



Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-20 30 00
www.hkr.se

Samtal i livets slutskede

*”sällan bota, ofta lindra
alltid trösta”*

Datum: 20130124
Författare: Victor Lidberg
Leif Linderot

Handledare: Anneli Percy-Wigforss
Examinator: Gerth Hedov

Samtal i livets slutskede

Svårigheter och hinder

Författare: Leif Linderot & Victor Lidberg

Handledare: Anneli Percy-Wigforss

Litteraturstudie

Datum: 20130124

Sammanfattning

Bakgrund: Människan har alltid sett döden som något obehagligt och kommer troligen alltid att göra det. Ända fram till 60-talet var det få läkare som vågade tala om diagnosen för patienten om hon var döende. De anhöriga spelar en stor roll i vården av patienten i livets slutskede. Man ska vara lyhörd och uppmärksam för att på bästa sätt kunna tolka signaler i samtal med patienter. Ansvar som vilar på sjuksköterskan är stort. **Syfte:** Att belysa sjuksköterskans kommunikation med patienten och dess anhöriga i livets slutskede. **Metod:** En litteraturstudie baserad på tolv kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. De tolv artiklarna som valdes ut granskades för att säkerställa kvalitén på dem. **Resultat:** Sju kategorier hittades: Tid, Övilja att samtala om döden, Kultur och livsåskådning, Icke verbal kommunikation, Ärlighet, Hopp och sjuksköterskans känslor. **Slutsats:** En döende patient har också behov av att göra sin röst hörd och känna att någon tar sig tid att lyssna på henne. Döden är något skrämmande för de flesta människor, men genom bra samtal kan man beröra ämnet och minska rädslan så att patienten kan uttrycka sina känslor och få inre frid.

Nyckelord: Kommunikation, Döende, Sjuksköterska, Patienter och Närstående

End of life conversation

Difficulties and obstacles

Author: Leif Linderot & Victor Lidberg

Supervisor: Anneli Percy-Wigforss

Literature review

Date: 20130124

Abstract

Background: Humans have always seen death as something unpleasant and will probably always do that. Until the 60th century there were few doctors who dared to tell the diagnosis to the patient if she was dying. The family plays a big role in the care of the patient in the final stages of life. The best way to interpret conversations with patients is if you act responsible and pay attention to the signals the patient sends out. The responsibility that rests on the nurse is great. **Purpose:** To highlight the nurse's communication with patients and their families in end of life. **Methods:** A literature review based on twelve qualitative and quantitative research articles. Articles were searched in the databases CINAHL, PubMed and PsycINFO. The twelve articles selected examined to ensure the quality of them. **Results:** Seven categories were found: Time, Reluctance to talk about death, culture and philosophy, Non-verbal communication, Honesty, Hope, and the nurse's feelings. **Conclusion:** A dying patient also needs to make their voices heard and to know that someone takes the time to listen to her. Death is something scary for most people, but through good conversation, you can touch on the subject and reduce the fear so that the patient can express their feelings and find inner peace.

Keywords: Communication, Terminally ill, Nurse, Patient, Relatives

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design.....	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden och undersökningens betydelse	8
RESULTAT	9
Tiden.....	9
Ovilja att tala om döden.....	10
Kultur och Livsåskådning	11
Icke verbal kommunikation	12
Ärlighet.....	12
Hopp.....	13
Sjuksköterskan känslor.....	14
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	18
REFERENSER	22
BILAGA 1 Sökschema.....	26
BILAGA 2 Artikelöversikt.....	28
BILAGA 3 Fribergs granskningsmall.....	39

Inledning

Samtal med författarnas kollegor har visat på att det finns en osäkerhet och rädsla inför samtal om döden. En av de svåraste uppgifterna inom en sjuksköterskas yrke är samtal med döende och närstående (de Araujo, da Silva & Francisco 2004). Vad ska man svara på frågor som ”Varför just jag?”, ”Vad finns det för mening med att jag ligger här och väntar på att få dö?” eller ”Kan du hjälpa mig slippa detta lidande”? Frågor man kanske inte trodde man skulle få, behöva fundera över och svara på. Många av oss har kanske inte reflekterat över döden och känner igen sig i citatet: *”Låt oss börja med den här tanken”, sa Morrie. ”Alla vet att vi ska dö, men ingen tror på det”* (Albom, 2000).

BAKGRUND

”De som har styrkan och kärleken att sitta hos en döende patient i den tystnad som går utom ord, vet att detta ögonblick varken är skrämmande eller smärtsamt utan ett fridfullt slut på kroppens funktioner” (Kübler-Ross, 1978, s.9)

Kübler-Ross (1978), säger att när man ser tillbaka i tiden och studerar gamla kulturer och folk inser vi att döden alltid har varit obehagligt för människan och sannolikt alltid kommer att vara det. En psykiatriker kan förklara detta genom att i vårt undermedvetna kan vi bara bli dödade, inte dö på grund av hög ålder eller annan naturlig orsak. Detta medför omedvetet och medvetet att döden blir associerad med en skrämmande och ond gärning (Kübler-Ross, 1978).

På 60-talet var det få läkare som vågade tala om för sina patienter om deras prognos då man inte ville åsamka skada i onödan. Det har visats i vetenskapliga studier att de flesta patienter vill bli informerade om deras tillstånd och om döden. Dock ska man alltid bära med sig att alla är individer och tänker olika. För de som vill samtala om döden ska vårdpersonal alltid finnas där för att reflektera och bekräfta patienten när denne uttrycker känslor och tankar inför döden (Falkmer & Kaasa, 2001). Det är en del av sjuksköterskans ansvar att ge den enskilda patienten information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling (ICN, 2006). Ansvar som vilar på sjuksköterskan är stort. Konflikter kan uppstå mellan att vara professionell och att visa sina känslor öppet. ”Jag måste alltid vara professionell, jag måste hålla, jag måste, jag kan vara mänsklig och ha känslor, men jag måste vara, jag måste gå in i min profession för att inte någonstans också bränna ut mig själv” (Schuster, 2006, s 77).

Enligt Socialstyrelsens senaste riktlinjer delar Världshälsoorganisationens in den palliativa vården i två faser, tidig och sen palliativ fas. Tidig palliativ fas kan vara längre tid och är till för en livsförlängande behandling. Den sena palliativa fasen (livets slutskede) innebär en kort period där det oftast är lindrande behandling, samtal och främjande av livskvalitet är huvudmålet. Någon speciell tidpunkt för när man övergår från livsförlängande till lindrande behandlingar finns inte, det är individuellt från patient till patient. Övergången mellan tidig och sen fas benämns ofta som brytpunkt. Beslut om övergång kan komma ifrån läkare, sjuksköterska, patient och anhöriga. Beslutet tas under en längre period där man märker att pågående behandling inte längre ger effekt eller att behandlingen skadar patienten mer än den gör nytta. (Socialstyrelsen, 2012).

Miljön är en viktig del för patienten där de ska känna sig säkra, bekväma och få den integritet de önskar (Björnvell & Thorell-Ekstrand, 2009). I omvårdnadsdomänen ingår det sociala samspelet mellan patient, sjuksköterska och dess anhöriga (Kim, 2010).

De anhöriga spelar en viktig roll i vården av patient och deras reaktioner påverkar patienten. För att vårdpersonalen skall kunna hjälpa en patient fullt ut behöver de ta hänsyn till de anhöriga, om de finns, på ett bra sätt (Kübler-Ross 1978). De anhöriga går igenom stora förändringar i vardagslivet då patienten är döende. De får dels vara med om den sjukes emotionella reaktioner och se dennes förändring. De förändras även själva emotionellt, samtidigt som de kan få nya uppgifter för att vardagen ska gå ihop. Det kan vara att den ena partnern får göra allt som den andra annars hade gjort. Man kan säga att de anhöriga blir dubbelt utsatta (Kirkewold, 2003).

Kommunikation kan definieras på många olika sätt. Den vanligaste definitionen är dock överföring av information, till exempel överföring av information mellan en sjuksköterska och patient. Samtal mellan patient, anhöriga och sjuksköterska sker både verbalt och ickeverbalt som samtal och med kroppsspråk. I samtal måste man som sjuksköterska vara lyhörd, kunna se och tolka signaler i samtal och i kroppsspråket hos patienten eller dess anhörig. Det är en förutsättning för att både sjuksköterska och patient ska mötas på samma plan, även om de har olika förväntningar och bakgrund, kan de hjälpas åt att sätta upp gemensamma mål (Fossum 2007). Kommunikation är en del av patientsjuksköterskedomänen och har studerats för dess roll i studier om patientens hälsa och välbefinnande.

Patientsjuksköterskedomänen innebär kontakten mellan sjuksköterska och patient (Kim, 2010). Kommunikationen i mötet sker mellan sjuksköterska, patient och anhöriga. Sjuksköterskan behöver kunna förstå patients behov och utifrån dessa kunna planera omvårdnaden (Travelbee, 1971). De kommunicerar, har roller, utbyter känslor och tar kontakt med varandra. Kontakten innebär att information, energi och medmänsklighet överförs mellan parterna. Ur sjuksköterskans perspektiv är detta målet för omvårdnaden. Ur patientens perspektiv är målet att få den uppmärksamhet och vård de vill ha genom kontakten (Kim, 2010).

Personer som är i livets slutskede är för sitt välbefinnande beroende av att personalen har kunskaper inom palliativ vård så att de kan möta patientens olika behov av stöd och symtomlindring. Denna kunskap finns inte överallt idag och Socialstyrelsen betonar i de nya nationella riktlinjerna, ”kunskapsstöd om palliativ vård”, vikten av att öka kunskaperna inom ämnet. Även god kommunikation mellan personer i livets slut och vårdpersonalen är viktigt inom palliativ vård (Socialstyrelsen, 2012).

SYFTE

Syftet var att belysa de omständigheter som kan påverka sjuksköterskans kommunikation med patienten och dess anhöriga i livets slutskede.

METOD

Design

Studien utfördes som en litteraturöversikt. Detta gjordes genom att skapa en översikt av ett område/problem inom sjuksköterskans yrkesområde. Studien innehöll både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Detta för att säkerställa att inga viktiga fakta gått förlorad i sökningen (Friberg, 2006).

Inklusionskriterier för artiklarna var följande: skrivna på svenska eller engelska, de skulle vara vetenskapligt granskade (peer reviewed), ha relevans till syftet, tidsramen på artiklarna begränsades inte då äldre artiklar kan vara lika giltiga inom ämnet, artiklar med vuxna över 18

år, de ska ha vårdats på hospice eller liknande och studierna som togs med skulle handla om patienter i livets slutskede.

Exklusionskriterier för studien var då artiklarna ej svarade på syftet, om det enbart var annan vårdpersonal än sjuksköterska som tillfrågades eller om sjuksköterskeperspektivet saknades.

Datainsamling

Databaserna som användes för att hitta artiklarna var PubMed, CINAHL och PsycINFO. Databaserna var inriktade på omvårdnad, medicin och psykologi (Kristianstad Högskola 2012). Sökorden som användes: Communication, Terminally ill, Nurse, Patient, Relatives. Booelsk söklogik har använts vilket bestämmer sambandet mellan sökorden genom operatörerna *And* (Östlundh, 2006). Trunkering användes på vissa sökord för att kunna få med andra varianter av orden med samma betydelse som nurse, patient, relatives och terminally ill. Artiklarna som samlades in granskades genom Fribergs granskningsmall (se bilaga 3) Analysen gjordes för att säkerställa kvalitén hos de insamlade artiklarna (Friberg, 2006).

Dataanalys

Författarna granskade och läste tillsammans artiklarna som hittades. Detta gjordes för att kunna diskutera och reflektera över dess giltighet och validitet. Därefter analyserades resultatet i artiklarna genom att gemensamma teman och meningsbärande enheter togs ut (Friberg, 2006). Författarna diskuterade sedan tillsammans dessa för att se hur aktuella de var i förhållande till syftet. Tolv artiklar valdes ut genom sökningen. Av dessa tolv valdes två ut genom en review artikel, som sedan söktes upp genom manuella sökningar. Vid granskningen av artiklarna skapade författarna ett poängsystem baserat på de frågor som Friberg beskriver där artiklar fick 1 poäng för varje fråga de besvarade. I kvalitativa fanns 14 frågor och i kvantitativa 13 (Se bilaga 3). Svarade artiklarna på 0-5 frågor ansågs de vara av låg kvalitet, 6-10 medelkvalité och 11-(13)14 hög kvalitet.

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

Författarna har valt studier som haft tillstånd av en etisk kommitté. Alla olika resultat som framkommit, stödjande respektive inte stödjande av författarnas förförståelse, är presenterade

(Forsberg & Wengström, 2008). Alla sjuksköterskor kommer att möta döden och behöva samtala med patienter i livets slutskede. Genom studien kommer vi kunna ge kunskap och förståelse för kommunikationens betydelse och framförallt göra att fler vågar tala om döden.

RESULTAT

Resultaten av studien som gjordes visade på många olika hinder och svårigheter som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska, patient och anhörig. Området som undersöktes kommer att behandlas som ett resultat, trots att man ur syftet kan se ett tvådelat resultat. Detta för att studierna behandlar anhöriga och patient som en enhet och de kategorier som kom fram hänger ihop. För att belysa kommunikationen kommer här nedan att presenteras de omständigheter som kan påverka samtal i livets slutskede: Tiden, ovilja att tala om döden, kultur och livsåskådning, icke verbal kommunikation, ärlighet, hopp och sjuksköterskans känslor.

Tiden

Denna kategori baseras på sju artiklar, där antalet deltagare är 638 stycken. Nästan alla artiklar som granskades hade en sak gemensamt och det var just tiden. Tiden det tar att sätta sig ner och samtala eller bara finnas till för patienten eller anhöriga visade sig i de flesta fall inte finnas (Davis et al., 2003). I en studie där 375 sjuksköterskor deltog svarade hela 62 % att hinder för god kommunikation låg i att tiden inte fanns till när man skulle samtala med patienter och 55 % såg det som ett hinder vid samtal med anhöriga (Sasahara, Mitsunori, Masako & Keiko 2003). Att som sjuksköterska våga ta sig tid till att sätta sig ner med patienten och inte vara rädd för att göra det. Att i första hand lyssna, visa förståelse och att bara finnas till för patienten (Wihlborg, 1996). Många patienter uttryckte tacksamhet när ett sådant samtal väl blev av (Hjörleifsdóttir & Carter, 2000).

*“We don't have the time for the family to grieve or our patients to grieve or us to grieve”
(Davis, Kristjanson & Blight, 2003)*

Samtal om döden och vad som händer efter kan för många patienter vara svårt att ta in. Dåligt valda tidpunkter, till exempel när det är mycket och göra på avdelningen, gjorde att båda

patienten och sjuksköterskan inte hade tid att ta in allt som sades (Marjorie, Wenrich, Randall Curtis, Shannon, Carline, Ambrozy & Ramsey, 2001). Svårigheterna som en sjuksköterska upplever med döende patienter visade sig vara värre då hon hade flera döende på samma avdelning (Wallerstedt & Andershed, 2007).

”You can adjust the way you give the information and give the patient the maximum amount of information he can digest, at a pace they can deal with”

(Schmidt Rio-Ralle, Paz Garvica Caro, Montoya Juarez, Prados Pena, Munoz Vinuesa, Pappous & Cruz Quintana, 2009)

Rutinerna på avdelningar kunde upplevas som stöd, men också som hinder på grund av att sjuksköterskan aldrig visste hur lång tid ett samtal skulle ta. Detta orsakade i sin tur tveksamhet och rädsla för att inleda samtal med patienten av risken för att behöva lämna henne mitt i samtalet (Wihlborg, 1996). Patienten kunde också märka av på sjuksköterskan om hon var stressad och i vissa fall undvek patienten att börja prata för att inte störa henne (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Ovilja att samtala om döden

Denna kategori är baserad på sju artiklar, där antalet deltagare är 3394, varav en studie hade 2850 deltagare. Att undvika att diskutera döden är ett hinder i omvårdnaden för patient, anhöriga och sjuksköterska (Marjorie et al., 2001). En del patienter hade inte accepterat sina diagnoser och var därför ovilliga att tala om döden. Det kunde också vara de anhöriga som inte ville samtala om döden då de var rädda för att patienten skulle ge upp hoppet (Schulman-Green, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler & Bradley, 2005). Anhöriga i en studie ville inte att deras nära skulle få reda på sin diagnos eller att tala öppet om sina känslor (Wihlborg, 1996). I en spansk studie ifrågasatte de anhöriga fördelarna med att tala om diagnosen (Schmidt Rio-Ralle et al., 2009). Även en sjuksköterska kunde känna sig osäker i samtal om döden med patienten och de anhöriga om de själva inte var fullt informerade om situationen. De visste att felaktig information från dem kunde göra patienten och närstående upprörda samt förstöra den relation som hade byggts upp (Hjörleifsdóttir & Carter, 2000).

”I desperately wanted to know if [patient] knew of her prognosis but did not know how to broach the topic with her as she was so cheerful and optimistic”

(McGrath et al., 1999)

Det är inte bara svårt för patienten och sjuksköterskan att tala om döden utan ibland använder också läkaren ett sådant språk som gör att patienten inte förstår beskedet som ges. Detta lämnar utrymme för patientens egna tolkningar som kan vara både positiva och negativa (Fallowfield et al., 2002). En familjemedlem berättade att båda familjen och patienten fått mycket information om de olika diagnoserna, men de hade inte fått prata om döden trots att den var nära (Marjorie et al., 2001).

”I never talked to them about their feelings about death and dying. I wanted to, i know i should, but i couldn't, i felt lost for words”

(McGrath et al., 1999).

Denna medvetna/omedvetna ovilja att tala om döden beskrivs även i en annan studie där en sjuksköterska inte kunde berätta för patienten att hon skulle dö trots att patienten själv visste det. Istället slätade hon över det och sa att personalen skulle göra de bästa de kunde, de får se hur det går och att det nog löser sig (Marjorie et al., 2001). I en studie uppgav en sjuksköterska att det var lättare att prata om döden med en äldre patient än med en ung, för att döden upplevdes som mer naturlig för en äldre person (Wihlborg, 1996).

Kultur och livsåskådning

Kategorin baserades på fem artiklar, där antalet deltagare var 253 stycken. En viktig del som påverkar kommunikationen är kulturen och livsåskådningen. Ett aktuellt ämne då sjukhusen tar emot folk med olika kulturer och tro. Ett problem som ofta uppstår är då familjen inte förstår vad som sägs på grund av språket. Oftast så finns det inte tillgång till tolk under hela dygnet vilket ytterligare försvårar kommunikationen (Davis et al., 2003).

Att ha ett holistiskt synsätt där man ser patientens fysiska, känslomässiga och andliga behov är viktigt i livets slut. Just det andliga beskrevs i en artikel som en viktig del. När inte mediciner längre funkar kan andlig vägledning och tröst, oavsett religion eller livsåskådning, vara till stor hjälp (De Araujo, Da Silva, & Francisco, 2004). Sjuksköterskan bör vara klar

med sina egna känslor och tankar kring döden för att på bästa sätt arbeta med patienter som är döende (Wihlborg, 1996). En sjuksköterska upplevde det som enklare att samtala med patienter om de hade en liknande tro som henne själv, i detta fall kristen tro (Wihlborg, 1996). Erfarenhet gjorde att sjuksköterskor upplevde att de fick en större insikt om livet (Wallerstedt & Andershed, 2007). En patient berättade för sin sjuksköterska att trots hon var nära döden var nöjd med sin situation då hon hade levt ett lyckligt liv och var redo för döden (McGrath, Yates, Clinton & Hart, 1999).

Icke verbal kommunikation

Kategorin baseras på fyra artiklar, där antalet deltagare är 3013, varav en studie hade 2850 deltagare. När orden inte längre räcker till eller det inte finns mer att säga är den kroppsliga beröringen ett sätt att kommunicera och nå fram till patienten (Schuster, 2006). Att kommunicera med kroppsspråk var en av de viktigaste punkterna att tänka på vid samtal (Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002). En sjuksköterska beskrev det som att vara på samma våglängd med patienten, sitta ner, ha ögonkontakt, använda kroppsspråk, nicka och visa att man lyssnar. Ordspråket ”att tiga är guld” sammanfattar studien (Marjorie et al., 2001). Det är viktigt som sjuksköterska att kunna se de icke verbala tecken som patienten sänder ut såsom motorisk oro som kan tyda på rädsla inför något. Att då sätta sig ner med patienten, lyssna och visa förståelse kunde vara positivt (Wihlborg, 1996). Genom empati, stöd och beröring visar man för patienten att de inte är ensamma. Speciellt viktigt är det att tänka på när patienten är i slutskedet av sitt liv (De Araujo et al., 2004). En beröring som man inte menar, saknar lika mycket betydelse som tomma ord (Schuster, 2006).

Ärlighet

Kategorin baseras på fem artiklar, där antalet deltagare var 509 stycken. Ärlighet och uppriktighet sågs av sjuksköterskor, patienter och anhöriga som mycket viktigt i omvårdnaden. Att vara ärlig hängde ofta samman med att behålla hoppet för patienten och dess anhöriga. Patienter beskrev det som en orsak till ytterligare osäkerhet då vårdpersonalen inte var ärliga mot dem. De dåliga beskedet skulle ges på ett ärligt och rakt sätt, där alternativen om behandlingar gavs så att alla inblandade förstod situationen (Marjorie et al., 2001). I situationer som denna kände sig sjuksköterskan nöjd med att kunna vara ärlig och ge beskedet (Wihlborg, 1996). En läkare berättade om en patient som helt plötsligt frågade: -

kommer jag att dö? Den plötsliga frågan gjorde att läkaren inte visste vad hon skulle säga utan blev stående stum. Att vara beredd på svåra frågor och kunna ha ett svar på dem togs upp i som en viktig del av vården (Marjorie et al., 2001). Att säga hur länge man kunde sitta inne hos en patient och sätta upp gränser upplevdes som positivt (Wihlborg, 1996). När man inte berättar sanningen för patienten om dess diagnos trots att man vet de känner på sig det, fråntar man dem rätten till att avsluta sitt liv och förbereda sig inför döden (Wihlborg, 1996). Trots att ärlighet och information är viktiga etiska principer inom sjukvården så är sunt sjukvårdsarbete när man ser patienten som en individ och respekterar där hon är just nu. Klarar patienten av att ta in informationen om döden eller inte? Det är ett övervägande som måste göras inför varje samtal (McGrath et al., 1999)

*”In some cases, to the last moment the patient wants to believe he is going to get better
(De Araujo et al., 2004).*

Sjuksköterskan kunde uppleva sin egen rädsla, rädsla för patienten eller de närståendes reaktion som ett hinder i arbetet (Schulman- Green et al., 2005). Genom att läsa av patienten och de anhöriga kunde hon få hjälp i styrningen av samtalet (McGrath et al., 1999). En sjuksköterska visste inte hur hon skulle tala med närstående när deras anhörig låg inför döden. Skulle hon vara ärlig, ge dem all fakta och berätta vad hon visste eller skulle hon hålla inne informationen (McGrath et al., 1999).

Hoppet

Kategorin baserades på fyra artiklar, där antalet deltagare var 343 stycken. Ordspråket ”Hoppet är det sista som lämnar människan” är välkänt. Vilket sätt beskedet ges på och om vårdpersonalen visar hopp reflekterar mycket på hur patienten kommer att uppleva sin framtidstro. Ärligheten vid samtalet utan att för den delen förlora hoppet helt var viktigt. Många berättade om läkare som pratade om sjukdomens statistik istället för att se patienten som en individ och utgå därifrån (Marjorie et al., 2001). Målet många avdelningar hade var att föra ett realistiskt samtal om den diagnosen som patienten fick samtidigt som man behöll hoppet hur svårt samtalet än var (McGrath et al., 1999). Ett exempel var en kvinna med svår sjukdom som skulle gifta sig. Hela avdelningen engagerade sig i bröllopet och gjorde henne fin. De höll hoppet uppe och hon fick åka hem för att gifta sig innan hon gick bort senare

under natten (Wallerstedt & Andershed, 2007). En sjuksköterska berättade hur hon hade svårt att handkas med sina egna känslor när hon vårdade en svårt sjuk patient. Detta för att hon ville vara ärlig mot patienten, men inte heller förstöra det hopp som fanns kvar genom att berätta prognosen (Kennedy Sheldon, Barret & Ellington, 2006). Det är patientens val om han eller hon ska kämpa eller ge upp och det måste sjuksköterskan acceptera. (Schuster, 2006).

Sjuksköterskans känslor

Kategorin baserades på åtta stycken artiklar, där antalet deltagare var 637 stycken.

Sjuksköterskans känslor togs upp i nästan alla studier och är en viktig del att ta med i resultatet då det kan påverka sjuksköterskan mycket att samtala med döende patienter. De känslor som kan uppkomma är otillräcklighet, frustration, sorg och förlust (Wallerstedt & Andershed, 2007). Hade sjuksköterskan en nära relation till patienten var det ofta svårt att släppa taget och vissa sjuksköterskor sade att de tog med sig tankar hem (Wallerstedt & Andershed, 2007). I en studie frågades det om till vem sjuksköterskan vänder sig för att få stöd efter en jobbig dag på jobbet. Svaret blev att de försökte själva ”stänga av” när de gick ifrån jobbet och inte samtala med anhöriga då de skulle vara tvungna att ta upp det igen. En annan orsak som kom fram var för att de anhöriga ändå aldrig skulle förstå helheten. Genom att förneka och försöka glömma bort händelsen handskades en del sjuksköterskor med sina känslor (Kennedy Sheldon et al., 2006).

Om patienten uttryckte ångest, oro och rädsla kände sjuksköterskan att det var ett tungt och mödosamt jobb och fick en känsla av otillräcklighet (Marjorie et al., 2001). Att bara kunna ha ytliga samtal med patienten där man inte talade om situationen som man borde gjorde att skuld-känslor uppkom (Wihlborg, 1996). Svårigheten att handskas med sina egna känslor och reaktioner såsom hopplöshet, hjälplöshet, sorg och otillräcklighet gjorde att samtalen kunde kännas svårare för sjuksköterskan att påbörja och uppehålla (Kennedy Sheldon et al., 2006). Man behöver vara medveten om sin emotionella balans och försöka hålla sina egna personliga känslor utanför omvårdnaden av patienten (De Araujo et al., 2004). I en studie svarade 46 % att hindret för att tala om döden låg i att vara klar över sina egna känslor (Sasahara et al., 2003). Osäkerhet och obehagskänsla uppkom då sjuksköterskan var tvungen att tala om döden med patient och anhöriga. Dessa känslor uppkom på grund av hennes osäkerhet om på vilket sätt man ska kommunicera när det är ett så känsligt ämne (McGrath et al., 1999).

Sjuksköterskor som inte kände sig förberedda för att ge dåliga besked blev obekväma när de skulle delge familjen och patienten dessa (Schmidt Rio-Ralle et al., 2009).

Sjuksköterskestudenter kände sig osäkra när de inte fått tillräcklig information om patienten och upplevde sig som sårbara när de fick frågor från patienten eller någon anhörig som de inte visste om de borde svara på (Hjörleifsdóttir & Carter, 2000).

Sjuksköterskor kände sig ibland som ”piggy in the middle”. Patienten säger sitt, anhöriga sitt, och läkaren sitt och sedan är det sjuksköterskan som får alla frågor och ska få allting att fungera på avdelningen. Vissa situationer där anhörig och läkare bestämt att man ska undvika att tala om sanningen för patienten påverkade sjuksköterskan mycket och det kändes som att de levde i en lögn (Davis et al., 2003). Sjuksköterskor kunde känna sorg för en avliden patient. Under en studies gruppintervju uppkom en situation där personerna i studien började samtala med varandra om händelser som varit svåra och jobbiga. Många kände att de kunde lätta sitt hjärta bland likasinnade (Kennedy Sheldon et al., 2006). Att berätta om patientens diagnos för en av familjemedlemmarna som kanske är på plats, och sedan inte hinna ringa runt till de andra innan patienten avlider ledde till skuld känslor hos sjuksköterskan. Samtidigt uttryckte sjuksköterskan att det inte kan vara deras ansvar att informera precis alla, det funkar inte (Davis et al., 2003)

”Jag tänkte just på det nu när jag var på förlossningen också att det är en väldigt viktig bit. Dom hjälper människor till världen, jag tycker faktiskt det är lika fint som vi som hjälper dom ifrån världen. Det ska bli så bra som möjligt”
(Wihlborg, 1996).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturöversikt som metod har vissa svagheter enligt Forsberg och Wengström (2008). Bland annat risken att medföra allt för begränsad mängd forskning på grund av författarnas egna förförståelse. För att kompensera för svagheten hade författarna hela tiden ett kritiskt förhållningsätt mot funna artiklar, sammanställningar och slutligen arbetet (Forsberg & Wengström, 2008).

De databaser som användes ansåg vi vara tillräckliga för att svara på vårt syfte genom deras innehåll om omvårdnad, psykologi och vårdvetenskap. De har också artiklar från hela världen vilket inte till exempel SweMed + har. Detta hade i sin tur begränsat vår sökning.

Sökningar genomfördes enbart på databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO vilket kan ha lett till omedveten exkludering av artiklar som skulle passat vårt syfte.

Genom sökorden communication, terminally ill, nurse, patient och relatives kunde vi få ut många bra artiklar som svarade på syftet. Andra sökord hade eventuellt kunnat ge ytterligare information, men övrig sökning med andra ord gav inte fler artiklar som svarade på vårt syfte.

Då vi enbart behärskar artiklar skrivna på svenska och engelska kan vi ha missat viktiga artiklar på språk vi inte förstår. Genom översättning av de engelska artiklar kan viss innebörd av meningar gått förlorad då vissa ordspråk och meningsinnebörd får annan mening om man översätter dem. Citaten som finns med i resultaten översätts inte för att behålla meningens betydelse. För att undvika missförstånd vid översättningen av artiklar har författarna översatt vissa stycken som ansågs svåra tillsammans och sedan diskuterat innebörden.

Om all fakta inom området skulle finnas tillgängligt för oss skulle vi säkert få ett mycket bredare arbete då saknar artiklar från andra religioner än kristendom, till exempel islam. Lidandet kan ses som en prövning och döden är början på en ny fas för vissa troende inom islam. Detta kan visas genom att patienten har ett annat synsätt på en eventuell död i en sjukdomssituation (Ouis, 2010). Uppfattningen om samtal om döden är väldigt individuell och många fler artiklar skulle kanske ha gjort att ett bredare resultat kunnat presenteras. Dock fann vi många likheter såsom tiden, sjuksköterskors känslor och ovilja att tala om döden, i artiklarna som användes.

Vi anser att beskrivningen av tillvägagångssättet är tillräckligt för att kunna genomföra studien igen. Genom beskrivningen av inklusions – och exklusionskriterierna samt sökschemat hade upprepning av studien kunnat genomföras av andra forskare. Svagheten ligger i hur andra hade tagit ut de meningsbärande enheterna ur texten och vilka teman de hade valt ut. Trots att vi arbetat för att undvika att vår förförståelse tar del i arbetet blir det

ändå en tolkningsfråga om vilka teman en annan forskare tagit ut jämfört med oss. Andra erfarenheter och värderingar kan spela roll i tolkningen av artiklarna.

Artiklarna som använts baserades till största del på kvinnliga deltagare. Därför har vi inte kunnat se om någon skillnad föreligger mellan man och kvinna i samtal om döden. Är tankarna och problemen samma eller finns det olika åsikter? Trots sökning av artiklar där både män och kvinnor är representerade fann vi att kvinnor var överrepresenterade. Detta kan ha sin orsak av att än idag jobbar fler kvinnor än män som sjuksköterskor. Det hade varit intressant för arbetet om studier baserade på manliga sjuksköterskor hade inkluderats.

Av artiklarna i arbetet är två ifrån Sverige. En av dem, ”to be on the same wavelength”, är publicerad i tidningen *Vård i Norden*. Artiklar från tidningen kan anses vara vinklade då de enbart publicerar artiklar ifrån de nordiska länderna, men då resultaten från just denna artikel stämde överens med de andras resultat valde vi att inkludera den. De andra var från Brasilien, USA, Japan, Spanien, England och Australien. Sjukvårdssystemet skiljer sig mellan länderna men de resultat som kommit fram kan troligen belysa sjuksköterskans kommunikation med patient och anhöriga alla länder. Dock krävs det mer kunskap om de olika ländernas sjukvårdssystem och behandlingsmetoder för att se likheter och skillnader och om resultaten kan användas i Sverige.

Vår förförståelse var att det skulle finnas många hinder och svårigheter för samtal om döden och därför kan vår studies resultat bli negativt. Vi har försökt att ta med både positiva och negativa aspekter, men överlag har många studier ett negativt förhållningsätt.

Vi ville belysa de svårigheter som finns inför att samtala om döden med patienter och som vi själva känner att vi har svårt med. En del artiklar får större plats i resultatdelen än andra, bland annat Marjorie et al. (2001) och Wihlborg (1996). Detta för att de resultaten som framkom stämmer väl överens syftet samt övriga artiklars resultat. Detta anser inte vi påverkar vår studie negativt utan bara positivt då artiklar berör just de ämnen vi tar upp.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans kommunikation med patient och anhöriga i livets slutskede. De resultaten vi kom fram till visade sig vara inom två skilda områden, känslor och resurser, men ändå vara beroende av varandra. Sjuksköterskans känslor och ovilja att tala om döden kan kopplas till att tiden (resursen) är en bristvara inom sjukvården idag. De stora fynden i studien var ärlighet, sjuksköterskans känslor och tiden.

Tiden som ett hinder och den påverkan det hade på samtalet med patienter om döden togs upp i många artiklar i studien. Det var både förvånande och väntat att tiden som hinder togs upp i samtliga artiklar vi fann. Det var väntat för att det är en resursfråga, sjukvården försöker alltid bli mer effektiv och det är förvånande för att problemet är så omtalat i alla artiklar vi fann. Artiklar mellan 1996-2009 visar att tiden är ett problem för kommunikationen, men trots att det är ett så känt problem, minst 13 år, har det inte hanterats genom att lägga mer resurser på det. Att ta sig tid att sätta sig ner med en patient och samtala ansågs positivt i många studier, men det sågs inte alltid som en arbetsuppgift. Rutinerna på avdelningen gjorde att sjuksköterskan i många fall inte vågade sätta sig ner för att samtala då de inte visste hur lång tid ett samtal kunde ta. Strang (2007) beskriver tidsbristen inom vården som en attitydfråga. Det tar inte längre tid att vara empatiskt och vänlig än att vara stressad och frånvarande, men det är en stor skillnad på hur patienten upplever samtalet. Genom att vara ärlig från början och tala om för patienten hur länge man kan stanna och samtala skapar förtroende och gör att patienten lättare öppnar sig för sjuksköterskan. Patienter som ser att sjuksköterskan är stressad kan avhålla ifrån att börja prata för att de inte vill vara till besvär. Det blir som en ond cirkel där sjuksköterskan inte säger något på grund av tidsbrist, resurser och arbetsmiljö. Patienten i sin tur säger inte något på grund av att hon inte vill vara till besvär. Detta blir ohållbart i längden och omvårdnaden blir lidande. När en patient ligger för döden vet vi att tiden är begränsad. Det är då särskilt viktigt att våga ställa frågor till patienten som kanske aldrig blivit ställda innan såsom: är du rädd för att dö? (Carlander & Carlander, 2009).

Ärlighet gentemot patienten och dess anhöriga är en viktig del av en bra vård och relation (ICN, 2006). Att undanhålla sanningen för patienten medför bara ovisshet, oro och lidande speciellt om patienten själv känner att han snart ska dö. Att vara ärlig mot patienten och dess anhöriga kunde hänga samman med att sjuksköterskan ville att patienten skulle behålla

förtroendet för vårdpersonalen (Birkler, 2007). Även Travelbee (1971) tar upp vikten av att vara ärlig för att skapa förtroende mellan vårdpersonal, patient och anhöriga. Konflikter kan uppstå och är oftast smärtsamma för alla inblandade parter. Patienten kan fortfarande känna hopp om livet, men vårdpersonalen och anhöriga har slutat att inge det. Eller tvärtom då patienten är redo för att dö, men anhöriga förtvivlat hänger kvar vid hoppet om att deras anhörig ska överleva (Kübler – Ross, 1978). De dåliga beskeden ska ges till de inblandade på ett ärligt och rakt sätt, där alternativen om behandlingar ges så att alla inblandade förstår situationen. Det är ett etiskt problem när de anhöriga säger till vårdpersonalen att de inte vill att deras anhörig ska få veta att de ska dö. Vad gör man då som sjuksköterska om patienten ställer frågan kommer jag att dö? Detta problem är ovanligt men förekommer i världen. Sjuksköterskans egna känslor och rädsla inför patientens och de anhörigas känslor upplevdes som ett hinder i både kommunikation och omvårdnad. Samtidigt kan ingen människa undvika att förändras när man möter sjukdom, lidande och död. Sjuksköterskan förändras också, genom att möta andras sårbarhet blir hon tvungen att konfrontera sin egen. Hur väl sjuksköterskan hanterar den känsla och sårbarhet som uppkommer bestämmer hur väl hon uppfattar, reagerar på och vårdar den sjuka och lidande patienten (Travelbee, 1971). Vi tycker att det är en del av jobbet som sjuksköterska att man ska klara av att hantera känslomässiga reaktioner utan att ta det personligt. Om vi inte vågar beröra ämnet hur ska då patienten och de anhöriga våga göra det? Samtidigt är det mänskligt att bli berörd av en annan människas sista stund i livet, det kallas empati. Empati behövs för att kunna förstå, möta och hjälpa en annan människa som behöver omvårdnad (Stryhn, 2009). Den svåra delen av att vara sjuksköterska är att veta var gränsen går genom att vara professionell och samtidigt visa empati för patient och anhöriga. Genom att veta var gränsen går kan en sjuksköterska, utan risk för att bränna ut sig, vara patienten nära och uttrycka sina känslor (Schuster, 2006). För att kunna ge en god omvårdnad till patienter som är döende bör sjuksköterskan vara klar med sina egna känslor och tankar kring döden.

Det finns inget rätt sätt att möta en döende, det skiljer sig från individ till individ. Det gäller att möta den döende patienten på ett respektfullt, empatiskt och öppet sätt såsom vi möter övriga patienter (Carlander & Carlander, 2009). Genom att ha detta med sig i mötet skaffar man sig information och erfarenhet om hur den enskilda patienten vill bli bemött.

Dagens sjukvård blir mer och mer tidsberoende, det läser vi om i tidningar och ser med våra egna ögon när vi är ute i verkligheten. Författarna upplever dagens sjukvård mer som en fabrik, där söndriga produkter skall lagas och sedan ut i världen igen. Inom palliativ vård behövs inga reservdelar utan patienterna behöver empati, medmänsklighet och att vårdpersonalen ser dem som de individer de är. Som blivande sjuksköterskor är det vår uppgift att bli klara med våra känslor kring döden. Att se döden som en del av livet och vårda patienterna på ett bra och omsorgsfullt sätt där deras tankar och funderingar blir uppmärksammade och besvarade. Ingen människa ska behöva dö osäker, nervös och rädd för att vi inte pratat med dem om döden och livet efter. Att vara ärlig när patienten frågar en om sin sjukdom är viktigt för alla parter. Patienten och de anhörigas osäkerhet kan försvinna och sjuksköterskan behöver inte känna skuld känslor över att inte ha pratat och gjort alla uppgifter som ingår i arbetet med patienten innan hon går bort. Vår studie kan användas av nyutexaminerade sjuksköterskor, sjuksköterskor och annan vårdpersonal som vill ha en ökad kunskap kring människors sista del i livet och vilka problem och hinder det finns. Valet av syfte till vårt arbete är lite på grund av vår egen osäkerhet kring ämnet. Vad ska man tänka på, hur ska man prata med patienten, vad ska man säga? Det finns gott om studier inom ämnet, men det saknas ändå kunskap. Mer kunskap om samtal med patienter och deras anhöriga inför en stundande död behövs såsom lektioner eller teori, men den bästa kunskapskällan är arbetserfarenhet från dessa situationer. Även Elisabeth Kübler-Ross bok ”Samtal inför döden” är värd och att läsa för att få en bättre kunskap inom ämnet.

Slutsats

Även om du har en döende patient framför dig så är det fortfarande en patient. En som du ska hjälpa, visa empati, medmänsklighet och respekt för. Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människan vård ändå in i slutet. Detta kan innebära att behöva ha samtal om döden med patient och anhöriga som uppfattas svåra och känslomässigt påfrestande. Att våga ta sig tiden för att sitta ner hos patienten och bara finnas till för dem och se det som en arbetsuppgift. Att vara ärlig mot dem och inge hopp. Att vara en sjuksköterska.

En döende patient har också behov av att göra sin röst hörd och känna att någon tar sig tid att lyssna på henne. Döden är något skrämmande för de flesta människor, men genom bra samtal kan man beröra ämnet och minska rädslan så att patienten kan uttrycka sina känslor och få inre frid.

Referenser

Albom, M. (2000). *Tisdagarna med Morrie*. Bokförlaget Forum

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad, etik och människosyn*. Slovenien: Liber AB

Björneheim Hynne, A. (2003). Familjen, den döende cancer patienten och vården i livets slutskede. I: Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. (red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (sid. 180-206) Göteborg: Liber AB.

Björnvell, C. & Thorell-Ekstrand, I. (2009). Omvårdnadsåtgärder. I: Ehrenberg, A., Wallin, L. (red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (sid. 121-147) Kristianstad: Studentlitteratur AB

Carlander, J & Carlander, L. (2009). Hur står det till? Konsten att ställa frågor i människovårdade yrken. Stockholm: Gothia förlag.

Copyright© 2006 by ICN – international council of nurses, 3, place Jean – Marteau, CH – 1201 Geneva (Switzerland)

*Davis, S., Kristjanson, L.J & Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer, problems and strategies identified by nurses. *Cancer nursing*, 2003; 26(5), 337-346.

*De Araujo, M. M. T., Da Silva, M. J. P. & Francisco M. C. P. B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International nursing review*, 51, 149 - 158.

Falkmer, U.G., Kaasa, S. (2001). Samtal om döden. I: Kaasa, S. (red.), *Palliativ behandling och vård* (sid. 76 – 86) Lund: Studentlitteratur

*Fallowfield, L.J., Jenkins, VA & Beveridge HA. (2002) Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative medicine* 16:297-303.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Scandbook AB

Fossum, B. (2007) *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB

Friberg, F. (2006). Tankeprocessen under examensarbetet. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (sid. 27 - 37) Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2006). Att utforma ett examensarbete. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (sid. 71 – 85) Lund: Studentlitteratur AB.

*Hjörleifsdóttir, E & Carter E, D. (2000). Communicating with terminally ill cancer patients and their families. *Nurse education today*, 2006;20, 646-653.

*Kennedy Sheldon, L., Barret, R & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 2006; 38:2, 141-147.

Kim, S. (2010). *The nature of theoretical in nursing*. Springer publishing company, LLC

Kristianstad Högskolas Bibliotek (2012). *Databaser* (Elektronisk version). Hämtad 20120921, från <http://www.hkr.se/sv/lrc/biblioteket/databaser/>

Kübler-Ross, E. (1978) *Samtal inför döden*, Stockholm: Bonniers grafiska industrier AB

*Marjorie, D. Wenrich., J, Randall Curtis., Sarah, E. Shannon., Jan, D, Carline., Donna, M, Ambrozy & Paul, G, Ramsey. (2001). Communicating with dying patients within the

spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern med*, 2001;161:868-874.

*McGrath, P., Yates, P., Clinton, M. & Hart, G. (1999). What should i say?: Qualitative findings on dilemmas in palliative care nursing. *The hospice journal*, vol 14(2), 17-33.

Ouis, P. (2010) Att möta olika människor lika. I: Björngren Cuadra, C. (red), *Omvårdnad i mångkulturella rum* (sid. 231-252) Lund: Studentlitteratur AB.

*Sasahara, T., Mitsunori, M., Masako, K., & Keiko, K. (2003) Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative medicin* 17:520-526.

*Schmidt Rio-Ralle, J., Paz Garvica Caro, M., Montoya Juarez, R., Prados Pena, D., Munoz Vinuesa, A., Pappous, A., & Cruz Quintana, F. (2009) Bad news for the patient and the family? The worst part of being a health care professional. *Journal of palliative care*, 25:3, 2009;191-196

*Schulman - Green, D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R & Bradley, H, E. (2005) Nurse´s communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. *American journal of critical care*, 2005; 14: 64-70.

Schuster, M. (2006) *Profession och existens*, Uddevalla: Mediaprint

Socialstyrelsen (2012) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*

Hämtat 20120917, från, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-17>

Strang, P. (2007) *Livsglädjen och det djupa allvaret, om existentiell kris och välbefinnande*, Finland: WS Bookwell

Stryhn, H. (2009) *Etik och omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur AB

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*, Philadelphia: Davis Company

*Wallerstedt, B & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J caring science*; 2007; 21; 32-40.

*Wihlborg F, M. (1996). To be on the same wavelength. *Vård I norden* 4/1996; 17: 4, 30-35.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (sid. 45-70) Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
121204	Psycinfo	Terminally ill, Nurse, Communication	Peer review	Abstract, And	14 st	Fel vårdområde (4), Inte sjuksköterske perspektiv (4), Utbildning (1), Attityder kring vårdplanering (1)	4 st
121204	Psycinfo	Terminally ill*, Nurse and patient*, Relatives*, Communication	Peer review	Abstract, trunkering, And	7 St	Inte sjuksköterske perspektiv (4), Fel vårdområde (2)	1 st
121204	Pubmed	Manuell sökning genom en review artikel	Peer review		2 st		2 st
121204	Cinahl	Terminally ill, Nurse, Patient, Communication	Peer review	Abstract, And	11 st	Fel vårdområde (6), inte sjuksköterske perspektiv (3), fel symptom (1).	1 st

121204	Cinahl	Terminally ill, Nurse, Communication, Relatives	Peer review	Tx All text, And	23 st	Fel vårdområde (11), inte sjuksköterske perspektiv (6), inte livets slut (2), utbildning (1).	3 st
121204	Pubmed	Terminally ill, Nurse, patient, communication (abstract), Relatives (all text)	Peer review	Abstract, all text	7 st	Inte sjuksköterske perspektiv (1), fel miljö (2), fel vårdområde (3).	1 st

Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Davis, S., J. Kristjanson, L & Blight, J. Australien 2003	Communicating With Families of Patients in an Acute Hospital With Advanced Cancer	Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans förutfattning av kommunikationsproblem, barrärer och strategier i sjuksköterska-familje interaktioner i ett akut cancer avdelning.	Deltagarna arbetade på en oncolog eller annan cancer avdelning. Den skedde i focus grupper där intervjuerna spelades in och det skrevs ner.	De tre författarna och en erfaren sjuksköterska granskade datan var för sig. Hur dataanalysen gått till står beskriven, dock är den på ett väldigt invecklat och svår förståligt sätt.	Resultatet visade 4 stycken huvudteman: Faktorer som påverkar sjuksköterska-familj kommunikation, effekten av familj interaktioner på sjuksköterskan, sjuksköterske-familj interaktion och strategier för förbättra sjuksköterska-familj kommunikation.	Artikeln håller hög kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
De Araujo, M. M. T., Da Silva, M. J. P. & Francisco M. C. P. B. 2004 Brasilien	Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients	Att ta reda på hur sjuksköterskor handskas med de dagliga mötena av döende och lidande patienter. Om det är viktigt för sjuksköterskor att vara skickliga i samtal för att ta hand om döende. Att ta reda på sjuksköterskors arbetsglädje. Att utforska mänskliga aspekter av sjuksköterskor vid vård av döende.	Studien genomfördes på en hematolog avdelning där 14 sjuksköterskor valdes till studien. Medelåldern i yrket var 10,1 år och medelåldern för att ha arbetat på avdelningen var 6,2 år. Data samlades in genom intervjuer som bandades och sedan skrevs ner.	Intervjuerna genomfördes med en deltagare i taget. Data analyserades i tre steg, preanalys, utforskning och behandling av data och till sist genom slutledning och tolkning av data placera i teman.	Resultaten som framkom var känslorna som uppkommer vid vård av döende från patienter och anhöriga påverkar sjuksköterskan. Varje patient är en individ och sjuksköterskan lider med varje individ. Stora krav finns på sjuksköterskan när de vårdar döende, att man ska gilla sitt yrke, vara balanserad känslomässigt, vara teknisk - och praktiskt kunnig och se patienten ur ett holistiskt perspektiv. Hur starka sjuksköterskor måste vara för att orka med yrket. Att bra kommunikation med patienter är ett måste för att få en bra vård.	Artikel n håller hög- kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Fallowfield, LJ., Jenkins VA & Beveridge, HA. 2002 England	Truth may hurt but deceit hurts more: communica- tion in palliative care	De vill bevisa att det är bättre att tala om hela sanningen för patienten än att hålla in med fakta och sanning.	Denna studie är en samlingsstudie där ett antal studier slås samman för att hela tiden få in ny fakta. Totalt har 2850 patienter deltagit i studien så här långt och de beskrevs i tabell efter ålder, kön, diagnos, civilstatus.	Sammanställni- ng av studier där intervjuer gjorts med frågor såsom om de vill veta sin diagnos eller inte.	Resultaten visar på att patienten bör få reda på hela sanningen direkt och att merparten av deltagarna ville ha reda på sin diagnos.	Artikel hade låg kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
F, Wihlborg, M. 1996 Sverige	To be on the same wavelength	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors återgivande av sina egna upplevelser i samtal med döende patienter.	Deltagarna var 13 sjuksköterskor som alla jobba inom en geriatrisk rehabiliteringsavdelning. Anledningen till urvalet var att författaren sedan tidigare kände deltagarna i form av att ha varit deras lärare. Den trettonde deltagaren valdes inte av författaren. Gruppen av 12 deltagare hade m=38 år och m=8 år inom yrket. Det fanns inga fakta om den trettonde deltagaren. Pilotstudie genomfördes för att se till att frågorna	Intervjuerna genomfördes enskilt och bandades. Därefter skrevs de ner ordagrant och analyserades. Nyckelbegrepp togs ut och teman bildades. En handledare testade hållbarheten på studien genom att läsa igenom alla intervjuer och själv skapa sig en bild av teman som kunde tas ut.	Vikten av att vara på samma våglängd i fråga om att sitta så att man har ögonkontakt, hålla handen med mera. Samt att bara vara där för patienten, att titta är guld. Det handlade i första hand om att lyssna, visa förståelse och bara finnas till för patienten. Vikten av att vara ärlig till patienten och anhöriga. Att se patienten på ett holistiskt sätt. Svårigheterna när en patient förnekar prognosen. Det var lättare att samtala med en patient om de hade samma livsåskådning som sjuksköterskan. Att anhöriga hindrar patienten från att få reda på sina prognoser eller bli informerade. Sätter sjuksköterskan i en svår situation. Sjuksköterskor som blir "anhörig" när de riktiga	Artikeln håller medelkvalitet.

			var bra. Intervjuer genomfördes för att samla in data.		anhöriga inte vill samtala om döden med sina närstående.	
Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Hjörleifsdóttir, E., E. Carter, D England 2000	Communicating with terminally ill cancer patients and their families	Att undersöka om någon särskild situation eller faktor påverkade hur sjuksköterskestudenter samtalade med dödligt sjuka och döende patienter och deras familj.	33 sjuksköterskestudenter på ett universitet i västra skottland valdes ut för studien. De skulle gå fjärde året i utbildningen, ha personlig erfarenhet av att samtala med döende cancer patienter och deras närstående. En pilotstudie genomfördes först för att se att designen funkade. Intervjuer bestående av sju frågor genomfördes. Alla intervjuer bandades och intervjuerna varade ungefär i en	Intervjuerna skrevs ner ordagrant efter varje session. De uttalande som svarade på syftet togs ur texten. Dessa länkades senare samman med varandra för att bilda en ny uppfattning. Fem stora teman och tretton underteman hittades.	Alla studenter uttryckte att de inte kände sig tillräckligt involverade i vården av patienterna. De första två teman som kom upp var svåra situationer som gjorde att de kände sig illa till mods var när de inte fick tillräckligt med information, blev utfrågade av patienter och anhöriga om deras diagnos, utanförskä med mera. Det tredje temat var när sjuksköterskor hamnade i situationer där patienter precis fått sin diagnos och studenten hamnade kvar. Alla frågor som uppkom och de visste inte vad de skulle svara på dem. Det fjärde temat var hinder vid kommunikation såsom tid, inga privata rum. Det femte temat var hur studenter kunde	Artikel n håller medelkvalite.

			timme.		förbereda sig på dessa samtal och det var genom föreläsningar eller att ha en bra mentor.	
Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Kennedy Sheldon, L., Barett, R & Ellington, L USA 2006	Difficult Communication in Nursing.	Att utforska vad sjuksköterskan definierar som svår kommunikation.	De är beskrivna i ålder, utbildningsgrad, vilken typ av sjukhus de arbetar på, erfarenhet och kön. Data samlades in i fokusgruppssamtal. Datan kodades i två steg.	Efter sex stycken fokusgruppsam tal ansågs resultatet mättat. Fokusgruppsa mtalen spelades in och det fördes antekingar. Som jämfördes med varandra omedelbart efter varje samtal. Datan kodades i två steg där man tog ut olika katgorier.	Fem huvudtemman som försvåra kommunikationen. Specifik och kliniskdiagnos, patient & familjs känslor, sjuksköterskans känslor, sjuksköterskans samarnetsförmåga och svårigheter med sjuksköterske- patient-låkar kommunikation.	Artiklel n håller hög kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Marjorie, D. Wenrich, J, Randall Curtis., Sarah, E. Shannon., Jan, D, Carline., Donna, M, Ambrozy & Paul, G, Ramsey USA 2001</p>	<p>Communic ating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death.</p>	<p>Att utveckla en förståelse för läkares skicklighet inom palliative vård ur döende patienters, närståendes och vårdpersonals perspektiv.</p>	<p>Urvalet är beskrivet genom antal personer som medverkade och genom vilka avdelningar de valdes ifrån. Data samlades in genom fokusgrupper där deltagarna fick frågor om läkares skicklighet inom palliativ vård.</p>	<p>Fokusgrupper intervjuades av en utbildad ledare. Resultaten bandades och skrevs sedan ner ordagrant.</p>	<p>Att tala med patienter på ett ärligt och rakt sätt med ett förstående språk. Vilja från vårdpersonalens sida att samtala om döden, att kunna prata med patienter på ett bra sätt. Att vårdpersonal pratar med anhöriga istället för patienten. Att hur man ger beskedet påverkar hur patienten tar det, att balansera känslighet med ärlighet när man ger beskedet. Att lyssna på patienten, ställa öppna frågor och kunna känna av när patienter är redo för att prata om döden.</p>	<p>Artike l håller medel- kvalite.</p>

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
McGrath, P., Yates, P., Clinton, M., Hart, G. Australien 1999	“What should I say?”.: Qualitative Findings on Dilemmas in Palliative Care Nursing.	Att utforska de situationer som sjuksköterskan tycker är vanligt förekommande i i palliativ vård.	Datan till studien är en tidigare studie. Deltagarna är sjuksköterskor ifrån samma stad. Intervjuerna både bandades och skrevs ner.	Datan delades upp i olika centrala begrepp i tre olika steg. Där man först läste igenom svaren och tog ut olika detaljer därefter tog man ut olika uttalande. Sen samlades de olika detaljerna och uttalanden under passande rubriker.	Resultatet visar de vanligaste situationerna i kommunikation med palliativa patienter.	Artike l n håller medel kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M & Kazuma, K. 2003 Japan	Difficulties encountered by nurses in the care of terminaly ill cancer patients in general hospitals in Japan	Syftet med studien var att identifiera problemen som sjuksköterskor mötte i vården av dödligt sjuka cancer patienter i Japan.	Deltagarna togs ut genom tre stora sjukhus i Tokyo området. Sjuksköterskor som jobbade på allmän avdelning på dessa sjukhus valdes ut till att delta. Sjuksköterskor som inte hade tidigare erfarenhet av att jobba med döende exkluderades. Data samlades in genom enkäter.	En pilotstudie genomfördes med 40 sjuksköterskor för att komma fram till rätt frågor att ställa. 80 stycken frågor valdes ut till den riktiga studien. Ett statistiskt data program, SAS, användes för att analysera enkäterna. Totalt genomförde 375 stycken undersökninge n.	8 problemområden kom fram i undersökningen. Områdena var kommunikation med patient och familj, samarbete inom teamet, patient och familj, kunskap och skicklighet hos sjuksköterskorna, behandling, nära döden upplevelser, miljö och system, samarbete mellan sjuksköterskor och personliga problem.	Artikel n har medel- kvalite.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Schmidt Rio- Ralle, J., Paz Garvica Caro, M., Montoya Juarez, R., Prados Pena, D., Munoz Vinuesa, A., Pappous, A., Cruz Quintana, F. 2009 Spanien	Bad news for the patient and the family? The worst part of being a health care professiona l	Studien har två syften: Att identifiera svårigheterna och hinder som vårdpersonal möter när de ger dåliga nyheter till patienter och anhöriga i livets slutskede. Och att utforska den mångfald av erfarenheter och professionella attityder baserade på vårdpersonals typ, specialisering, arbetsplats och erfarenheter från patienter.	Urvalet till studien baserades på två kriterier; läkare eller sjuksköterska, arbetsområde inom tätort och landsbygd, och kön. Det andra var att deltagarna skulle arbeta på sjukhus, primärvården, privata vårdcentraler eller inom speciallist vård. Data samlades in genom intervjuer, bandades och skrevs ner ordagrant. Intervjuarna skrev också ner observationer under	Intervjuerna varade mellan 40 och 90 minuter. En andra intervju anordnades för att kontrollera att översättningen från banden stämde överens med intervjun. Data programmet Atlas.ti användes för att analysera data. Tematiskt kodning användes för att få fram	Sjuksköterskor sade att de aldrig fått frågan om patientens situation, medan doktorerna fick den mer ofta. Vårdpersonalen var övertygade om att trots att patienten inte frågade om sin prognos så visste de om de skulle överleva eller dö. Svårigheter fanns att öppet diskutera med patienten på grund av anhöriga som inte såg fördelarna med att berätta om prognosen. Att inte känna sig beredd på att samtala om döden gjorde att sjuksköterskor kände sig ovilliga att ta upp ämnet med patienten. Sjuksköterskor ansåg att det inte var deras ansvar att inleda samtal om döden utan att det var läkarnas ansvar.	Artike l håller medel- kvalite.

			tiden. 42 intervjuer genomfördes och deltagarna var mellan 23 och 53 år.	relevant data.		
Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Schulman-Green, D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R & Bradley, H, E. 2005 USA	Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients	Att identifiera vanliga hinder för sjuksköterskors diskussion med patienterna om deras prognos.	Data hämtades ifrån en äldre studie där 174 sjuksköterskor deltog i en undersökning. Detta för att ytterligare utveckla vad vanliga hinder för diskussion är.	Den äldre studien gjordes genom deltagare fick svara på frågor och skicka in en blankett. De som deltog prata också på telefon med författarna för att få en bättre bild av deras svar. Tre personer kodade och analyserade data. Man fick fram 5 teman och 56	En ovilja som finns hos de anhöriga och patienten att acceptera prognosen eller hospice vård. Att patienten plötsligt dör eller att patientens tillstånd förändras så att kommunikationen hindras. Sjuksköterskans ovilja att samtala om döden. Sjuksköterskors vilja att behålla hoppet hos patienter och anhöriga.	Artikel n håller medelkvalite.

				underkategorier. SAS institute Inc, Cary, NC också vid analysprocessen.	
--	--	--	--	---	--

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wallerstedt, B & Andershed, B. Sverige 2007	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective	Att beskriva sjuusköterskans erfarenhet av vård av allvarligt sjuka och döende patienter utanför special palliativa vårdenheter.	Deltagarna är beskrivna i ålder, erfarenhet och inom vilka områden de var verksamma i. Datainsamlingen skede genom intervju som spelades in.	Datan analyserades i 4 steg. Läs igenom datan, delar upp texten, sätter samman de olika intervjuerna och delar upp till olika teman.	Resultatet visade 3 huvudteman <i>ambition and dedication, everyday encounters</i> och <i>satisfaction/dissatisfaction</i> .	Artikeln håller en hög kvalite.

--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 3 Fribergs granskningsmall

Kvalitativa frågor

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är den i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Hur hänger metoden och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiernas resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden tex vårdvetenskapliga antaganden?

Kvantitativa frågor

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts? Text antal personer, ålder, inklusions – respektive exklusions kriterier?
- Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall, hur hänger de ihop?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall text vad gäller generaliserbarhet