

Framtidssamtal – ett förbättringsarbete

Sara Strandqvist

Sara.strandqvist@skane.se

VO Akutsjukvård och Internmedicin,
AVA, Lund



Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

INTRODUKTION

Inom SUS Lund utgör Intermediärvård en vårdnivå mellan vanlig vårdavdelning och intensivvårdsavdelning där vården antingen trappas upp eller ner beroende på patientens vårdbehov. Patienterna har ofta hotande eller utvecklad organdysfunktion där organstödande behandling kommer att bli aktuellt.

Akutavdelning, Lund (AVA, Lund) vid Skånes universitetssjukhus hade 23 vårdplatser fram till april 2025, nu 17 vårdplatser sedan april 2025, varav fyra av dessa är intermediärvårdsplatser (IMA) vilket består av ett eget team inom AVA. Vårdteamet består av en läkare, två sjuksköterskor och en undersköterska per arbetspass. IMA-teamet vårdar patienter med akut försämring som behöver avancerad vård vid sepsis eller annan förgiftning, infektion, hjärtsvikt, andningsbesvär, hjärtbesvär eller diabetes. Några utmärkande behandlingar och sjukdomsförlopp som är specifikt för IMA kan vara spontanandning med Non Invasive Ventilator (NIV) behandling, sepsis och septisk chock, diabetes ketoacidosis, svikt i olika vitala organ eller läkemedel som kräver extra övervakning.

Sjuksköterskor, läkare och undersköterskor samt andra specialiteter jobbar i team kring patienten för att ge god vård med fokus att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande, som också är fyra grundläggande ansvarsområdena för sjuksköterskan (Svenurse, 2014). I nuläget finns det riktlinjer och kunskapsråd för hur palliativ vård i livets slutskede ska bedrivas inom svensk sjukvård. De fyra grundpelarna för palliativ vård är antagna enligt WHO:s definition: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd (NRPD, 2002). Palliativ vård på AVA förekommer ofta, dock kan patienterna redan vara medvetandesänkta, inte kontaktbara eller inte orka ta emot den information som ges till dem i det skedet av sjukdomsförloppet. För att förhindra att besluten blir försvårade av detta ska i stället framtidsamtal underlätta och ge beslutsstöd vid ett tidigare skede tillsammans med patienten, sjukvårdspersonal samt eventuellt närståendes tankar givet patientens hälsosituation (Ejerhed, 2020).

BAKGRUND

Det finns ingen etablerad definition av IMA-vård nationellt eller internationellt, utan enbart en rekommendation till definition av IMA – vård (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2023). I nuläget vårdas patienter som inte kräver vård vid IVA men behöver en högre vårdnivå än vid en vanlig vårdavdelning såsom AVA i Lund. Omvårdnad på IMA kräver kunskap och utbildning hos personalen då patienterna ofta är i en sårbar situation. Apparatur, läkemedel samt övervakning har stor påverkan på hur omvårdnad kan utföras och vilka försiktighetsåtgärder som vidtas för att medicinsk behandling och omhändertagande av patienten ska kunna utföras på ett säkert sätt. Patienter som kräver IMA - vård har ofta komplexa och multipla sjukdomar som

behöver konstant övervakning. Övervakningen sker genom telemetri-övervakning där patienternas parametrar mäts kontinuerligt, invasivt/icke invasivt blodtryck, saturation, hjärtfrekvens, andningsfrekvens och kroppstemperatur.

Även personaltätheten är högre på IMA då dessa patienter kräver uppsikt dygnet runt, hela tiden. Detta innebär i praktiken att patienter får preventiv behandling, diagnostiseras och behandlas för de tillstånd de söker för. Patienterna kan komma från akutmottagningen, IVA eller från andra vårdavdelningar för att antingen öka upp vårdnivån eller trappa ner (Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2024). Omvårdnadspersonalen som arbetar på IMA är grundutbildade sjuksköterskor samt undersköterskor Dessa genomgår internutbildning samt introduktion för att kunna vårda patienterna.

I en australiensisk studie framkom att även andra patienter som inte har en onkologisk sjukdom men har en annan kronisk diagnos kan ha fördel av att samtala kring framtiden och kring deras vård som de med cancer (Mounsey, m.fl., 2018). Studien visade även att patienterna kände oro inför ett sådant samtal då de trodde att fokus enbart skulle ligga på deras sjukdom och inte på dem som personer. Andra problem kunde också vara att vårdgivarna uttryckte det som svårt med samtalen då det fanns en rädsla för att ta bort hoppet hos patienten (a.a.). I en dansk studie framkom att vårdgivarna hade svårt att hitta tid och personal för att kunna hålla samtal. Andra barriärer som forskarna fann var bristen på utbildning hos personalen att hålla samtal med patienterna. Där fanns inte heller en rutin kring utbildning (Sörensen, m.fl., 2020). Resultatet från en Kroatisk studie visade att vårdgivarna ansåg det vara svårt att ha ett samtal med patienterna kring deras framtida vård medan patienterna själva önskade att deras vårdgivare gett dem möjligheten till ett sådant samtal (Čičak, m.fl., 2020).

Många etiska diskussioner kring patienternas vård och vårdnivå förekommer bland personalen på AVA i större utsträckning än tidigare då vården mellan intensivvård och AVA har kommit varandra närmre. Svåra etiska fall uppstår då patienten varit medvetandesänkt eller på något sätt inte kunnat kommunicera sin vilja. Genom ett framtidssamtal med medicinskt ansvarig läkare samt omvårdnadspersonal kan patienten redan innan han/hon blivit medicinskt sämre eller innan nästa vårdtillfälle, ta ställning till vilken vård som han/hon önskar och vad personalen med denna fördjupade kunskap kan förhålla sig till när patienten återkommer till AVA.

Informationskrav – ett framtidssamtal

Enligt Patientlagen (SFS 2014: 821) har patienten rätt till information kring det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt kring sitt hälsotillstånd. För en delaktig vård behöver patienten få möjlighet till att få denna information men också få möjligheten att avstå från viss information om denne inte önskar. För att öka relationen mellan patient, närstående och vårdteamet kan samtal, så som framtidssamtal, förbättra möjligheterna till detta (Ejerhed, 2020). Samtycke till vård och rätten till information ska stå

till grund för patientens framtida personcentrerade vård. Det är av stor vikt att skapa en trygg miljö för patienten, ge dem tillfälle till att ställa frågor tillsammans med en personal som lyssnar aktivt. Även att personalen kan bidra med en helhetssyn och medkänsla när samtalen sker. Då livskvalitet och vårdkvalitet ökar i samband med samtalen minskar också överbehandling, resursförbrukning och vårdkostnader i längden (Regionala cancercentrum, 2023). Genom att erbjuda patienterna framtidsamtal kan detta i längden förbättra vården för patienten på AVA och IMA teamet.

SYFTE

Utvecklingsarbetets syfte är att undersöka hur ett framtidsamtal kan formuleras, vilka önskningar som kan förkomma samt vilka rutiner som behövs för genomförandet av ett samtal inför en framtida vård inom AVA, Lund.

METOD

En kvalitativ metodansats med semistrukturerade intervjuer användes för utvecklingsarbetet då insamlade data inte kom att mätas med statistisk analys likt vid kvantitativa metoder. En induktiv ansats användes för analysen vilket innebär att organisera data från intervjuer i mindre delar till att skapa ett helhetsperspektiv och förståelse till mer abstrakt information (Creswell & Poth, 2018).

Framtidssamtalets innehåll består av frågor som insamlats tillsammans med specialistläkare Christine Sävervall och specialistläkare Veronika Lindblom vid AVA Lund. Frågorna utgår från de ”6 S:en”, vilket är en modell för personcentrerad palliativ vård (Cancercentrum, 2023). Intervjufrågorna utgår från klinisk erfarenhet av läkare samt erfarenheter från Palliativt center. Eftersom framtidssamtalet är ett nytt förhållningssätt grundades frågorna utifrån det palliativa samtalet som har en väletablerad samtalsguide från Palliativt centrum (2015). En testintervju gjordes med en frivillig person som inte ingick som informant vilket ledde till mindre modifieringar av intervjuguiden för att öka validiteten.

Intervjun innehöll öppna frågor enligt de 6 S:en där patienten kunde svara utifrån egna tankar och utforma svar utan riktning på frågan. Sista frågan gav informanten valmöjligheten att lägga till eller ändra något i slutet av intervjun (Polit & Beck, 2006). Informanten fick information om utvecklingsarbetet skriftligt före intervjun. Intervjun övergick i ett så kallat framtidsamtal genom att berätta för informanten att det handlade om deras framtida vård följt av beskrivning av strukturerade frågor. Frågor ställdes semistrukturerat med följdfrågor, se Bilaga 1.

Datainsamling

Inklusionskriterierna för samtalet och intervjun var alla svensktalande personer i åldern 60 år och äldre som genomgått NIV eller sepsisbehandling på IMA och som har en kronisk sjukdom. Exklusionskriterier var personer som har kognitiv svikt eller var under förmyndarskap. Informanter som mötte inklusionskriterierna tillfrågades om att frivilligt delta i intervjuerna

och fick muntlig och skriftlig information (Se informations- och samtyckebrev). Därefter gjordes en överenskommelse om när och hur intervjun skulle genomföras.

En legitimerad sjuksköterska genomförde intervjuerna med informanten efter inhämtat samtycke i ett enskilt rum på eller i anslutning till avdelningen. Samtycket inkluderade att läsa journalen om aktuell diagnos och behandling inför intervjun, men ingen data insamlades. Intervjun skedde i närhet till efter avslutad behandling och före flytt till annan avdelning. Informanten erbjöds ett framtidssamtal/intervju med frågor som har sin grund i det palliativa samtalet som redan är forskat på. Samtalet hölls i syfte att både testa innehållet i ett framtidssamtal samt undersöka patientupplevelser.

Intervjuerna inspelades på en mobiltelefon satt i flygplansläge och ljudlös. Intervjuerna transkriberades ordagrant i ett Word dokument. Allt insamlat material förvarades på en inloggningsskyddad dator som förvarades i ett låst skåp utan tillgång av obehöriga.

ANALYS

Den transkriberade texten analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2012). Delar av intervjuerna som inte var av relevans för syftet valdes bort. Intervjuerna varade mellan 10 och 34 minuter (median 20 min) och omfattar 52 A4 sidor. För att vidmakthålla konfidentialitet tilldelades informanten en slumpmässig bokstav mellan A och M.

Tabell 1. Informanternas bakgrund

Informant	Kön	Ålder	Behandling IMA	Diagnos
A	Man	84 år	NIV	Respiratorisk svikt
B	Man	77 år	NIV	Lungödem
C	Man	79 år	Noradrenalin	Sepsis
D	Kvinna	72 år	Noradrenalin	Infektion
E	Man	87 år	NIV	Lungödem
F	Man	64 år	NIV (CPAP), noradrenalin	Hypotoni/övervätskning
G	Man	82 år	Noradrenalin	Sepsis
H	Man	79 år	NIV	KOL
I	Man	71 år	Noradrenalin	Respiratorisk/cirkulatorisk svikt
J	Man	62 år	Actilyse	Lungemboli
K	Kvinna	74 år	NIV	KOL
L	Kvinna	84 år	NIV	Lungödem
M	Man	67 år	Noradrenalin	Sepsis

Etik

Pilotundersökningen är ett utvecklingsarbete som del av Forskningsstrategi för VO Akutsjukvård och Internmedicin och är inte forskning därför behövdes ingen etikansökan. Förslaget godkändes i förväg av enhetschef på AVA Dennis Brodelis och FoU-rådet för VO akutsjukvård och internmedicin av Linn Kennedy, sektionschef medicinskt ansvarig, Malmö och Lund. Framtidssamtalet initierades som en pilotundersökning och i samband med att patienten avslutade sin behandling på AVA, IMA.

Framtidssamtalets innebörd påverkade därför inte behandlingen under vårdtiden. Patienterna benämns därför som informanter i resultatet.

RESULTAT

Totalt deltog 13 informanter, varav tio män och tre kvinnor i åldrarna 62 till 87 år, medelvärde 75,5 år. Sex informanter fick behandling enbart med NIV, fem fick behandling enbart med noradrenalin, en fick både NIV samt noradrenalin och en deltagare fick läkemedlet Actilyse under två timmar med intensiv övervakning (se tabell 1). Utifrån manifest innehållsanalys framkom 12 underkategorier och fyra kategorier.

Underkategori	Kategori
Stor tacksamhet Kunnig personal Professionellt Vill inte vara till besvär för personalen	Bemötande på IMA
Tar emot information Hur den ges Vem som ger När information ges	Vårdinformation
Behandling med mask Behandling med noradrenalin	Mask och infusionsbehandling
Ljud på salen Ljud av masken	Miljö på IMA

Bemötande på IMA

Majoriteten uppgav att de var nöjda med vården de hade fått och uttryckte stor tacksamhet. Både med bemötandet hos personalen men också med den medicinska vården. Många upplevde sig må bättre efter att ha fått behandlingen på IMA och ingen hade något att klaga på. Tacksamheten hos de äldre var hög, en kunde inte klaga på vården och berättade specifikt att hen blev uppassad för minsta grej. En annan förklarade situationen som att på sjukhuset blir man bra, och att hen hade blivit bra omhändertagen. Flertalet nämnde att de inte hade något att klaga på eftersom de hade blivit bättre efter att de hade kommit in. Många hade vårdats på sjukhus tidigare, varav en alltid blivit bra bemött och omhändertagen vid varje vårdtillfälle.

Över lag när jag kom hit här, alla är jätteduktiga. Det kvittar, jag har varit på många olika ställen, när man väl kommer in på sjukhuset så är de jätteduktiga. Alltihopa. Informant M

Informanterna uttryckte ofta att de hade andningssvårigheter eller var i ett sämre hälsotillstånd när de kom in, men möttes då av ett team som tog hand om dem, hjälpte dem med deras första och största besvär, samt fick dem att känna sig trygga. En berättade att upplevelsen av att vara sjuk och ligga på sjukhuset aldrig var kul men att hen uppskattade personalen och då kändes det bättre.

Att ha personal som hade kunskap om deras sjukdom, även om det inte alltid fanns ett svar på varför symtomen eller tillståndet hade uppstått så

upplevde de en trygghet i att personalen kunde hjälpa dem. Några uttryckte sin tacksamhet för personalen som helhet men att de inte alltid vågade ringa på patientklockan eftersom de ansåg att de kunde vara till besvär. De visste hur stressade sjukvårdspersonalen var från att läsa i tidningar och nyheter. Känslan av att personalen hade viktigare saker att göra var hög och nämndes av flertalet informanter.

Det känns lite besvärande att ringa (på klockan). Informant M

Vårdinformation

Kommunikationen som finns på IMA kan variera. Faktorer som allmäntillstånd hos informanten, miljön på salen och mängden personal som finns tillgänglig kan påverka hur, var och när information ges om vården.

Hur informanter tog emot information varierade. En angav specifikt om upplevelsen av att inte förstå det personalen berättar. Det blir därför ännu svårare att kunna förklara eller berätta vidare för sina anhöriga vad som hänt. Detta förklarades bort med att personalen inte alltid tänker på vilket sätt de informerar. Det var också en upplevelse av att det pratades ovanför huvudet på dem.

Ja för det i en vanlig människas öron att man inte ska fladdra ut i medicinska termer och sådant. Det säger inte mig något. Jag har ju ännu svårare att förklara för min fru. Men läkarna har nog den förmågan utan att tänka på det. Och det är inte bara här det är likadant när jag låg i X, i Y, att det pratas lite här uppe över huvudet på en. Informant I

En annan förklarade att förmågan att ta till sig information var svårt när hen var sjuk. Orken fanns inte där och det hade ingenting med hur personalen informerade om sjukdomar eller behandlingar.

Ja, jag har inte lyssnat så där väldigt mycket eftersom jag har varit så dålig, jag orkar inte med det. Man orkar inte mycket, när man är sjuk. Informant H

Om informationen var för medicinskt anpassad förstod de inte. Om det också informeras i ett stressat läge i samband med andra händelser som pågick runt omkring, på salen eller med dem själva, avgjorde det också mängden information som togs in. Vissa hade inte uppfattat att personalen ens hade pratat med dem och mindes inte att de fått ett medicinskt samtal.

Jag är ju ingen specialist men det verkar hjälpa ju så det är bra //...// Jag vet inte, jag är ingen doktor. Informant E

En del informanter hade sina anhöriga på plats eftersom de själva förstod att de inte skulle kunna ta in all information som gavs. De önskade ha en trygg

person de litade på som kunde antingen översätta eller minnas det som sades.

Ja det är mycket möjligt. Det är väl minnet som sviktar, få in det på rätt ställe, då har jag ju min bror som har lite koll på, snackar med personal och sådant. Informant J

I vilket skede som informationen gavs spelade också roll. Informanterna har rätt till att få information kring sitt sjukdomstillstånd vilket inte alla mindes då de fått informationen i ett tidigt skede under vårdförloppet. Detta kan ha påverkat förmågan till att minnas och förstå allt. Vissa intervjuades på en enkel sal de flyttats till efter IMA vistelse och kunde då redogöra för sina sjukdomar, tillstånd och information de fått eftersom de fått höra det i efterhand. Andra mindes fortsatt ingenting men förstod att de hade varit dåliga och kunde berätta hur de själva upplevt det på IMA. Platsen kan således också ha en betydande roll för intaget av information. Om patienter kan få samtal flertalet gånger under vården är chansen större att de minns vad som hänt.

Mask och infusionsbehandling

NIV står för Non Invasive Ventilation är ett ventilationssätt som innebar att informanterna hade en mask som täckte mun och näsa för att genom ökad ventilation ge förbättrat andningsarbete.

Upplevelsen av masken var varierande. En del upplevde att masken var behaglig och kunde användas länge. De berättade att de hade andnöd och blev mycket hjälpta av masken, de flesta kunde även tänka sig att ha masken fortsatt eftersom det underlättade deras andning. Att ha masken på sig orsakade inget obehag hos dem och den kändes bekväm.

Nej så att det skönt när jag hade haft den och de tog väl hand om mig //...// Sen kunde jag ju andas som vanligt igen. Men det var jobbigt.

Informant B

Andra hade samma upplevelse kring hur masken förbättrade och hjälpte andningen. Dock upplevde de obehag eller besvär av själva masken, att den satt fel eller att det var tungt att andas "tillsammans med" med masken. De såg det mer som en process att lära sig arbeta med den. Andra såg det mer som en behandling de stod ut med tills det blev bättre och visste att den var bra för dem.

Jag tyckte ju inte om att ha masken men jag begrep att jag var tvungen att ha den för att jag fick ju andnöd//...//Ja den är ju inte så skön att ha på sig men det bekom mig. Informant B

Flera upplevde masken som obehaglig och ville därför inte ha den alls. De kände sig tvingade att ha den trots att de visste att den var bra för dem,

oavsett valde några att ta bort masken och inte använda den alls eller mycket sporadiskt.

Jobbigt, och liksom, jag visste ju inte vad det var heller ju. För jag hade ju inte sett den, men det var jobbigt. Ja alltså att den satt i hela huvudet och blåste överallt. Ja jag fick ha den i två dagar. Informant L

Infusion med noradrenalin hade informanterna olika uppfattningar om, ofta var de svårt sjuka och mindes inte att det var en speciell behandling i allt som pågick. En del informanter mindes att personalen hade berättat för dem om blodtryckshöjande behandling och andra mindes inte alls.

Det är ju att jag var sjuk men inte mer än så, jag förstår liksom inte, jag är inte sjukvårdskunnig. Informant D

Blodtryckshöjande medicin var mindre konkret än NIV behandling och därför svårare att förklara upplevelsen. De som behövde noradrenalin fokuserade på sitt mående under infusionen med symtom som trötthet, konfusion eller känslan av att ingenting gjordes, i stället för orsaken till infusionen.

Miljö på IMA

På IMA salen finns fyra sängplatser varav en plats är en isolerad sal som är avskärmad med vägg och fönster. De som legat på en isolerad sal stördes inte av andra patienter. Övriga tre platser är på en gemensam sal som delas av med väggskärmar men de kan höra varandra. Personalexpeditionen är ett inbyggt rum i IMA salen med fönster. Det finns fyra dörrar in i IMA salen varav två går ut till korridoren på avdelningen där övrig personal finns.

Beroende på vilken plats på IMA informanterna låg upplevde de olika av ljud vid vistelsen. En hade sängen närmast dörren till korridoren uppmärksammade att det var mer eller mindre högljutt under olika delar av dagen.

Möjligtvis att det är mycket spring här i den dörren, det stängs ibland och det hörs inte mycket men ligger man då på gränsen och ska somna så är det ju det, man rycks upp. Informant I

En angav att maskinerna hen var kopplad till störde så mycket med starkt sus i huvudet att inget annat hördes. Vanligt var att många stördes av ljudet från ringningar och larm.

Nej, det där klockljudet kommer jag aldrig mer att vilja höra.
Informant C

Flera saknade att ha tillgång till ljud och bild från en tv eller radio som kunde fördriva tiden. Eller få dem att tänka på annat under tiden de fick behandling eller de väntade på svar om vården.

Jag vet att de ska fokusera på den som är sjuk ju, men en liten tv eller sådant så man kunde glömma bort lite där. Informant J

En anhörig till en medvetandesänkt patient berättade att han saknade en radio eller tv eller liknande, då det är tyst och han hade ingen koll på omvärlden. Andra upplevde masken och ljudet av HFNC (high flow nasal canula) som ett störande ljud under sin sjukvårdsvistelse. En som haft NIV ansåg att den också blåste i hela huvudet. En annan uppmärksammade att maskinerna lät så mycket att hen inte hörde något annat på salen.

Alltså det har jag inte tänkt, det är så mycket ljud runt mina maskiner så jag hör inget annat. Informant K

DISKUSSION

Framtidssamtalen kunde skilja sig beroende på hur informanterna mådde, vilket skede samtalen gavs i samt var de gjordes. De kunde påverkas av sjukdomen och mindes därför inte alltid vad som hade hänt under vårdtiden. Att ha samtal i det skedet kan vara för tidigt men också nödvändigt för att skapa en process och en tankegång. Att fullfölja och fortsätta hålla flera samtal med samma patient vidare under vårdtiden skapar bättre förutsättningar för att minnas och redogöra för framtida vårdönsknings. Det ger också tid att processa sjukdomsförloppet om vårdpersonalen öppnar för frågor kring framtida vård nära det som precis skett.

Framtidssamtalen var svåra att genomföra i nära anslutning till utflyttning från IMA eftersom de inte alltid kunde delta på grund av sitt sjukdomstillstånd. De som inte kunde delta i undersökningen hade ofta minnessvårigheter, var medvetandesänkta eller för sjuka för att samtala med. De fåtal som ingick är inte representativt för vilka som vårdas på IMA.

Att det var färre kvinnor än män kan ha olika orsak. Eftersom samtalen skedde en gång per vecka gick det inte att välja informanterna beroende på kön, utan de som fanns och ingick i kriterierna fick ingå oavsett man eller kvinna beroende på vilken dag samtalen skedde. Orsaken till att det var mer män än kvinnor kan därför inte förklaras eftersom det inte finns statistik på hur många män respektive kvinnor som vårdas på IMA under en viss tid.

Att genomföra ett Framtidssamtal grundar sig i de 6 S:en: *Självbild, Självbestämmande, Symtomlindring, Sociala relationer, Sammanhang och Strategier* och utgår en humanistisk syn där fokus är på det palliativa samtalet hos informanter (Regionala cancercentrum, 2023). I ett framtidssamtal kan patienter däremot precis fått en diagnos om en kronisk sjukdom eller har återkommande infektioner som kräver behandling. Framtidssamtalet syftar till att samtala kring när nästa vårdtillfälle kommer, prata kring vilka önsknings patienten har samt om det finns begränsningar

patienten önskar som kan finnas som grund till vidare vårdbeslut hos personalen.

Detta skiljer sig från ett brytpunktsamtal som oftast hålls vid en övergång till palliativ vård för en patient där sjukdomen bytt riktning från en eventuell botande behandling till enbart symtomlindrande (a.a). Att erbjudas ett framtidssamtal som inte benämns brytpunktssamtal kan göra att samtalet får en mer positiv inriktning eftersom det för många betyder att lägga ner eller ändra vården. De får istället prata om sin upplevelse om vårdtid för att kunna jämföra med till nästa vårdtillfälle. Att få prata om hur de vill ha det i framtiden och vid nästa akuta vårdtillfälle på IMA.

Självbestämmande

Självbestämmande är en central del i personcentrerad vård och ska vara fokus vid ett samtal. Att samtala kring självbestämmande och vad en patient har rätt till samt vad de kan bestämma över är av största vikt för att det ska bli fokus på en patients vilja.

En del informanter visste inte själva att de fick bestämma över sin egen vård. Andra ville bestämma men visste inte hur de skulle tänka kring val av behandling eller liknande för att vårdpersonalen har den medicinska kunskapen. Vården har därför ett ansvar att hjälpa patienterna framåt för att de ska kunna ta de besluten i samråd med vårdpersonal, dock med fokus på en individanpassad och personcentrerad vård (Patientlagen, SFS 2014: 821). Informanterna ville inte alltid bestämma själva utan lade alla beslut i personalens händer. Äldre personer verkar följa gamla normer och saknar kännedom om delaktighet som ingår i patientlagen (a.a).

Egna beslut om vården kring HLR och intensivvård behöver tas upp i olika sammanhang och flertalet gånger för att patienterna ska få tid att tänka över tyngre beslut utan att bestämma förhastat. Dock ska det tas i beaktning att detta kan förändras om patienterna kommer in i annat tillstånd och väljer att ändra sig. Kopplat till den information som ges samt hur och när den ges, kan patienterna i större möjlighet vara delaktiga i besluten kring deras vård och behandling. Tid behövs för att kunna processa detta. Att patienterna inte ska behöva chockas av att få den frågan för första gången under ett akut läge (finns undantag). Vilken tid personalen informerade på och på vilket sätt det gjordes, förbättrade hur mycket informanterna mindes om sitt sjukdomstillstånd och sin egen sjukdomsmedvetenhet. De fick då bättre förutsättningar för att ta beslut tillsammans med vårdpersonal om framtida vård. Dock är att beakta att inte alla informanterna ville veta hur sjuka de var och ville också ta avstånd och förneka sin sjukdom. Tiden behövs för att kunna processa ny information i det kritiska läget. Den mentala hälsan kan också ha försämrats vid inläggning på sjukhus och kan därför påverka hur information tas emot.

Närstående var också en viktig del i vården då många inte kunde bestämma själva. Informanterna fick berätta vem de känner sig trygga med och kunde vara delaktiga i deras vård. I ett utsatt läge kan patienter inte alltid

kommunicera vilket gör närstående till en viktig del av vården, om dessa finns. Om patienterna vid tidigare vårdtillfälle berättat att närstående kan vara med vid beslut om deras fortsatta vård kan detta underlätta. Detsamma gäller också i motsats då patienterna inte vill att några närstående ska vara delaktiga i deras vård.

Sammanhang

De frågor som togs upp under S:et Sammanhang i de 6 S:en handlade om vad som varit viktigt för patienterna i livet, vilka rädslor de hade och vad de hade för förväntningar framåt.

Närstående spelade stor roll hos informanterna när de låg på sjukhuset. Vid beslut ville många ha sina närstående på plats för att minnas all information. Kopplat till miljön på sjukhuset kan en närstående betyda mycket för patienten och dennes mående. I en miljö av mycket personal, ljud och ljus som stör kan den närstående vara den trygga punkten i en ovan miljö. Rädslan av att vara själv eller att inte minnas information gör att de söker trygghet hos sina närstående som inte alltid kan ges av personalen.

Genom att samtala med patienter om deras liv tidigare och vad som varit av stor vikt för dem och i vilket sammanhang, kan personalen få stöd i beslut kring vården. Hur patienterna levt, vem i deras liv som är viktiga och vad de har att komma hem till efter vårdtiden. Vid nästa vårdtillfälle kan då detta användas vid nya beslut om hur patienten vill ha sin vård eller vem som ska finnas med vid beslut som rör den framtida vården.

Dokumentation

Dokumentationen av framtidssamtal är önskvärt som en egen rubrik i journalen. Eftersom patienter har möjlighet att läsa sin journal blir det angeläget att skilja på innebörden av ett framtidssamtal och resultatet av ett brytpunktsamtal. I nuläget är förslaget att öppna sökordet Brytpunktsamtal eftersom det inte finns möjlighet till att skapa en rubrik i Melior. Detta också i anledning till att Region Skåne inom snar framtid ska få ett nytt journalsystem.

Strategier inför framtiden

En del informanter i projektet var rädda för att dö. Att vårdas på sjukhus för symptom som andningsbesvär, medvetandesänkning eller lågt blodtryck av en infektion i en miljö som är okänd skapade ångest, oro och rädsla för framtiden. Även om en patient tillfrisknar finns en rädsla kvar för att inte bli som normal, eller att dö inom kort framtid. Det är därför viktigt att personal uppmärksammar rädslor eller oro kring framtiden och i samtal diskutera detta i en lugnare miljö. Om önskvärt ska det ske i närvaro av närstående för att skapa en samlad bild av patientens tillstånd och läge (Regionalt cancercentrum, 2023).

Strategi under de 6 S:en syftar till att förbereda eller samtala kring patienternas förkortade tid i livet kopplat till sjukdomen. I akutsjukvård kan det ligga fokus på närliggande tid eftersom sjukdomarna som behandlas ofta

är kroniska som de kan leva med länge. Det då kan med fördel pratas om önskemål till nästa vårdtillfälle som första samtal. I jämförelse med en cancerdiagnos som oftast förknippas av allmänheten som kortare livstid om behandling inte fungerar, så kan samtalet handla om informanternas mål och strategier i livet stället för hur de vill förbereda sig på en kort framtid där döden ligger nära.

Förslag på hur ett Framtidssamtal kan genomföras

Patienterna kan gynnas av att ha framtidssamtal då de får möjlighet att prata om sina önskemål och även väcka tankar och funderingar inför nästa vårdtillfälle. Framtidssamtal på en intermediärvård kan med fördel initieras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Ett samtal tar 10–30 min beroende på engagemang och kunskap hos patienten, men kan också påverkas av de frågor som ställs och hur djupgående vidarefrågorna är. Den som håller i samtalet bör också vara uppmärksam på hur frågorna ställs och att det inte alltid räcker med en fråga. Svaret från patienterna kan behöva utvecklas genom att ställa vidare frågor eller formuleringar som exempelvis: berätta mer, utveckla gärna och vad betyder det? För att skapa en större trygghet hos personalen så att det inte blir som andra studier bör utbildning och genomgång för personalen ske inför samtal. Samtalet kan också göras i olika stadier under livet eftersom patientens önskningar kan komma att förändras för varje enskilt tillfälle. Det kan även med fördel nås ut till andra vårdinstanser som patienten har kontakt med likt dagvård, vårdcentral och liknande för att följa upp och prata med patienten i ett lugnare skede (Ejerhed, 2020).

Genom framtidssamtal som namn i stället för brytpunktssamtal kan riktning och tolkning av samtalet få en positiv innebörd och betydelse för patienten och personalen. Vid dokumentation är det då viktigt att skriva att det är ett framtidssamtal som syftar till att undersöka vad patienterna har för önskningar och tankar inför framtida vård.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

- Att rapporten ska kunna användas som diskussionsunderlag samt vid introduktion av nyanställda
- Att utveckla kriterier för vem som gynnas av ett framtidsamtal
- Att införa framtidssamtal som rutin till identifierade patienter
- Att placera en mobil skiljevägg på IMA salen
- Att installera möjlighet till radio på IMA-salen som brusreducering och verklighetskontakt
- Att erbjuda patienterna öronproppar
- Att dokumentera på inskrivningsbladet val av anhörig som ska få delta i vården och kontaktas vid behov
- Att vårdpersonalen som ansvarar för patienten informerar om behandling vid flera tillfällen och bekräftar förståelsen
- Att skapa rutin där HLR beslut och liknande tas vid varje vårdtillfälle för att ge patienterna möjlighet att tänka över sina val och beslut
- Att införa en vårddagbok på exempelvis IMA samt erbjuda uppföljande samtal, som IVA gör, förslagsvis på dagvården

REFENSER

Čičak P, Thompson S, Popović-Grle S, Fijačko V, Lukinac J, Lukinac AM. 2020. Palliative and End-of-Life Care Conversations with Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Croatia-A Pilot Study2. *Healthcare (Basel)*, 8(3), 282. doi: 10.3390

Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. (Fourth edition). Los Angeles: Sage Publications.

Ejerhed, J. (2020). Framtidssamtal – ett sätt att lyfta patientens preferenser. *Läkartidningen*. 2020, 117:FYM9.

Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2023). *Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård*
<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.7001dc9e1900c5817f259270/1718809897971/Intermediarvard-vagledning.pdf>

Mounsey, L. Ferres, M. Eastman, P. (2018). Palliative care for the patient without cancer. *AJGP Logo Australian Journal of General Practice*, 47(11), 765-769. doi: 10.31128/AJGP-07-18-4625.

National cancer control programs: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, (2002). <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2022/10/Definition-enligt-WHO.pdf>

Nationella rådet för palliativ vård. (2020). Vad är palliativ vård?
<https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/>

Palliativt centrum. (2021). Palliativt centrum. Samtal vid allvarlig sjukdom – Kronobergsmodellen 2.0. [http: Projekt Samtal vid allvarlig sjukdom – Kronobergsmodellen - Palliativt Centrum](http://projekt.samtalvidallvarligsjukdom.se/)

Patientlagen, SFS: 2014:821. Socialdepartementet. Utfärdad: 2014-06-19.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Sørensen AR, Marsaa K, Prior TS, Bendstrup E. (2020). Attitude and Barriers in Palliative Care and Advance Care Planning in Nonmalignant

Chronic Lung Disease: Results from a Danish National Survey. *Journal of Palliative Care*, 35(4), 232-235. doi: 10.1177/0825859720936012.

Bilaga 1. De 6 S:en

Självbild: Vad behöver vi veta om dig för att anpassa vården efter dina behov?

Vad vet du själv om ditt sjukdomstillstånd?

Hur mår du?

Vad vet du om din hälsa?

Detta vet jag om dina sjukdomar...

Symtomlindring: Vad besvärar dig mest?

Tankar kring medicinska behandlingar och behandlingsbegränsningar?

Självbestämmande: Vad är viktigt för dig att bestämma om när det gäller din vård? Om du inte kan bestämma själv, vem ska då fatta beslut för dig?

Hur kan vi hjälpa dig på bästa sätt tror du?

Detta kan sjukvården göra för att hjälpa - ge alternativ

Sociala relationer: Vilka personer är viktiga för dig? Hur kan vi underlätta för dig att umgås med dem?

Vad är svårast för dig/din familj?

Sammanhang: Vad har varit viktigt i ditt liv?

Vad vill du?

Vad har du för förväntningar/förhoppningar?

Är du rädd/orolig för något just nu?

Vad vill du att vi fokuserar mest på?

Strategier: Vad tänker du om tiden framåt?

Vad tror du om framtiden?

Vad tänker du om din sjukdom och framtiden på kort/lång sikt?

Hur känns det att vara med i detta framtidssamtal?

Något mer du skulle vilja säga innan vi avslutar samtalet?

Bilaga 2. Reflektioner av att delta i FoU strategin

Tidsåtgång

Tiden för att genomföra utvecklingsarbetet har varit 20 % på Forskningsenheten i Malmö samt 20 % under 6 månader på avdelningen med intervjuer och rapportskrivning. En gång per vecka lades tid på att skapa intervjufrågor, göra intervjuer och sammanställa rapport. Planeringen blev avbruten kort stund innan sommaren då det var sjuksköterskestrejk och vissa pass fick förflyttas till senare. Även egen tid utanför arbetstid, ungefär en arbetsvecka extra, har fått läggas då det inte hunnits med att skrivas full rapport på den tid som återstod.

SCAPIS

Att jobba på SCAPIS var speciellt då det ingick utbildningar i forskningsmetoder och radiologi för att kunna jobba där. Tiden bestod av att vara på DT i Malmö och jobba tillsammans med röntgensjuksköterskor. På DT kom deltagarna för att göra röntgen av olika organ till SCAPIS studien och arbetsuppgifterna var att ställa frågor inför undersökningen, sätta infart samt hjälpa patienterna med andningsövningar under bildtagning samt dokumentera efteråt. Att få vara på SCAPIS skapade en förståelse för de större forskningsprojekten och var också annorlunda från vanliga arbetsuppgifter på akutavdelningen.

Göra intervjuer

Inför intervjuerna fick gruppen inom forskningsstrategi öva på intervjutekniker med varandra och med handledare för att förbereda sig. Att göra intervjuerna var en utmaning då det inte alltid fanns informanter att intervjua. Detta eftersom patientflödet på IMA är stort varierande och det fanns inte alltid kandidater som passade kraven för att kunna genomföra intervjuerna. Det krävdes längre tid än planerat för att få ihop rätt mängd informanter. Det var också en utmaning eftersom detta var nytt och sättet att göra intervjuer på behövde tränas upp under tiden. Att lära sig hur och på vilket sätt en intervju skulle göras blev bättre efter hand och olika intervjutekniker kunde appliceras efter pilotintervjun.

Skriva rapport - tidsåtgång

Att skriva rapport var svårt eftersom det inte fanns mallar eller liknande arbeten inom verksamhetsområdet för sjuksköterskor innan projektet för forskningsstrategi för sjuksköterskor gjordes. Att mäta hur mycket tid som behövdes var svårt och det krävdes mer tid än vad som var tänkt.

Omvårdnadsperspektiv

De lärdomar som framkommit har varit bland annat att patienterna behöver ett stöd från vårdpersonalen, att personalen sitter på kunskap som också måste kunna förmedlas till patienterna. Men också hur mycket störning av ljud och ljus, som personalen ofta ser som nödvändigt på en vanlig arbetsplats, för patienterna istället kan betyda sämre vila och återhämtning. Men viktigast hur stor betydelse ett framtidssamtal kan vara för dem som inte alltid vet vad de vill. Se förbättringsförslag.

Bilaga 3.

Tidsplan

2024

- v. 13** Skriva informationsbrev + projektplan
- v. 14** Informationsbrev + projektplan + frågeformulär
Möte: Ann-Marie + Mimoza (genomgång av forskningsmetoder)
- v. 16** Möte: öva intervjuteknik + diskutera Informationsbrev
- v. 17** Projektplan + Frågeformulär + informationsbrev
- v. 18** Projektplan + frågeformulär
- v. 19** Projektplan + frågeformulär
- v. 20** Projektplan + frågeformulär + Bibliotekarie exempel sökning
- v. 21** Projektplan + frågeformulär
- v. 22** Testintervju + fortsatt arbete med dokument
- v. 23** Intervju + journalläsning
- v.36–52** Fortsatta intervjuer samt bearbetning av insamlade data

2025

- v. 3** Kategorisering av intervjuer
- v. 4** Kategorisering av intervjuer
- v. 5** Rapportskrivning
- v. 6** Rapportskrivning
- v. 7** Rapportskrivning
- v. 8** Rapportskrivning
- v. 9** Rapportskrivning
- v. 10** Rapportskrivning
- v. 11** Ingen forskning
- v. 12** Rapportskrivning