngivning av de kondenserade meningsenheterna innebär att författarna kodar. En kod är ett samlingsnamn och kan beskrivas med ett enda ord eller sammanhängande ord om det mest väsentliga av innehållet. Koderna grupperades och bildade subkategorier och kategorier. I analysprocessen för att sammanställa kategorierna klipptes meningsenheterna och subkategorierna ut. Detta sammanställdes och resulterade i tolv subkategorier som mynnade ut i de fem kategorier som sedan utgjorde en röd tråd genom resultatet (Graneheim och Lundman, 2004). Se tabell 2 för exempel på hur analysprocessen utförts.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det är ju något förutsättningslöst dåligt för individiden som vårdas på IVA som ska förmedlas till närstående	Dåligt besked för både individ och närstående	Dåliga besked	Negativa besked ges.	När vården ändrar riktning
Känner ofta att det är påtänkt länge, sen när de väl ska ske så sker det direkt, då är det här med förberedelse av närstående och patient. Man skulle önska att man kunde förbereda sig lite mer mentalt och...	Ett beslut är påtänkt länge, det finns inte tid för förberedelser av närstående och patient. Man vill vara förberedd	Vill vara förberedd	Att inte räcka till.	Att vara trygg i professionen

Etiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (2022) finns det en skyldighet inom medicinsk forskning att ta hänsyn till hälsa, värdighet, integritet, rätt till självbestämmande, privatliv, sekretess, personlig information och skydda liv. För att beakta dessa områden inför, under och efter forskningsprocessen skyddades deltagarna i studien enligt ovanstående. Etikprövning krävs inte för studier på högskola vare sig det är på grund- eller avancerad nivå enligt 2§ i SFS 2003:460. Trots att det inte finns krav på att etikprövning ska genomföras är det av stor vikt att skydda deltagarna i studien. För att kunna bedriva forskning inom omvårdnad där deltagarna i studien är enskilda individer, är det angeläget att som forskare ta ställning till de etiska principerna. Vetenskapsrådet (2002) beskriver de fyra forskningsetiska kraven som är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

För att uppfylla informations- och samtyckeskravet, mejlades information om studien ut till deltagarna tillsammans med en samtyckesblankett som deltagarna fick skriva under och ge till författarna innan intervjuerna startades, (bilaga 2). Informationsbrevet innehöll i enlighet med 16§ SFS 2003:460 syftet med forskningen, de metoder som användes, att deltagandet var frivilligt och att medverkan i studien kunde avbrytas när som helst. Intervjuerna spelades in med hjälp av röstinspelning på en telefon och med en ljudinspelning på en dator. Inspelningarna användes enbart för ljudinspelning till transkribering vilket deltagarna informerades om innan intervjuerna startade. Genom att avidentifiera deltagarna uppfylldes konfidentialitetskravet. Insamlad data hanterades och bevarades på lösenordskyddade enheter som hölls inlåsta när de inte var under uppsikt av författarna, vilket också uppfyller konfidentialitetskravet. För att uppfylla nyttjandekravet raderas insamlad data när studien är godkänd av examinator och publicerad.

Förförståelse

Författarna har tidigare varit yrkesverksamma som allmänsjuksköterskor inom både medicinsk och kirurgisk verksamhet. Vilket har inneburit att de medverkat vid brytpunktssamtal tidigare, dock inte inom intensivvården. Att de själva deltagit vid brytpunktssamtal ansågs som en fördel i arbetet med studien. Detta möjliggjorde att författarna under fokusgruppintervjuerna kunde förstå deltagarnas erfarenheter på en djupare nivå, samt att den latent tolkningen av det insamlade materialet kunde förstås som sin helhet. Alltså innebar detta en förförståelse för ämnet, i och med att fokusgruppintervjuer valdes som metod medverkade författarna inte i diskussionerna kring ämnet, utan utgick från frågeguiden och de följdfrågor som framtagits innan intervjuerna ägde rum. Därför anser författarna till studien att de inte har påverkat resultatet via sin förförståelse.

RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning. I resultatet framkom fem kategorier; *När vården ändrar riktning, att vara trygg i professionen, samverkan i det professionella teamet, konsten att förmedla besked och ge utrymme för tid och känslor.*

Tabell 3. Kategorier och subkategorier som framkom vid analysen av fokusgruppintervjuerna med intensivvårdssjuksköterskorna avseende deras erfarenheter av brytpunktssamtal.

Kategori	Subkategori
När vården ändrar riktning	Efter beslut blir inriktning av vård tydlig Negativa besked ges
Att vara trygg i professionen	Att ta emot fysisk bekräftelse Att inte räcka till Önskan om rutiner
Samverkan i det professionella teamet	Förmågan att kommunicera Delaktighet i vårdarbetet
Konsten att förmedla besked	Val av miljö Utgång beroende på läkare
Ge utrymme för tid och känslor	Utrymme för känslor Förberedelser minskar chock Ge tid för frågor

När vården ändrar riktning

Intensivvårdssjuksköterskorna fick frågan om vad ordet brytpunktssamtal innebar för dem. De svarade att många gånger är det ett svårt besked som ska ges till både patient och närstående, att man har kommit till vägs ände och att ingen förbättring för patientens prognos ses. De svarade även att ett beslut om vårdnivå tas och efter beslutet blir inriktningen av vården tydlig.

”Nej men då har man väl ändå uttömt alla möjligheter för att kunna se en vändning. För ibland kan det ta ganska lång tid innan det kommer till det här samtalet. Så då har man ändå gjort allt man kan liksom”

Några av intensivvårdssjuksköterskorna tyckte inte att ordet brytpunktssamtal ansågs som något negativt, snarare positivt. Det ansågs finnas en risk att övervårda patienter och skapa mer lidande.

”Jag har ingen negativ känsla om det utan det är bara positivt, att man inte övervårdar”

Att vara trygg i professionen

Intensivvårdssjuksköterskorna var eniga om att kontinuitet har betydelse. Om de har vårdat patienten och träffat närstående tidigare ansåg de att de hade bättre förutsättningar för att vara med på ett brytpunktssamtal. De kände att de var bättre förberedda, var mer pålästa och kunde svara på frågor från närstående i större utsträckning om de hade vårdat patienten innan. Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att de enklare kunde skapa en trygghet hos närstående genom att vara pålästa och välinformerade om patienten. Om de inte kände patienten sedan tidigare kunde det vara svårt att förbereda sig inför brytpunktssamtalet. Flera av intensivvårdssjuksköterskorna hade varit med om att de var med på brytpunktssamtal samma dag som de för första gången träffat patienten. En intensivvårdssjuksköterska sa att hen tycker det är svårt att möta närstående i deras sorg om hen aldrig hade träffat närstående tidigare. Att förutsättningarna blev sämre och att svara på frågor blev svårare. Det framkom att många av intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att brytpunktssamtal ofta sker sent i förloppet. För många var det inte främmande att få höra av läkare att vi fortsätter vården över helgen, vilket kunde vara frustrerande för intensivvårdssjuksköterskorna. De upplevde att beslut ofta inte tas på helgen. Det kan ha varit påtänkt en tid men ingen har tagit på sig ansvaret att hålla i brytpunktssamtalet. Sedan när brytpunktssamtalet väl skulle ske upplevde intensivvårdssjuksköterskorna att de inte fick tid för att förbereda sig, det skulle plötsligt ske direkt då. Då kunde intensivvårdssjuksköterskorna känna att de inte hann med att förbereda närstående, göra i ordning rummet som brytpunktssamtalet skulle vara i och att de själva inte hann förbereda sig mentalt. Intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att de i största utsträckning försöker vara med på brytpunktssamtal, dels för att själva höra vad läkaren säger ifall det kommer frågor från närstående efteråt, och dels för att närstående ibland kan ställa frågor som enbart intensivvårdssjuksköterskorna kan svara på, som inte läkaren kan. Det kan vara frågor gällande omvårdnaden kring patienten, vilket intensivvårdssjuksköterskorna många gånger har bättre koll på än läkarna. Några av intensivvårdssjuksköterskorna tycker att för dem går det bra att vara med på brytpunktssamtal. Dock kunde de ibland känna en stress över att hinna med att vara med på ett brytpunktssamtal. De vill lägga den tiden som behövs för att svara på frågor och finnas där för närstående men att de känner att de inte hinner med. De upplever att de får ge mycket av sig själva i ett brytpunktssamtal och att stressen över att hinna med påverkar dem negativt.

”Man får ta en bit av sig själv varje gång man håller i ett samtal”

En intensivvårdssjuksköterska berättade att det sker en fokusskiftning efter ett brytpunktssamtal. Att vårdandet av patienten fortsätter men att närståendevården ökar, mer tid behöver läggas på närstående. Intensivvårdssjuksköterskorna belyste att det är av stor vikt att inkludera närstående. Även att vara inkännande, att vara flexibel och att anpassa sig individuellt efter de människor man möter. En intensivvårdssjuksköterska berättade att hen tyckte att man bör vara vidsynt, följsam och känslig för olika situationer och möten. En annan intensivvårdssjuksköterska berättade att hen brukade fråga lite mer allmänt om patienten, vad patienten har jobbat med och om patienten har några intressen. Hen påpekade att man bör vara angelägen om att ta reda på sådant om patienten då det inte bara är en patient som ligger i respirator, det är en människa som har ett liv utanför sjukhuset. Att visa ett intresse för patient och närstående innan man ger besked om att vården ska ändra riktning kan vara betydelsefullt. Några av intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det hade varit bra om det fanns några rutiner att följa så att man inte går miste om något

som är betydelsefullt för processen. Samt att rutiner skulle kunna leda till att de flesta intensivvårdssjuksköterskor gör likadant. Dock tyckte några att det kan bli fel om rutiner följs. Det kan lätt bli att man glömmer att varje möte är individuellt och att det kan begås misstag i stället. En intensivvårdssjuksköterska berättade att hen hade gått en utbildning som handlade om att möta människor i kris. Under utbildning övade de på att leda ett brytpunktssamtal och att det var mycket givande. Det togs upp att intensivvårdssjuksköterskorna inte pratade med varandra om deras erfarenheter kring brytpunktssamtal. Dock var de eniga om att det kan vara betydelsefullt att få ta del av varandras erfarenheter.

”Man fick ju en liten tankeställare. Det är ju ingenting vi sitter och diskuterar och pratar om. Hur man har agerat vid ett brytpunktssamtal, med någon annan, det gör man ju inte. Det är ju bra att höra andras erfarenheter tycker jag”

Samverkan i det professionella teamet

När brytpunktssamtalet planerades att äga rum så kunde intensivvårdssjuksköterskorna beskriva förloppet innan. Att samtalen inom vårdteamet kunde ses som att det hölls multidisciplinära konferenser där man inhämtar åsikter från flera specialister och vårdgivare. En samverkan med andra professioner, där man tagit ställning till alla möjligheter och omöjligheter i vården av patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna var insiktsfulla i att ett brytpunktssamtal är ett stort beslut att ta ensamt och hade förståelse för att ingen ville ta ett sådant beslut i egen regi. Inom intensivvården är det en anestesiläkare som är ansvarig för vården på IVA men det ska också alltid finnas en patientansvarig läkare (PAL) från hemkliniken. Det framkom att det ibland kunde råda en osäkerhet kring vem som var PAL, och att detta i sin tur var en av faktorerna som gjorde att det kunde finnas en känsla av bristfällig samverkan. Detta kunde enligt intensivvårdssjuksköterskorna också vara anledningen till att beslut om brytpunktssamtal inte fattades förrän efter några dagar. En del upplevde att det var vitalt att anestesiläkare och PAL hade pratat ihop sig och var eniga när det kommer till beslut om patienten.

“Det finns en PAL och det är lite oklart ibland vem som är PAL. Det kan också bero på att man byter doktorer ofta, det påverkar patienten negativt. Ingen vill ta beslutet förrän de haft patienten i några dagar”

Det fanns intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av att arbeta på ett mindre sjukhus med en mindre personalgrupp. Erfarenheten av detta var att det inte fanns samma kultur med rädsla för att trampa någon på tårna. Beslut om brytpunktssamtal behövde inte dröja och att det oftast var lätt att komma i kontakt med andra professioner. I samtalen om brytpunktssamtal skulle genomföras föregicks det av en rond, där flera i vårdteamet samlas och diskuterar den fortsatta vården av patienten. Det framkom att flera intensivvårdssjuksköterskor såg det som sitt ansvar att lyfta frågan på rondens till läkare, där intensivvårdssjuksköterskan i tidigt skede sett vart det är påväg.

“Vi får ta upp det på rondens, att man frågar som sköterska är det inte dags för detta snart”

I frågan om vilka det är som deltar vid ett brytpunktssamtal hade de flesta erfarenhet av att läkarna hade en önskan om att intensivvårdssjuksköterskorna deltog. Att läkarna då ansåg att intensivvårdssjuksköterskorna hade en närmare relation till patient och närstående. De som också hade en stor del i vårdteamet var undersköterskorna. Det framkom att undersköterskornas del i vårdteamet var bland annat att finnas där för patienten i samband med brytpunktssamtalet. Det fanns en inställning bland intensivvårdssjuksköterskorna att undersköterskan alltid fick vara med vid brytpunktssamtal, men på grund av bemanning kunde de inte alltid vara med, då någon behövde stanna kvar hos patienten. Samtidigt lyfte en intensivvårdssjuksköterska att undersköterskan alltid är välkommen att delta vid brytpunktssamtalet, dock behöver man ibland minimera antalet deltagare för att värna om patienten och närståendes integritet.

“Det är ett väldigt personligt samtal för närstående och då borde man minimera till de som verkligen behövs. Det är en av de mest privata stunderna i livet att få sådana besked. Man klär av sig helt naken som närstående och då får man tänka på deras integritet”

För att samverkan mellan intensivvårdssjuksköterskan och undersköterskan skulle förbättras ansåg många att de kunde bli bättre på att informera om vad som hade sagts under brytpunktssamtalet. Många gånger när undersköterskan inte var med på brytpunktssamtalet informerade inte intensivvårdssjuksköterskan om vad som sagts. Vilket påverkar undersköterskan negativt då de ofta får frågor från närstående efter brytpunktssamtalet. En av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde i stället att hen hade med sig det i tanken och att innan närstående fick gå in till patienten efter brytpunktssamtalet fick de vänta utanför medan hen gick in och informerade undersköterskorna vad som sagts under samtalet.

Konsten att förmedla besked

Samtliga intensivvårdssjuksköterskor var eniga om att val av miljö och hur ett brytpunktssamtal förmedlas har betydelse. Samt att det bör vara angeläget att individuellt anpassa information efter närståendes informationsbehov och situation. Intensivvårdssjuksköterskorna tar upp vikten av att vara med vid ett brytpunktssamtal för att de tillsammans med läkaren som leder samtalet ska kunna vara samkörda. Att använda samma ord och ge samma information till de närstående. Detta för att minska risken för tveksamheter och för att informationen ska nå fram till de närstående. En intensivvårdssjuksköterska tog upp att genom ett bra samarbete med den ansvariga läkaren kan intensivvårdssjuksköterskan skapa goda förutsättningar inför ett brytpunktssamtal.

”Det har ju litegrann med oss att göra som yrkeskår. Det är ju det som är våran skill. Vet man bara om att det kommer att komma, man pratar inofficiellt med läkare, då kan vi börja bädda väldigt bra för det är ju vi som kan skapa förutsättningarna”

Intensivvårdssjuksköterskorna berättade om bättre och sämre erfarenheter beroende på vilken läkare det var som var ansvarig för patienten när brytpunktssamtal skulle ske. Några av intensivvårdssjuksköterskorna har fått höra från närstående att de inte var nöjda med läkares sätt att informera, att läkare inte varit respektfulla och uppfattades som dryga.

Några intensivvårdssjuksköterskor hade flera gånger varit med om att läkare hade kommit in på vårdsalen och sagt till patient och närstående att vi inte kan göra mer nu, att vi ska avsluta vården och sedan gick ut från vårdsalen. Både patient och närstående blev upprörda och intensivvårdssjuksköterskorna hade inte fått någon förvarning av läkaren att hen skulle ge detta besked. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde då att de blev lämnade i en situation som de själva inte kunde påverka, de upplevde att ett stort ansvar lades på dem då. En intensivvårdssjuksköterska påpekade att hen tror att det är personbundet gällande läkarna, hur de förmedlar information till andra. Hen upplevde också att den yngre generationen läkare är bättre på att bemöta individer och förmedla information. Att de inte har tappat känslan för det, som eventuellt äldre läkare kunde gjort. Intensivvårdssjuksköterskorna påpekar att de har bra erfarenheter också gällande läkarnas sätt att förmedla information. Att det finns de läkare som är duktiga när kommer till brytpunktssamtal.

”Det finns en fantastisk duktig läkare. Hen är alltid lugn, sitter alltid ned, är alltid påläst, kan svara på frågor, har alltid informerat teamet innan, vill alltid ha med sjuksköterskan under samtalet, sitter kvar en stund efteråt, kommer tillbaka och fångar upp igen. Jag har aldrig sett att hen misslyckats”

Intensivvårdssjuksköterskorna är eniga om att hur ett budskap förmedlas har stor betydelse. Dock kan det ibland vara så att sättet att förmedla har varit bra, men att utgången inte blivit bra. En intensivvårdssjuksköterska berättade att hen hade varit med på ett brytpunktssamtal, patienten det handlade om hade utländsk härkomst. Intensivvårdssjuksköterskan och läkaren informerade närstående om att vården skulle avslutas och närstående blev hysteriska. De skrek och anklagade personalen för att döda patienten. Intensivvårdssjuksköterskan påpekade att det behövs kunskap om att olika kulturer kan ha andra synsätt på hur en individ ska vårdas. Däremot finns det de tillfällen då intensivvårdssjuksköterskorna upplever att de har lyckats, att de har gjort ett bra jobb. En intensivvårdssjuksköterska säger;

”Det finns ju inget bättre än när man får en kram, liksom att de är nöjda. Ibland kan det ju hända av såna som man absolut inte kunnat tänka sig”

Ge utrymme för tid och känslor

Det framkom att ett beslut om brytpunktssamtal inte är något som hastas fram utan läkarna medvetet gav närstående tid att smälta situationen. Då kunde intensivvårdssjuksköterskorna känna en frustration och att de då kunde tycka att processen går för långsamt. Samtidigt är det betydelsefullt att låta närstående ta in att det inte finns något mer att göra för patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna menade att har man förberett närstående kommer brytpunktssamtalet inte som en chock.

“Man målar en dyster bild, vi gör vad vi kan, vi försöker. Då har man gett en timeline, man har sagt som det är och när det kommer så kommer det inte som en chock”

Något som var gemensamt var att intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att det var bra när läkarna förberett närstående på vart vården är påväg. Detta för att de då kunde minska att det blev en total chock för då krävs det mer arbete att ta hand om både patienten och närstående för intensivvårdssjuksköterskan. Många hade varit med om att läkarna ofta lämnade patient och närstående efter ett brytpunktssamtal. Då var det intensivvårdssjuksköterskans dilemma att känna av om de skulle kliva in och omhänderta närstående eller ge utrymme för de känslor som ges uttryck för. Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av vad som var viktigt efter ett brytpunktssamtal var att låta de närstående stanna kvar hos patienten. I sin roll som intensivvårdssjuksköterska innebar det att stanna kvar hos de närstående, svara på frågor eller fråga om de önskar att sitta själva.

“Att man sitter kvar och pratar med dem en stund. Och sedan frågar man om de vill sitta själva och prata, så man kommer man in sen”

Samtidigt ansåg en av intensivvårdssjuksköterskorna att det var de som formade sorgearbetet. Efter flera samtal var närstående införstådda i situationen, att det inte finns något mer att göra, kunde närstående i slutändan känna att det var rätt beslut som togs. Även fast känslor av chock kunde ges uttryck för, kunde en del närstående känna att det var skönt när ett beslut väl togs. Intensivvårdssjuksköterskan menade att även fast de närstående upplevde sorg efter ett brytpunktssamtal var det en lättnad som infann sig hos dem. En intensivvårdssjuksköterska berättade om en närstående som till och med frågat om det inte var bättre att avsluta behandlingen. En av de erfarenheter som delades med under intervjuerna var att reaktionen som kom från de närstående inte alltid berodde på brist av information. Det kunde i stället bero på att de närstående inte var redo eller inte kunde ta in mer information, eller att de inte vill förstå vad som hänt. Medan andra upplevde att en del närstående kommit längre i sin bearbetningsprocess men att de som inte kommit lika långt behövde tid och utrymme för att förstå att beslutet är rätt och att det inte finns något ytterligare att göra. Samtidigt som det var betydelsefullt att de närstående medverkade vid brytpunktssamtalen var det lika angeläget att fånga upp de som inte ville acceptera prognosen. Enligt intensivvårdssjuksköterskorna kunde man då ge patienten några extra vård dygn för att låta närstående förstå situationen. Man gav de närstående utrymme för att bearbeta sina känslor. En betydelsefull del i intensivvårdssjuksköterskans arbete var att i de här fallen efterfråga om närstående förstått den information som de delgivits och efterhöra då om det finns tveksamheter. Tid behövs för att svara frågor som kan uppstå.

Resultatsammanfattning

För intensivvårdssjuksköterskorna innebar ordet brytpunktssamtal att ett svårt besked ska ges till patient och närstående. Dock ansågs brytpunktssamtal som något positivt då det kan minska risken för att övervårda och skapa lidande för patienten. Att ge tid och svara på frågor var något som intensivvårdssjuksköterskorna såg som grundläggande i deras profession. Att skapa trygghet genom att vara påläst och välinformerad var av stor betydelse för samtliga. Medverkandet vid ett brytpunktssamtal var intensivvårdssjuksköterskorna angelägna om, men de kunde känna en stress över att inte hinna med, vilket påverkar dem negativt. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att vara flexibel och inkännande i olika situationer är av stor vikt. Några av

intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att någon form av rutin kunde vara bra medan andra intensivvårdssjuksköterskor ansåg att rutiner skulle kunna leda till att misstag begås, då man lätt kan glömma att möta individer på individuella nivåer om man följer rutiner. Det framkom att samverkan med olika professioner var grundläggande för att skapa bra förutsättningar inför brytpunktssamtal. Det visade sig ibland vara oklart vilken läkare det var som hade det övergripande ansvaret för patienten, vilket kunde resultera i svårigheter med samverkan. Många av intensivvårdssjuksköterskorna hade en önskan om att undersköterskorna i större utsträckning kunde delta vid brytpunktssamtal då de också får frågor och utgör en stor del av teamet kring patienten. Dock på grund av resursbrist kunde inte alltid undersköterskor vara med, då upplevde intensivvårdssjuksköterskorna att de kunde bli bättre på att informera undersköterskorna vad som sagts under samtalet. Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att sättet ett budskap förmedlas har stor betydelse. De beskriver bra och dåliga erfarenheter som de varit med om. Stor vikt läggs på hur läkarna förmedlar information då det påverkar intensivvårdssjuksköterskornas arbete i efterhand. Det gemensamma målet för intensivvårdssjuksköterskorna var att ge närstående tid och utrymme för känslor. Och att det är av stor vikt att informationen de delger närstående når fram. Att närstående ska bli införstådda i situationen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning. Enligt Polit och Beck (2021) är valet av metod beroende på hur författarna önskar besvara syftet. För att ta del av erfarenheter av brytpunktssamtal valdes fokusgruppintervjuer som datainsamlingsmetod. Nyumba et al. (2018) menar att fokusgrupper kan användas vid ett kvalitativt förhållningsätt när en fördjupad förståelse söks av ett fenomen. Metoden ansågs lämplig då kunskap och erfarenheter kunde inhämtas via de diskussioner om ämnet som deltagarna i studien tillförde. Henricson och Billhult (2017) menar att den kvalitativa metoden är lämplig när författarna söker förståelse av erfarenheter. I planeringen av studien kunde en kvantitativ metod valts som metod. Denna metod valdes bort på grund av bekräftelsebarheten av de fenomen som studerats. Polit och Beck (2021) menar att en kvantitativ mätmetod inte kan användas när författaren till en studie söker sig förståelse av ett fenomen och att den kvantitativa metoden då inte skulle kunna få fram en fördjupad förståelse av fenomenet. Inom vård- och omvårdnadsforskningen har den kvalitativa innehållsanalysen varit ledande som val av analysmetod. Författarna till studien valde den kvalitativa innehållsanalysen som analysmetod. Detta för att den är överförbar på olika texter samt att det ger författarna utrymme för abstraktion och tolkning på olika nivåer (Lundman & Graneheim, 2017). Genom att ha en induktiv ansats kunde författarna till studien gå från datainsamling till teoretisk förståelse. Författarna till studien kunde se det konkreta och specifika i texten för att sedan kunna se till det abstrakta och generella, som är ett av tillvägagångssätten med en induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2017). En latent inriktning valdes för att få möjlighet att analysera textens underliggande budskap och det som även sägs mellan raderna. En annan metod kunde varit en manifest inriktning, dock ansåg författarna att det fanns en risk i att hålla sig till ett alltför textnära innehåll. Författarna ansåg att det då kunde lett till att gå miste om helheten av innehållet. I skapandet av subkategorier och kategorier fick författarna ta hänsyn till kontextens betydelse i de meningsenheter som ledde till koder. Detta innebär att delar av textens innehåll måste förstås utifrån den texten som kommer både före och efter, att texten inte är helt fri från sitt sammanhang och inte kan plockas ut hur som helst från sin omgivning. Genom att se texten i sitt sammanhang kunde överförbarheten bli trovärdig då författarna inte kunde tolka ur tomma intet. Meningsenheternas kärna bevarades och författarna ställde sig frågor som; Vad betyder det här? Vad menar deltagaren här? Besvarar det vårt syfte?

Det finns olika sätt att påvisa studiens trovärdighet när en kvalitativ innehållsanalys genomförs. En del kunde vara att redovisa vems röst som hörs i resultatet. Dock valde författarna att inte delge deltagarna efter nummer, vilken fokusgrupp de tillhörde eller om det var en man eller kvinna som citerades. Detta val grundar sig i att fokusgruppintervjuerna hölls på en mindre intensivvårdsavdelning i södra Sverige, där det fanns en risk att deltagarna kunde urskilja vem som sagt vad av det som citerades. Det är ett etiskt ställningstagande som gjordes av författarna och kan ses som en svaghet av studien. I stället ses en röd tråd genom arbetet efter val av rubriker som svarar på frågan: Hur, samt det innehåll som utformades i resultatet efter den kvalitativa innehållsanalysen (Graneheim och Lundman, 2017).

Inför intervjuerna skickades ett informationsbrev (Bilaga 1.) angående studien till enhetschefen på den avdelning där deltagare skulle rekryteras och efter tillstånd att genomföra studien erhöles en bilaga med mejladresser till intensivvårdssjuksköterskor. Efter godkännande från enhetschef skickades informationsbrev och samtyckesblankett (Bilaga 2.) till intensivvårdssjuksköterskor enligt mejllistan. Alla medarbetare fanns inte med på mejllistan och av de 64 som fick förfrågan var det endast sex som svarade ja till att delta. Detta försvårade rekryteringen av deltagare på sedvanligt vis och i kombination med strukturella förändringar på avdelningen, tog författarna beslut om att rekrytera deltagare på plats. Deltagarna fick i stället muntlig information om studien utifrån den bilaga som bifogats i mejlet (Bilaga 2.)

Studien blir mer trovärdig om deltagarna är bekanta i den beskrivning studien har. För studiens pålitlighet och trovärdighet diskuterade författarna till studien huruvida detta kunde ha kommit att ha påverkat urvalet samt om de deltagare som då svarade ja till att delta i studien kände att de även hade möjlighet att tacka nej till att delta. Av de som tillfrågades på avdelningen var det flera som avstod att delta i studien och av de som svarade ja, upplevdes av författarna positivt inställda till studien. I samband med förfrågan om deltagande var författarna noggranna med att poängtera att deltagandet är frivilligt och att man var fri att avstå från att delta. Författarna menar att de inte har påverkat deltagarnas beslut om att delta. Det rekryterades totalt tolv deltagare till studien och två fokusgrupper träffades separat under två tillfällen där erfarenheter kring brytpunktssamtal diskuterades. I en av grupperna var det sju deltagare och i den andra gruppen var det fem deltagare (Henricson och Billhult, 2017). Storleken på en fokusgrupp anses vara kopplad till ämnet som diskuteras. Det är önskvärt om det är mellan sex och tolv deltagare och om ämnet är känsligt kan storleken på en fokusgrupp vara mindre. Alla deltagare hade närvarat vid minst ett brytpunktssamtal och varit yrkesverksamma i minst sex månader. I genomsnitt hade deltagarna i studien 16 års yrkeserfarenhet och de med minst yrkeserfarenhet av intensivvård hade arbetat i mindre än ett år. Detta ökar studiens trovärdighet då deltagarna generellt hade lång erfarenhet av yrket och hade möjlighet att bidra till rika diskussioner som gav ny förståelse för fenomenet som studerades (Wilson, 1977; Polit och Beck, 2021). Henricson och Billhult (2017) beskriver att en spridning i deltagarnas yrkeserfarenhet, ålder och kön kan ge studien en bredare variation av erfarenheter. Därmed stärker detta trovärdigheten ytterligare då det var många deltagare med lång yrkeserfarenhet och skillnad i åldrarna. Det som däremot inte var jämnt fördelat var kön. Det var fler kvinnor än män som deltog. Detta kunde inte författarna påverka då övervägande av intensivvårdssjuksköterskorna på den avdelning där studien genomfördes var kvinnor. Vidare får detta ses som en svaghet i studien.

Under fokusgruppintervjuerna ställdes frågor till deltagarna utifrån ett ostrukturerat förhållningsätt med inslag av strukturerat. Wibeck (2010) menar att det inte behöver vara strängt åt något håll gällande förhållningsätt, utan många gånger fungerar fokusgruppen bäst när deltagarna får utbyta erfarenheter med varandra och tillåtas introducera nya ämnen till diskussionen (Wibeck, 2010). Genom att anta ett ostrukturerat förhållningsätt med inslag av strukturerat ansåg författarna att det inte fanns en risk att vitala ämnen eller fenomen förbigicks, samtidigt som fokusgruppintervjuerna heller inte blev oorganiserade. På det viset har författarna förhållit sig till att det som framkom endast var deltagarnas erfarenheter som diskuterats och de har inte svarat efter ett strikt frågeformulär (Wibeck, 2010). Författarna använde både dator och mobiltelefon för ljudinspelning, detta för att

säkerhetsställa datamaterialet men också för att tillåta författarna att kunna lyssna enskilt efteråt på varsitt håll. Deltagarna fick information om ljudinspelningarna endast användes för transkribering av materialet. Ett annat val av metod för analys kunde ha varit att använda videoinspelning för att del av gruppddynamik och icke-verbal kommunikation. Wibeck (2010) anser att videoinspelning är användbart i sådant syfte för att förstå helheten i sitt material. Då författarna skriver en magisteruppsats och det krävs tillstånd för att använda videoinspelning valdes denna datainsamlingsmetod bort.

Vetenskapsrådet (2002) beskriver att forskning är nödvändigt för både individernas och samhällets utveckling. Genom studiens gång har författarna förhållit sig till de forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Genom att ge både enhetschef samt deltagarna information om deras uppgift i studien och vilka villkor som gällde ansågs informationskravet uppfyllt. Att inte gett deltagarna tillräckligt med information innan fokusgruppernas start hade inneburit att en av det etiska principerna inte uppfyllts. Under det två fokusgruppintervjuerna som hölls var det två av deltagarna som behövde lämna tidigare än utsatt tid, vilket författarna till studien inte påverkade utan informerade att det var frivilligt att lämna. Här uppfyllde författarna till studien samtyckeskravet, enligt Vetenskapsrådet (2002) innebär samtyckeskravet att deltagare har rätt att självständigt bestämma om hur länge och på vilka villkor de skall delta. För författarna har det under arbetets gång varit av vikt att uppfylla konfidentialitetskravet. Därför har författarna försvårat för utomstående att identifiera grupper av individer genom att inte namnge vem som sagt vad i resultatdelen. För att uppfylla nyttjandekravet har ljudinspelningar och transkribering raderats efter att studien blivit godkänd och publicerad (Vetenskapsrådet, 2002).

Författarna till studien har reflekterat över hur förförståelsen för ämnet påverkat studiens pålitlighet. Pålitligheten kan ha påverkats då tolkning av materialet kan ha gjorts efter författarnas förförståelse. Med tanke på att författarna inte varit med på ett brytpunktssamtal på IVA ansåg de att resultatet inte påverkades med hänsyn till deras förförståelse. Författarna till studien hävdar att resultatet är överförbart på andra intensivvårdsavdelningar och behöver inte begränsas till endast allmänna intensivvårdsavdelningar. Detta för att brytpunktssamtal sker på samtliga intensivvårdsavdelningar runtom i Sverige. Studien genomfördes med ett begränsat antal deltagare på en och samma enhet, detta kan ses som en svaghet gällande överförbarheten. Dock anser Graneheim et al. (2017) att det är kvaliteten på datamaterialets innehåll som avgör resultatets överförbarhet, inte antalet deltagare eller hur många enheter studien genomfördes på.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom fem kategorier; att vara trygg i professionen, samverkan i det professionella teamet, konsten att förmedla besked och ge utrymme för tid och känslor. Dessa belystes mest gällande intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. Något som framkom i resultatet var att flera av intensivvårdssjuksköterskorna såg brytpunktssamtal som något positivt, vilket var något som överraskade författarna. De upplevde att patienter ibland övervårdas vilket skapar mer lidande för patienten. Detta stärks i en studie där det framkommer att ibland kan personal

på IVA vara för fokuserad på återhämtning som resulterar i mer lidande för patienten (Lovell et al., 2023).

Att vara trygg i sin profession är avgörande för hur intensivvårdssjuksköterskorna upplever hur väl vården av närstående och patient blir. Faktorer som kunde spela roll för vårdandet var om de tidigare träffat patienten eller närstående, om det fanns en kontinuitet. I genomsnitt hade deltagarna i studien 16 års yrkeserfarenhet och deltagit vid flera brytpunktssamtal, vilket också påverkade det resultat som framkommit i studien. Fast de tidigare inte vårdat patienten kunde de vara trygga i sin profession och anpassa sig i mötet med patient och närstående. I Coombs et al., (2015) visade det sig att oavsett om du arbetat i mer än tio år eller inte, kunde intensivvårdssjuksköterskorna känna sig obekväma i en sådan situation oavsett om de vårdat patienten tidigare eller inte. Det som var ett gemensamt tema från fokusgrupperna var balansen mellan att vara trygg i professionen och att utföra ett professionellt arbete.

Intensivvårdssjuksköterskor måste upprätthålla balansen i det humanistiska vårdandet för att bemöta patienten och dess närstående (Fatma et al., 2022). Den tidigare forskningen visade att intensivvårdssjuksköterskor efterfrågade fördjupade kunskaper i hur de skulle bemöta patienter och närstående, både innan och efter brytpunktssamtal (Kaminski, 2023; Fridh, 2014). Detta sågs inte i denna studie, utan de flesta av deltagarna kände sig trygga i sin förmåga att ge besked, svara på frågor eller finnas där för patient och närstående. En av intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att det sker en fokusskiftning i vården vid ett brytpunktssamtal. Fokuset flyttas från patienten och övergår i vård av de närstående som finns. Bandini (2020) menar att ett sådant omhändertagande från vårdpersonal är betydelsefullt utifrån närståendes perspektiv, att vårdpersonalen gör det lilla extra för både närstående och patient. Detta beskrev en av intensivvårdssjuksköterskorna i resultatet, ”att de tar en bit av sig själva” i syfte att vårda hela människan och dess närstående. Och enligt Svensk sjuksköterskeförening (2020) är det intensivvårdssjuksköterskornas ansvar att arbeta personcentrerat, vilket innebär att sätta patientens behov i fokus och att ge stöd till närstående. Vilket kan kopplas tillbaka till Travelbee’s syn på vad syftet med omvårdnaden är, att intensivvårdssjuksköterskan ska hjälpa en individ eller familj att hantera sjukdomen eller lidandet. Att human-to-human relationship bygger på att närstående, patient och vårdpersonal kan relatera till varandra som unika människor. Med tiden kan synen på den människa som vårdas reduceras till en uppgift som endast ska utföras. Detta sågs inte i resultatet enligt författarna. Trots att intensivvårdssjuksköterskorna hade 16 års yrkeserfarenhet i genomsnitt fanns inte synsättet på människan som en uppgift, utan de kände ett engagemang för patient och närstående som individer och människor (Travelbee, 1971).

Enligt intensivvårdssjuksköterskorna spelar samarbetet mellan olika professioner en stor roll. Samarbetet sågs som en multidisciplinär konferens där man inhämtade kunskaper och åsikter från olika specialister och vårdgivare. I en studie skriver de att vård som ges av team inom hälso- och sjukvård med olika expertkunskaper och unika bidrag till teamet uppnår ett gemensamt mål. Samarbete i teamet är en nyckelkomponent för att uppnå högkvalitativ vård. Samarbetet är även betydelsefullt för att tillgodose patientens och närståendes behov. I studien anses patient och närstående ingå i teamet då de också bidrar med deras kunskaper och behov (Donovan et al., 2018). Det ingår i intensivvårdssjuksköterskornas ansvar att samverka i team. Detta för att främja patientsäkerheten genom att skapa trygghet och kontinuitet för patienter och dess närstående. Det är intensivvårdssjuksköterskans uppgift att förmedla, kommunicera och

samverka med de övriga i vårdteamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). I en studie om interprofessionellt teamarbete och vikten av samarbete och använda de resurser som är tillgängliga. De skriver att ta hjälp av andra vårdgivare som en präst som kan svara på patient och närståendes andliga behov kan vara en betydande faktor för att hjälpa patient och närstående i en svår tid. Präster kan även vara stöd för vårdpersonal om de upplever att de varit med om något påfrestande (Bernal et al., 2023). Alla som ingår i vårdteamet har något att tillföra för att vården ska utföras kvalitativt. Det framkommer också att det hölls briefing för att samla och organisera arbetsflödet varje dag för all personal som var inblandade i patientens vård. På intensivvårdsavdelningar övas det på lagarbete med tvärvetenskapliga simuleringsövningar, integreras checklistor för att begränsa misstag samt att metoder granskas för kvalitetsförbättring (Rodriquez, 2015).

I resultatet framkommer det att många av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att samarbetet med undersköterskorna kunde förbättras. Att intensivvårdssjuksköterskorna kunde bli bättre på att inkludera och kommunicera med undersköterskorna. I studien gjord av Nygaard et al., (2020) skriver de att teamsamtal och diskussioner möjliggör informationsutbyte och ger dem möjligheter att uppnå en gemensam förståelse och konsensus. Dessa teamsamtal och diskussioner innebär att god kommunikation krävs för att patientsäkerheten ska främjas. Dock lyftes det fram att en del av intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att undersköterskor inte alltid behövde närvara vid brytpunktssamtal då det kunde äventyra patientens och närståendes integritet. De upplevde att närstående blir sårbara när brytpunktssamtal sker, vilket i sin tur kan resultera i att närstående inte kan få utlopp för de känslor som uppkommer. Detta var något som överraskade författarna till studien då författarna själva anser att alla professioner bidrar med sin kunskap till teamet. Detta område är inte tillräckligt beforskat, patientens eller närståendes erfarenheter av vilka som ska delta vid brytpunktssamtal. Hur många är för mycket? Utifrån författarnas perspektiv är detta en fråga som får anpassas individuellt utefter behov och önskemål från patient och närstående.

Intensivvårdssjuksköterskorna och läkarna har tillsammans ett ansvar för hur brytpunktssamtalet förmedlas och tas emot av patienten och dess närstående. Det som var framstående i resultatet var läkarnas förmåga att ge besked på ett professionellt sätt, hur intensivvårdssjuksköterskorna såg på sin roll i att förbereda närstående samt behov av kunskap om att människor kan reagera på olika sätt och hur det kan påverka hur besked tas emot. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det kunde variera i förmåga att förmedla besked på ett professionellt sätt, de flesta av intensivvårdssjuksköterskorna reflekterade över att det kunde vara personbundet hos den läkare som ger beskedet. I Walczak et al., (2016) sågs det att det kunde bero på att läkarna inte ville ge falska förhoppningar eller med hänsyn till att de närstående inte bearbetat vad som inträffat. En av faktorerna för att ett brytpunktssamtal ansågs som lyckat var när läkaren gav tydlig information, inte lindade in det sista utan med respekt informerade om prognosen för de närstående. I Adams et al., (2013) sågs att om det gavs tydlig och direkt information i lekmannatermer gav det närstående möjlighet att förstå varför den behandlande vården inte var gynnsam längre. Almansour och Abdel-Razeq (2020) såg att de tillfällen där förmedlingen av budskapet inte lyckats berodde på att läkarna förmedlade osäkerhet. Det kunde vara att de använde sig utav kort kommunikation där uttryck som ”vi kan inte vara säkra” eller ”låt oss hoppas” i ett sätt att försöka trösta familjerna (Almansour & Abdel-Razeq, 2020). Vilket kan stämma överens med intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av de gånger förmedlingen av budskapet inte riktigt lyckats. En del av intensivvårdssjuksköterskorna menade att den yngre generationen läkare var mer empatiska mot patienten och dess

närstående i sådana samtal. Nordenskjöld-Syrous et al., (2019) såg att den yngre generationen fokuserade på om de tagit rätt beslut eller inte och att det var rädda för att få kritik av andra i deras beslut. Denna rädsla skulle kunna vara en av faktorerna till att de upplevs kunna ge ett mer empatiskt besked. Nordenskjöld-Syrous et al., (2019) resultat visade också att den yngre generationen läkare ville vara pålästa och förberedda innan besked förmedlas. Detta kan förklara varför intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att brytpunktssamtal kom sent i förloppet. Intensivvårdssjuksköterskorna i studien berättade om de gångerna där de redan såg vart det var på väg men att inget beslut togs om vårdnivå. Nordenskjöld-Syrous et al., (2019) beskriver liknande erfarenheter utifrån läkarnas perspektiv, att läkarna kunde märka en frustration hos sjuksköterskorna att de inte tar beslutet tidigare. Deras resonemang var då att de förstod sjuksköterskornas perspektiv då de är närmast patienten och kunde uppleva en moralisk stress, samtidigt är det inte sjuksköterskorna som står ytterst ansvariga för beslutet. Det yttersta ansvaret i beslutet ligger på läkaren, men det som leder fram till det beslutet bygger på den samlade bilden som gjorts tillsammans med de professioner som arbetar kring patienten. I förmågan att kunna förmedla ett budskap till patient och närstående tog intensivvårdssjuksköterskorna upp vikten av att känna till att människor reagerar olika på hur vård ska fortsätta att bedrivas efter att ett brytpunktssamtal genomförts. Intensivvårdssjuksköterskorna i studien hade erfarenheter av att närstående upplevt att vården dödar deras närstående när vården beslutat om att livsuppehållande behandling ska avslutas. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde då att de inte visste hur de skulle gå vidare i beslutet eller hur de kunde möta de närstående på korrekt sätt. Resultatet visar att det krävs kunskap om att människor reagerar olika. Detta bekräftar Gallagher et al., (2015) genom att beskriva det utbildningsbehovet som finns inom kulturell sensitiv etik och sorgestöd i olika kontexter.

I resultatet framgår det att intensivvårdssjuksköterskorna var angelägna om att ge närstående tid att smälta informationen de fått under brytpunktssamtalet. Även att förbereda närstående var grundläggande för att minska chocken som kan uppstå vid dessa samtal. I en studie framkommer det att närstående värderade att vara förberedda på en dålig prognos. De närstående uttryckte att det var svårt att höra att deras familjemedlem var döende så var det tröstande att få tydlig information om vad som hände (Lovell et al., 2023). Det framgår i resultatet att enligt intensivvårdssjuksköterskorna kunde närstående uttrycka en lättnad efter brytpunktssamtalet. Att de kunde känna en avspänning när de fått information och att beslut tas.

För att minska risken för falska förhoppningar och vilseleda närstående är det av stor vikt att vara ärlig mot närstående gällande prognosen för patienten (Almansour et al., 2021). I resultatet framkommer det även att intensivvårdssjuksköterskor ofta upplevde att läkarna lämnade rummet så fort brytpunktssamtalet var över och att intensivvårdssjuksköterskorna blev kvar med närstående. Detta kunde påverka intensivvårdssjuksköterskorna då de inte visste hur de skulle handskas med situationen. Detta styrks i en studie där intensivvårdssjuksköterskor upplevde att de fick frågor som de inte kunde svara på. Vilket gjorde det svårt för intensivvårdssjuksköterskorna att ge konsekventa budskap för att hjälpa till att stödja närstående i deras sorg (Lovell et al., 2023). I resultatet framkommer det även att intensivvårdssjuksköterskorna var angelägna om att stötta patient och närstående efter brytpunktssamtal. I en studie av Stokes et al., (2019) beskriver de att intensivvårdssjuksköterskor tycker att det är meningsfullt att finnas där för patient och närstående. Samt att stötta närstående var grundläggande för att kunna bedriva en god vård.

Konklusion

Studien har bidragit till ökad kunskap om intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning. Resultatet påvisar att brytpunktssamtal påverkar alla inblandade. Det framkom enligt intensivvårdssjuksköterskorna att det var betydelsefullt att patient och närstående fick tid för att smälta information och att intensivvårdssjuksköterskorna hade tid för att svara på frågor. De ansåg att det var angeläget för dem att delta vid brytpunktssamtal för att själva veta vad som sagts och även för att finnas där som stöd för patient och närstående. Hur brytpunktssamtalet utspelade sig berodde enligt intensivvårdssjuksköterskorna till stor del på vilken läkare det var som förmedlade beskedet och hur välinformerade patient och närstående var innan samtalet ägde rum. Det belystes även att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att samarbetet mellan olika professionerna hade en betydelsefull roll. Att arbeta som ett team är något som samtliga är angelägna om. Det gemensamma målet för intensivvårdssjuksköterskorna var att ge närstående tid och utrymme för olika känslor. Och att det är väsentligt att informationen de delger närstående når fram. Alla inblandade ska vara införstådda i situationen.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Denna studie ger en fördjupad inblick i intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. Resultatet kan användas för att bidra med kunskap om vikten av ett professionellt bemötande och närståendes behov av omsorg. Resultatet visar även vikten av att inkludera patient och närstående när det gäller brytpunktssamtal. Samt att samarbetet mellan olika professioner är betydelsefullt. Genom att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal ges det möjlighet att förbättra vården för patienten och närstående, då det ger en fördjupad inblick i att människor kan reagera olika i dessa situationer. I resultatet framkommer det att bemötande är en betydande faktor. Samt att erfarenheter av ämnet är lärorikt för andra intensivvårdssjuksköterskor som deltar i brytpunktssamtal. Intensivvårdssjuksköterskorna som intervjuades upplevde att det var värdefullt att ta del av andras erfarenheter. De ansåg att andras erfarenheter kunde hjälpa dem att förbättra deras sätt att bemöta patient och närstående. Förslag till utveckling av ämnet är att skapa reflektionsgrupper där intensivvårdssjuksköterskor får tid till att reflektera tillsammans över erfarenheter, samt dela med sig av sina erfarenheter. Utbildningar eller workshops som handlar om brytpunktssamtal är också ett förslag till utveckling. En utbildning som innefattar alla professioner som arbetar på IVA skulle kunna ha teamträning och rollspel för att få en fördjupad kunskap inom ämnet. Det skulle även kunna tas fram ett styrdokument som innehåller de punkter som är vitala att få med innan, under och efter ett brytpunktssamtal.

REFERENSER

Adams, J., Bailey, D., Anderson, R. & Thygeson, M. (2013). Finding your way through EOL challenges in the ICU using Adaptive Leadership behaviours: A qualitative descriptive case study. *Intensive and Critical care nursing*, 29(6), 329-336. <https://www-sciencedirect-com.libraryproxy.his.se/science/article/pii/S0964339713000517?via%3Dihub>

Almansour, I., & Abdel Razeq, N. M. (2021). Communicating prognostic information and hope to families of dying patients in intensive care units: A descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(5/6), 861-873. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.15630>

Almansour, I. & Abdel-Razeq, N. (2020). Communicating prognostic information and hope to families of dying patients in intensive care units: A descriptive qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 30(5-6), 861-873. <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/full/10.1111/jocn.15630>

Badir, A., Ibrahim, T., Emine, T., Nilgun, G., Mukkaddes, M., Nermin, E. & Esra, R. (2015). Turkish critical care nurses views on end of life decision making and practices. *Nursing in critical care*, 21(6), 334-342. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nicc.12157>

Bandini, J. (2020). Beyond the hour of death: Family experiences of grief and bereavement following an end-of-life hospitalization in the intensive care unit. *Health: Sage*, 26(3), 267-283. <https://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/pdf/10.1177/1363459320946474>

Bernal, O. A., Roberts, B., & Wu, D. S. (2023). Interprofessional Interventions to Improve Serious Illness Communication in the Intensive Care Unit: A Scoping Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 40(7), 765-777. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/10499091221130755>

Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 26(4), 336–342. <https://doi.org/20.4037/ajcc2017774>

Coombs, M., Fulbrook, P., Donovan, S., Tester, R. & Devries, K. (2015). Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. *Australian Critical Care*, 28 (2), 82-86. <https://www-sciencedirect-com.libraryproxy.his.se/science/article/pii/S1036731415000399?via%3Dihub#sec0060>

Dalia, Al-A., Ahmad, H-R., Nidal, F., Zaid, M. & Al, H. (2021). Nurse-nurse collaboration and performance among nurses in intensive care units. *Nursing in critical care*, 27(6), 747–755. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nicc.12745>

- Dahlberg, K. (2022). Evidens. I Wiklund Gustin, L., & M, Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3:e uppl. s. 72). Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl. s. 143-154). Studentlitteratur.
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A. K. M., on behalf of the University of California, S. F. C. C. I. G., Turner, K., McCullough, J., Schwarz, J., Liu, K. D., Anderson, W., Khanna, R., Agarwal, P., Engel, H., Daniel, B., Timothy, K., & Lencioni, A. (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(6), 980-990. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1097/CCM.0000000000003067>
- Erickson, S. & Siparsky, F. (2022). Assessing communication quality in the intensive care unit. *American journal of hospice and palliative medicine*, 4(10), 1058-1066. [10.1177/10499091221139427](https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/10499091221139427)
- Eunjeong, K., Lowie, S. & Ni, P. (2023). Confidence in carrying out palliative care among intensive care nurses. *Nursing in critical care*, 28, 13-20. [10.1111/nicc.12735](https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nicc.12735)
- Fatma Refaat, A., Ahmad Rajeh, S., Jacqueline, M., Muhammad, A., Rami, M. & Mohannad, A. (2022). Level and predictors of caring behaviours of critical care nurses. *BMC nursing*, 21, 341. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01125-4>
- Fridh, I. (2014). Caring for the dying patient in the ICU – The past, the present and the future. *Intensive and critical care nursing*, 30(6), 306-311. <https://www-sciencedirect-com.libraryproxy.his.se/science/article/pii/S0964339714000688?via%3Dihub>
- Frivold, G., Ågård, A-S., Jensen, H-I., Åkerman., Fossum, M., Alfheim, H-B. & Ranevigli, M-R. (2021). Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nursing in critical care*, 27(3), 450-459. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nicc.12702>
- Flannery, L., Peters, K., & Ramjan, L. M. (2020). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian critical care*, 33(4), 311-316. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.aucc.2019.08.004>
- Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Abu-El-Noor, N. I., Cox, A., Haas, M., Arber, A., Abu-El-Noor, M. K., Baliza, M. F., & Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794-803. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–11.

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Haddleton, E (2023) Teamarbete och kommunikation. I *Vårdhandboken*. Hämtad 3 november, 2023, från [Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

Helsingforsdeklarationen. (2022). Hämtad 25 oktober, 2023, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl. s. 111-117). Studentlitteratur.

Hesselink, G., Floor, B. & Marieke, Z. (2023). What are the factors that influence job satisfaction of nurses working in the intensive care unit?. *Journal of nursing management*, 23, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2023/6674773>

International council of nurses. (1987). *Definition of a nurse*. Hämtad 4 december, 2023, från <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>

Jingying, H., Haiou, Z. & Zhang, M. (2022). Factors influencing the initiative behavior of intensive care units nurses toward end of life decision making: A cross sectional study. *Journal of palliative medicine*, 25, 1802-1809. [10.1089/jpm.2021.0640](https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0640)

Kaminski, A. (2023). Let's talk about dying: An educational pilot program to improve provider's competency in End-of-life discussions. *American journal of hospice & palliative medicine*, 40(7), 688-690. <https://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/pdf/10.1177/10499091221127994>

Kelly S., Garner, J., Treadway, V. & Sadera, G. (2022). Knowledge mobilization in critical care and the evolving communication role of nurses. *Nursing in critical care*, 28 (6), 913-922. <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/full/10.1111/nicc.12821>

Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). Epistemologiska frågor kring intervjuande. I *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl., s. 69–80). Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Intervjuvariationer. I *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl. s. 191–192). Studentlitteratur.

- Lundman, B. & Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund, B. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3e uppl. s. 211–226). Studentlitteratur
- Lovell, T., Mitchell, M., Tonge, A., Strube, P., O’Neill, K., Dunstan, E., Bonnin-Trickett, A., Miller, E., Suliman, A., Ownsworth, T., & Ranse, K. (2023). Dying in intensive care: An analysis of the perspectives of families and clinicians on end-of-life care. *Australian Critical Care*, 36(4), 595-603. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.aucc.2022.07.004>
- Nordenskjöld-Syrous, A., Ågård, A., Kock-Redfors, M., Naredi, S. & Block, L. (2019). Swedish intensivists experiences and attitudes regarding end-of-life decisions. *Anaesthesiologica Scandinavica*, 656-673. <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/epdf/10.1111/aas.13549>
- Nygaard, A-M., Haugdahl, H-S., Brinchmann, B. & Lind, R. (2020). Information concerning ICU patients families in the handover “game of whispers”: A qualitative study. *Journal of Clinical nursing*, 29(19-20), 3822-3834. <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/full/10.1111/jocn.15414>
- Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C. & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9 (1), 20-32. <https://besjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2041-210x.12860>
- Onello, R. (2023). Using a virtual community of practice activity to build SBAR communication skills. *Journal of nursing education*, 62 (8), 483. <https://journals-healio-com.libraryproxy.his.se/doi/10.3928/01484834-20230612-11>
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 25–42). Studentlitteratur
- Regionalt cancercentrum [RCC]. (2021). *Palliativ vård - nationellt vårdprogram*. Hämtad 25 oktober, 2023, från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.pdf>
- Rehnsfeldt, A. (2022). Vårdgemenskap och vårdande möte – ontologi och praxis. I Wiklund Gustin, L. & M, Asp. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3e: uppl. s. 367). Studentlitteratur
- Rodriquez, J. (2015). Who is on the medical team?: Shifting the boundaries of belonging on the ICU. *Social Science & Medicine*, 144, 112-118. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.socscimed.2015.09.014>

- SFS 2003:460. Om etikprovning av forskning som avser människor. Utbildningsdepartementet. Hämtad 24 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 3 november, 2023, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Socialdepartementet. Hämtad 23 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 3 november, 2023, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
- Stokes, H., Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnias, F., & Wright, D. K. (2019). Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 1-7. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.iccn.2019.03.010>
- Stubberud, D. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I Stubberud, D. & Gulbrandsen, T. (Red.), *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. (1. uppl.). Studentlitteratur.
- Stubberud, D. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans funktions- och ansvarsområden. I Stubberud, D. & Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. (1. uppl.). Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer, palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 23 Oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 2023-10-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Kommunikation och informationsöverföring - patientsäkerhet*. Hämtad 27 oktober, 2023, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>
- Socialstyrelsen. (2023). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2023-10-24, från [Socialstyrelsens termbank](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-26.pdf)
- SOSFS 2011:7. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, livsuppehållande behandling*. Socialstyrelsen. Hämtad 23 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-26.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*. Hämtad 2023-10-25, från [Teamets kommunikation.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/Teamets_kommunikation.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå, specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2023-10-03 från <https://swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>

Svensk förening för anestesi och intensivvård [SFAI] (2012). *Livsuppehållande behandling, behandlingsstrategi inom intensivvården*. Hämtad 2024-01-17 från https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2_Behandlingsstrategi_IVA.pdf

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård [SFAI] (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Hämtad 2023-10-03 från https://sfai.se/wpcontent/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf

Svenska Intensivvårdsregistret [SIR] (2020). *Vad är intensivvård?* Hämtad 2023-10-03 från <https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/>

Svenska Intensivvårdsregistret [SIR] (2023). *Rapporterat antal vårdtillfällen, utskrivna och pågående*. Hämtad 2023-10-16 från [SIR | Utdataportalen \(icuregswe.org\)](https://www.icuregswe.org/SIR-Utdataportalen)

Svenska intensivvårdsregistret (2012). *Treatment strategies for life support in intensive care*. Hämtad 23 Oktober, 2023, från https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2%20Treatment_strategy.pdf

Svenska palliativregistret. (2021). *Brytpunktssamtals betydelse*. Hämtad 2023-10-03 från <https://www.palliativregistret.se/kunskapsstod/brytpunktssamtal/>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2:a uppl. red.) Philadelphia: Davis

Tripathy, S., Pragyam, K., Routrav, J. & Mishra, C. (2017). Intensive care nurses attitude on palliative and end of life care. *Indian journal of critical care medicine*, (26), 655-659. [10.4103/ijccm.IJCCM_240_16](https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_240_16)

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care medicine*, 37, 1575-1587. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-011-2300-7>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 4 oktober, 2023, från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhallsvetenskaplig-forskning.html>

Walczak, A., Butow, P., Bu, S. & M Clayton, J. (2016). A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: Who do they target, how are they structured and do they work?. *Patient education and counseling*, 99(1), 3-16.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399115300549>

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. (2:a uppl.) Studentlitteratur

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M.Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl. s. 169-185). Studentlitteratur

Wilson, V. (1997). Focus Groups: a useful qualitative method for educational research. *British Educational Research Journal*, 23 (2), 209- 224.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Palliative care*. Hämtad 25 oktober, 2023, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



Bilaga 1. Brev till enhetschef

Till enhetschef på intensivvårdsavdelningen

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ” *intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning* ”
Syftet med studien är att undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av brytpunktssamtal på en allmän intensivvårdsavdelning. Under ett år avlider 8% av de som vårdas på intensivvården. Detta innebär att en intensivvårdssjuksköterska på en allmän intensivvård kommer att behöva hantera både sina egna känslor och tankar kring döden och den enskilda händelsen. Förutom sina egna känslor och tankar kommer intensivvårdssjuksköterskan också att få bemöta anhörigas reaktioner kring ett dödsfall. Tidigare forskning har visat att det finns ett kunskapsglapp gällande sjuksköterskors förmåga att diskutera döden och vad det innebär. Tidigare forskning har även visat att det tvärprofessionella samarbetet behöver utvecklas.
Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till intensivvårdssjuksköterskor verksamma på en allmän intensivvårdsavdelning med minst sex månaders yrkeserfarenhet. Till studien söks minst 12 deltagare för att kunna genomföra fokusgruppintervjuer där de delas in i två grupper. Deltagande i studien innebär att delta i en fokusgruppintervju där ämnet brytpunktssamtal kommer att diskuteras. Fokusgruppintervjuerna beräknas ta ca 60 minuter och kommer genomföras i era lokaler under två tillfällen. Datan kommer sedan att analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Inför studien kommer ett informationsbrev och samtyckesbrev mejlas ut till yrkesverksamma sjuksköterskor på intensivvården. När dessa brev sänts åter till författarna av studien kommer tid och plats att bestämmas efter överenskommelse med enhetschef. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjuerna kommer att spelas in. Den information som intensivvårdssjuksköterskor lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas samt hållas inlåst. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan jag/vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att intensivvårdssjuksköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke. Studien ingår som examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Intensivvårdssjuksköterskestudent: Sandra Andersson	Intensivvårdssjuksköterskestudent: Rebecca Hagstedt	Handledare: Veronika Karlsson
Högskolan i Skövde Tel: 07xx-xxxxxxx	Högskolan i Skövde Tel: 07xxxxxxxxxx	Högskolan i Skövde Tel: xxxx-xx xx xx



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

Bilaga 2. Brev till deltagare

INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER AV BRYTPUNKTSSAMTAL

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi har fått din mejladress av din enhetschef. Din enhetschef har givet sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien. Studien syftar till intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av brytpunktssamtal. Vi vill undersöka hur intensivvårdssjuksköterskor tänker kring och genomför ett brytpunktssamtal. Cirka 8% av de som vårdas på intensivvården har under vårdförloppet avlidit. Detta innebär att intensivvårdssjuksköterskan ofta stöter på brytpunktssamtal. Därför vill vi ta reda på hur ni förbereder er inför ett brytpunktssamtal och sedan genomför samtalet. Vi vill undersöka era erfarenheter, tankar och känslor kring ämnet. Vi skulle vilja göra en intervju med dig. Den beräknas ta ca 60 minuter och genomförs av intensivvårdssjuksköterskestudenter. Vi kommer att genomföra en fokusgruppdiskussion där ni kommer att vara cirka sex personer som intervjuas samtidigt. Intervjun kommer att genomföras på sjukhuset i ert skiftbyte mellan dag- och kvällspass. Med din tillåtelse vill jag/vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till (någon av de) undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Intensivvårdssjuksköterskestudent
Sandra Andersson
Högskolan i Skövde
Tfn: xxxxxxxx

Intensivvårdssjuksköterskestudent
Rebecca Hagstedt
Högskolan i Skövde
Tfn: xxxxxx

Handledare
Veronika Karlsson
Högskolan i Skövde
Tfn: xxxx

Bilaga 3. Frågeguide

Intervjuerna startade med presentation av deltagarna med namn, ålder och yrkesverksamma år.

1. Vad tänker ni när ni hör ordet brytpunktssamtal?
2. Vilka erfarenheter har ni av brytpunktssamtal?
3. Hur upplever ni att vara med på brytpunktssamtal?
4. Hur upplever ni samarbetet med olika yrkesprofessioner?
5. Kan ni berätta om någon bra erfarenhet av brytpunktssamtal?
6. Kan ni berätta om någon sämre erfarenhet av brytpunktssamtal?
7. Hur gör ni när ni förbereder er inför brytpunktssamtal?
8. Har ni sökt information om brytpunktssamtal? Ex. på internet.
9. Finns det några rutiner?

Följdfrågor som ställdes var; kan ni utveckla detta och känner fler igen sig i det som sägs.