



Bemötande av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom

Sanna Björklund & Ida Backberg

Sjukskötare
2016

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	7101, 7102
Författare:	Sanna Björklund, Ida Backberg
Arbetets namn:	Bemötande av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	Vi bryr oss om
<p>Sammanfattning:</p> <p>Studien är gjord i samband med etikprojektet "Vi bryr oss om" initierat av HUS, Helsingfors universitetssjukhus. En stor del av människorna kommer någon gång i sitt liv att insjukna i en sjukdom och kommer därmed att möta sjukvårdspersonal. Det är läkarens uppgift att ge besked om svåra sjukdomstillstånd, men det är sjukskötaren som har ansvaret att ta hand om patienten efter beskedet. Det förekommer brister i kunskapen gällande detta område och därför är det viktigt att fördjupa kunskapen om hur sjukskötaren bör bemöta patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. Studiens resultat kan bidra till ökad kunskap om vilka aspekter sjukskötare skall ta i beaktande vid bemötande av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. Studiens avsikt är att utreda vad som anses vara ett bra patientbemötande i beskedet om en allvarlig sjukdom ur sjukskötarens perspektiv. Syftet är att öka sjukskötarens kunskap om centrala aspekter vid bemötandet av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. Studiens frågeställning är: Vad skall sjukskötaren ta i beaktande vid bemötande av patienter i beskedet om en allvarlig sjukdom? Den teoretiska referensramen för studien är Kirkevolds tolkning av Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Den här studien är en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Tio vetenskapliga artiklar har analyserats med hjälp av innehållsanalys enligt Kyngäs & Vanhanen. Studiens resultat baseras på innehållsanalysen av artiklarna. Sex underkategorier stiger fram i analysen. Underkategorierna är följande: förberedelse, kommunikation, information, känslorna, stöd och sjukskötarens självkännet och kompetens. Underkategorierna förenas med liknande innehåll och som följd av detta stiger det ytterligare fram två kategorier som är stödjande faktorer och utmanande faktorer. Slutligen bildas överkategorin faktorer som är väsentliga för ett gott bemötande vid besked om en allvarlig sjukdom. I resultatet kommer det fram vilka aspekter sjukskötaren skall ta i beaktande för ett gott bemötande vid beskedet om en allvarlig sjukdom. Bemötandet av allvarligt sjuka patienter består av flera olika delområden och det är viktigt att ta alla delområden i beaktande för att man skall kunna erbjuda en så god vård som möjligt.</p>	
Nyckelord:	Bemötande, besked om en allvarlig sjukdom, sjukskötare, patient
Sidantal:	53
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	10.12.2019

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nurse
Identification number:	7101, 7102
Author:	Sanna Björklund, Ida Backberg
Title:	Encounter of a seriously ill patient
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	We care
<p>Abstract:</p> <p>This study is done in connection with the ethics project “We care” which is a collaboration with HUS, Helsinki university hospital. Many people will get ill at some point in their lives and will therefore meet health care providers. Doctors are responsible for delivering bad news to patients regarding their illness, but nurses are responsible for taking care of the patients after receiving the bad news. There appears to be deficits in the knowledge regarding this area and therefore it is important to increase the knowledge of how nurses should encounter patients following the delivery of bad news. The results of this study can contribute to increased knowledge about which aspects nurses need to take into consideration when encountering patients who have received bad news regarding a serious illness. The aim of this study is to investigate what is considered to be a good way to encounter a patient who has received bad news regarding a serious illness. The purpose of this study is to increase nurse’s knowledge of key factors that need to be considered when encountering patients following the delivery of bad news regarding a serious illness. This study will aim to answer the following question: what do the nurses need to pay attention to when encountering patients who have received bad news regarding a serious illness? The theoretical framework used in this study is Kirkevolds reading of Joyce Travelbees theory about interpersonal aspects. This study is a qualitative literature study in which ten scientific articles have been analysed. The analytical method used in this study is the content analysis model of Kyngäs & Vanhanen. The study’s result is based on the content analysis of the articles. The result is divided into six subcategories which are: preparation, communication, support, emotions and nurse’s self-knowledge and competency. The subcategories are further separated into two categories that are supporting factors and challenging factors. Finally, the following main category is formed: factors that are significant when encountering a patient who has received bad news about a serious illness. The result reveals the aspects that nurses need to pay attention to when encountering seriously ill patients who have received bad news. There are many aspects that needs to be considered when encountering a seriously ill patient and all the aspects need to be considered in order to be able to provide as good care as possible.</p>	
Keywords:	Encounter, delivering bad news, nurse, patient
Number of pages:	53
Language:	Swedish
Date of acceptance:	10.12.2019

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	7101, 7102
Tekijä:	Sanna Björklund, Ida Backberg
Työn nimi:	Vakavasti sairastuneen potilaan kohtaaminen
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	Me välitämme
<p>Tiivistelmä: Tämä tutkimustyö on tehty “Me välitämme” etiikkaprojektin yhteydessä, yhteistyössä Helsingin Yliopistollisen Sairaalan kanssa. Moni ihminen saattaa jossain elämänvaiheessa sairastua vakavasti, ja tulee näin ollen kohtaamaan hoitohenkilökuntaa. Lääkäriin tehtävä on ilmoittaa potilaalle vakavasta sairaudesta, mutta potilaasta huolehtiminen on sairaanhoitajan vastuulla tämän jälkeen. Sairaanhoitajien osaamisessa on puutteita tällä osa alueella ja sen takia olisi tärkeää syventää sairaanhoitajien osaamista ja tietoa siitä, miten tulisi kohdata vakavasti sairastunut potilas. Tutkimustyön tulos voi lisätä tietoa siitä, mitkä tekijät sairaanhoitajan tulisi ottaa huomioon vakavasti sairastuneen potilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää mistä hyvä kohtaaminen vakavasti sairastuneen potilaan kanssa koostuu sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajan osaamista keskeisistä näkökulmista vakavasti sairastuneen potilaan kohtaamisessa. Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: mitä sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon vakavasti sairastuneen potilaan kohtaamisessa? Teoreettisena viitekehäksenä tässä työssä on käytetty Kirkevoldin tulkitsema Joyce Travelbeen teoriaa hoitotyön ihmissuhteiden näkökulmista. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jossa on käytetty kymmentä tieteellistä tutkimusartikkelia. Analyysimenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä sisällön analyysiiä, ja analyysi on tehty Kyngäs & Vanhanen mallin mukaan. Tutkimustyön tuloksessa nousee esiin kuusi alakategoriaa, jotka ovat seuraavat: valmistautuminen, kommunikaatio, tieto, tunteet, tuki sekä sairaanhoitajan itsetuntemus ja osaaminen. Alakategoriat yhdistyvät samankaltaiseen sisältöön ja tämän seurauksena nousee esiin kaksi uutta kategoriaa: tukevat tekijät sekä haastavat tekijät. Lopuksi muodostuu yhdistävä kategoria, joka on hyvän kohtaamisen olennaiset tekijät vakavasti sairastuneen potilaan kanssa. Tutkimuksen tuloksessa ilmenee mitkä tekijät sairaanhoitajan täytyy ottaa huomioon vakavasti sairastuneen potilaan kohtaamisessa. Vakavasti sairastuneen potilaan kohtaaminen käsittää monta osa-aluetta ja on tärkeää ottaa kaikki osa-alueet huomioon, jotta voidaan tarjota mahdollisimman hyvää hoitoa potilaille.</p>	
Avainsanat:	Kohtaaminen, tieto vakavasta sairaudesta, sairaanhoitaja, potilas
Sivumäärä:	53
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	10.12.2019

INNEHÅLL

1	Inledning	6
2	Bakgrund	7
2.1	Sjukskötarens etiska riktlinjer	7
2.2	Att insjukna i en allvarlig sjukdom	8
2.3	Bemöta och stöda en patient i kris	11
3	Teoretisk referensram	14
3.1	Lidande	14
3.2	Mellanmänsklig relation	15
4	Tidigare forskning	19
5	Studiens syfte och frågeställning	22
6	Metod	22
6.1	Litteraturstudie	22
6.2	Problemavgränsning	23
6.3	Datainsamling	23
6.4	Redovisning av materialet	24
6.5	Innehållsanalys	28
6.6	Etiska överväganden	30
7	Redovisning av resultatet	31
7.1	Faktorer som är väsentliga för ett gott bemötande vid besked om en allvarlig sjukdom	31
7.1.1	<i>Förberedelse</i>	32
7.1.2	<i>Kommunikation</i>	33
7.1.3	<i>Information</i>	38
7.1.4	<i>Stöd</i>	40
7.1.5	<i>Känslorna</i>	41
7.1.6	<i>Sjukskötarens självkännet och kompetens</i>	43
7.2	Koppling till den teoretiska referensramen	44
8	Kritisk granskning och diskussion	46
	Källor	49
	Bilagor	51

1 INLEDNING

”Smärtan och rädslan slog till som ett fysiskt slag. Det är svårt att beskriva hur fysiska dåliga nyheter är. Jag kommer ihåg att jag tittade på rummet och kände mig förvirrad: det såg likadant ut, medan hela mitt liv precis hade blivit uppochnervänt” (Bullington 2018 s. 89)

Den här studien är gjord i samband med etikprojektet ”Vi bryr oss om” initierat av HUS. En stor del av människorna kommer någon gång i sitt liv att insjukna i en sjukdom och kommer därmed att bemötas av sjukvårdspersonal. Ett besked om en allvarlig sjukdom kan orsaka en kris då det kan behövas stöd av andra. I svåra krissituationer räcker inte alltid patientens egna resurser till att behandla svåra situationer och då är det viktigt att vårdpersonalen har kompetens att kunna bemöta patienten på rätt sätt (Cullberg 2011 kap 16 s. 1–2). Det är läkarens uppgift att ge besked om svåra sjukdomstillstånd, men det är sjukskötaren som har ansvaret att ta hand om patienten efter beskedet. Enligt Bullington förekommer det kunskapsbrister vid patientbemötande och vid informationsgivningstillfällena. Det förekommer även bristfälliga eller uteblivna samtal. (2018 s. 21) I många fall känner sig sjukskötare osäkra på att diskutera om svåra och smärtsamma ämnen med patienter (Bullington 2018 s. 24) och därför är det viktigt att fördjupa kunskapen om hur sjukskötare bör bemöta patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. Studiens resultat kan bidra till ökad kunskap om vilka aspekter sjukskötare skall ta i beaktande vid bemötande av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom.

2 BAKGRUND

I detta kapitel presenteras bakgrunden för denna studie. Skribenterna beskriver sjukskötarens etiska riktlinjer, vad det innebär att insjukna i en allvarlig sjukdom samt bemötande och stödjande av patienten.

Sjukskötarens uppgift är inte endast att ta i beaktande patientens fysiska vårdbehov utan också psykologiska, sociala och existentiella dimensioner vid sjukdom och ohälsotillstånd (Bullington 2018 s. 9). Alla som insjuknar i en allvarlig sjukdom upplever inte situationen som en kris. Vårdbehovet är därför mycket individuellt och varierar från person till person. Att insjukna i en allvarlig sjukdom påverkar människans psykiska, fysiska och sociala välmående. Det finns en möjlighet att tillfriskna från en allvarlig sjukdom men det är också möjligt att sjukdomen påverkar och begränsar resten av livet och i värsta fall kan sjukdomen leda till döden. Sjukskötare möter ständigt människor som insjuknar i någon sjukdom och som på grund av det upplever stora livsförändringar. Därför är det viktigt att sjukskötare kan avgöra patientens behov av hjälp och stöd. (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 57–65) Samhällets attityder gentemot sjukdomar påverkar också hur den som insjuknat upplever sin sjukdom. Bland annat cancer och sjukdomar relaterade till den mentala hälsan har varit sjukdomar som i vårt samhälle väckt rädsla och haft ett visst stigma. Man har försökt ändra på attityder gällande detta genom att sprida information om sjukdomar samt om vården och prognoserna. (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 58)

2.1 Sjukskötarens etiska riktlinjer

De etiska riktlinjerna är en viktig del av ett gott patientbemötande och i detta stycke behandlas de viktigaste etiska riktlinjerna gällande ett gott bemötande. Vården i krissituationer kräver etisk känslighet, ett etiskt förhållningssätt och etiskt beslutsfattande. I många kulturer har familjen en central roll och då är det viktigt att inkludera familjen i vården. Olika kulturer skiljer sig från varandra gällande värderingar och vanor vilket kräver etisk känslighet. Sjukskötare måste också kunna vara finkänslig då vårdsituationerna ofta gäller personliga och känsliga svårigheter som patienten går igenom. Att vara

finkänslig får ändå inte innebära att man inte vågar bemöta patienten eller ingripa på rätt sätt. (Kiiltomäki & Muma 2007 s. 47). Sjukskötaren skall bemöta patienten med värdighet och ta i beaktande patientens värderingar, övertygelser och vanor. Patienten skall ha möjlighet att kunna delta i beslut som angår hens vård. Konfidentiella uppgifter som patienten gett skall hemlighållas och det är nödvändigt att överväga noga om man skall behandla informationen med andra eventuella som deltar i vården. Vårdförhållandet mellan sjukskötare och patient skall baseras på öppen interaktion och ett gott förtroende. Alla patienter skall vårdas rättvist oavsett vad de har för hälsoproblem, kultur, religion, modersmål, ålder, kön, ras, hudfärg, politisk åsikt eller ställning i samhället. Sjukskötaren skall i vården sträva efter att kunna öka patienternas egna kraftresurser och förbättra deras livskvalitet. Det är viktigt att sjukskötare får uppehålla en god yrkeskompetens på arbetsplatsen och också ha möjlighet att utveckla sina kunskaper genom fortbildning. Sjukskötare har skyldighet att ständigt utveckla sin yrkeskompetens. På en vårdenhet ansvarar alla sjukskötare tillsammans att kvaliteten av vården är god och att vården utvecklas och förbättras ständigt. (Kiiltomäki & Muma 2007 s. 144–145). Tidsbrist är en orsak till att det inte alltid är möjligt att punktligt följa de etiska principerna (Mönkkönen 2018 s. 39).

2.2 Att insjukna i en allvarlig sjukdom

Att insjukna i en allvarlig sjukdom kan orsaka en sorg som upplevs mycket individuellt och alla har rätt att sörja på sitt eget sätt. Det är viktigt att acceptera att alla sätt att reagera på är lika godtagbara och det finns inte ett rätt eller fel sätt att sörja. Att insjukna i en allvarlig sjukdom innebär förluster av många slag, bland annat en förlust av den egna hälsan och försämrade funktionsförmåga. Hur människan upplever sorgen beror på personligheten, tidigare förluster, mängden stöd som den insjuknade fått samt hur betydelsefull förlusten upplevs. Att insjukna i en sjukdom kan väcka känslor som ångest, skuld-känsla, ilska, osäkerhet eller rädsla över att bli övergiven. Kroppen kan också reagera med huvudvärk eller magont. (Suomen mielenterveysseura)

Att insjukna i en allvarlig sjukdom kan orsaka en kris i livet (Suomen mielenterveysseura). I ett besked om en allvarlig sjukdom måste patienten finna sätt att gå igenom ett stort förändringsförlopp (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 31–32). Det är viktigt att patienten

hittar sätt som hjälper att klara av krisen för att kunna gå vidare i livet (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 31–32). Det finns olika sätt att agera på för att klara av en kris och en svår livssituation. Att agera på ett intellektuellt sätt innebär att man funderar över vad som hänt från olika synvinklar och försöker finna nya synvinklar och ny information. Att emotionellt agera innebär att bearbeta svåra saker via känslor, som till exempel genom att gråta eller skratta. En del behöver stöd av andra vid svåra situationer och stöder motsvarigt också andra då det behövs. Motion och avslappning kan fungera för en del som ett bra bearbetningssätt. Det är möjligt att ha flera olika bearbetningssätt för att behandla krisen. (Suomen mielenterveysseura) Vid besked om en allvarlig sjukdom som hotar både kroppen och hela patientens livsvärld måste patienten skapa en ny mening och normalitet. (Bullington 2018 s. 89) Insjuknande beskrivs av Bullington (2018 s. 89) som en limbo man befinner sig i, där normaliteten inte längre finns och det som förekommer är skrämmande och obekant. Vid insjuknande hjälper det att tro på att man kommer att överleva den jobbiga situationen (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 58).

Inom det medicinska språket innebär begreppet kris en avgörande vändpunkt i allvarliga sjukdomstillstånd (Cullberg 2011 s. 1). En psykisk kris uppstår då individens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte räcker till att hantera situationen man hamnat i. Det finns flera utlösande faktorer för en psykologisk kris och en plötslig och oförväntad sjukdom eller ett akut sjukdomstillstånd kan vara en sådan faktor. Det är viktigt att vara medveten om vilken betydelse en händelse har för den drabbade för att kunna förstå varför personen reagerar som den gör. Alla människors personliga erfarenheter ända från livets början har betydelse i hur svårigheterna i vuxenlivet upplevs. Beroende på hur stark krisen är påverkas den personliga funktionsförmågan i olika grader. (Cullberg kap 15 s. 2)

Oväntade händelser kan leda till försämrad livsglädje och handlingsförmåga. Traumatiska kriser utlöses av oväntade händelser och de kan inte förutses. (Cullberg kap 13 s. 1–2) Traumatiska krisens förlopp kan delas in i chock fas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorientering. Faserna fungerar som hjälpmedel för den pågående krisens framskridande. Faserna går ofta in i varandra och kan inte alltid tydligt urskiljas från varandra. (Cullberg kap 15 s. 2)

Chockfasen är kortvarig och varar upp till några dygn. Det råder en oförståelse om det som hänt och det finns en strävan bort från verkligheten. Det är ännu för tidigt för att

kunna bearbeta det som hänt. Situationen kan se bra utåt men på insidan är det ofta kaos. Minnesluckor uppstår ofta under den här tidsperioden. Det är vanligt med avvikande beteende som skrik, tysthet eller orörlighet. Under den akuta chockfasen kan rubbat medvetande uppkomma. (Cullberg kap 15 s. 2–5) Den akuta krisen bildas tillsammans med chockfasen och reaktionsfasen och håller på i 4–6 veckor. Reaktionsfasen inleds då man börjar inse vad som hänt. De mänskliga försvarsmekanismerna aktiveras. Man letar mening i vad som hänt och frågan varför upprepas ofta. Den drabbade är besatt av traumat och det förflutna och känslor av orättvisa är vanliga. Psykosomatiska reaktioner som sömnlöshet, stark ångest och dålig aptit kan uppstå som följd av den akuta krisen. (Cullberg kap 15 s. 10). Vården under chockfasen går ut på omhändertagande, vilket kan innebära trygghetsgivande beröring. Närvaro är viktigt och den drabbade bör inte lämnas ensam. I chocktillståndet är det viktigt att ge utrymme för patientens tankar och känslor (Vainikainen 2010 s. 47). Under reaktionsfasen börjar händelserna bli mera konkreta genom uttryck av känslor. (Cullberg kap 16 s. 8) Ett trauma hämtar ofta med sig flera traumatiska händelser. Då en patient får besked om en cancerdiagnos orsakar själva diagnosen endast ett trauma i den långa sjukdomsprocessen som kommer att orsaka flera traumatiska händelser. Utöver detta kommer alla andra händelser som patienten hamnar utför att förstärka det ursprungliga traumat. (Cullberg kap 15 s. 13)

2.3 Bemöta och stöda en patient i kris

Sjukskötarens specialområde är omvårdnad och sjukskötaren är ansvarig för patientens välbefinnande och fungerar vid behov som samtalspartner (Bullington, 2018 s. 89). Hjälpen i en kris skall alltid vara kundorienterad och motsvara patientens behov så bra som möjligt. Krisvård innebär att man stöder personen att bemöta och genomgå krisen, hitta verktyg att klara av den samt att finna livskontroll. (Kiiltomäki & Muma 2007 s. 7–8) Sjukskötaren kan med hjälp av kristerapi ge patienten hopp och stöd i att uttrycka känslor som uppkommer. Sjukskötaren kan inte ge tillbaka det som förlorats men kan stöda personen att uthärda det som hänt. Med hjälp av kunskap om kristillstånd kan sjukskötare visa att det finns hopp även om personen inte ser det själv. Hoppet är en viktig del inom kristerapin och det hjälper patienten att vara uthållig och därmed klara av att undvika problem som missbruk eller självdestruktiva handlingar som krisen kan orsaka. Familjens medverkan i bearbetning av krisen och vännernas stöd kan ha stor betydelse för patientens vård. I vården av psykiska kriser gäller det att ha kunskap om människan, självkänedom och empati. (Cullberg kap 16 s. 2–5)

Sjukskötare är en del av multiprofessionella team som jobbar med patienter i kris bland annat tillsammans med läkare och socialarbetare. Sjukskötare skall i krissituationer känna till sina egna gränser och kunna avgöra behovet av fortsatt vård och styra patienten till någon mera erfaren om sjukskötarens egna resurser inte räcker till. Största delen av människorna klarar av en livskris på egen hand med hjälp av stöd av deras närstående. Sjukskötare kan stöda personens egna resurser och egenvård och tillsammans med patienten hitta olika sätt att klara av krisen. (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 29–34) Att ge psykisk första hjälp innebär att vara närvarande, erbjuda praktisk hjälp, aktivt lyssna och lugna patienten (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 40). Då patienten är i chocktillstånd skall man inte ännu försöka behandla händelserna så noggrant eftersom patienten inte har resurser att inse vad som hänt på en djupare nivå. Då patienten är i chocktillstånd bör man undvika att börja berätta om egna erfarenheter, ta ställning eller trösta för tidigt eftersom patienten då inte får tillräckligt rum att bearbeta sina egna känslor och tankar som krisen lyfter fram. (Vainikainen 2010 s. 47–49)

I krissituationer ökar behovet av trygghet. Personer i kris söker ofta trygghet och balans och då är det viktigt att kunna erbjuda personen en lugn miljö. En lugn närvaro och bemötande ger en känsla för patienten att man bryr sig. I många krissituationer känns det att tiden går mycket långsamt och ibland måste man vänta på svar av resultat och på att anhöriga skall komma på plats. I sådana situationer är det viktigt att det finns någon där för personen som går igenom krisen och delar känslorna som kan uppkomma som sorg, rädsla och ångest. Patienten behöver någon som kan lyssna. Då personen får bekräfta för någon vad som hänt och börjar gå igenom krisen hjälper det hen att förstå vad som hänt. För en person i kris stannar tiden upp och allt är osäkert, då är det sjukskötarens uppgift att ge hopp om att livet fortsätter och att det går att klara av den svåra livssituationen. (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 45–54) Betydelsefullt är att en sjukskötare är närvarande, kan lyssna samt finns där för patienten. Sjukskötare skall kunna klara av patientens starka känslor och ta emot dem genom att själv kunna hålla sig lugn och skapa en trygg miljö i en ångestfylld situation. Ifall sjukskötaren har bristfälliga kunskaper i att ta emot patientens reaktioner och känslor är det svårt att kunna hjälpa och då kan man istället sårta och orsaka att patienten blir försjunken i sig själv. (Vainikainen 2010 s. 47–49)

Samverkan

Växelverkan med en patient skall alltid vara jämlik och kundorienterad och bemötandet skall vara mänskligt. Alla har sitt eget sätt att vara i växelverkan med andra personer. Största betydelsen för interaktionen är vilken attityd man har då man bemöter en annan person. För ett bra bemötande behövs inte några färdigheter eller undervisning utan det har att göra med på hur vi ser den andra, är närvarande och kan ge rum för den andra. Alla som är delaktiga i samspelet spelar en roll och det gör att varje samverkan är unik. För att ett bra samspel skall lyckas måste alla som är delaktiga vara med i interaktionen och kunna samarbeta. Alla ser på världen från mycket olika synvinklar och alla har ett eget sätt att tänka på. Det är viktigt att under interaktionen ta hänsyn till den andras åsikter och tankar. Sjukskötaren kan själv bli berörd i ett bemötande och det finns inget rätt eller fel sätt på hur man bör reagera i sådana situationer. Det är viktigt att kunna vara sig själv. (Mönkkönen 2018 s. 16–22) Enligt Mönkkönen (2018 s. 99–101) kan mod att våga bemöta den andra i en svår situation ge en bra start till att ett bra klientförhållande utvecklas.

Sociala relationer

Sociala relationer och stöd har många goda effekter på en individs välmående. Socialt stöd påverkar tankarna, känslorna och beteende på ett hälsofrämjande sätt samt hur meningsfullt en individ upplever sitt liv. Sociala relationer och stöd kan påverka indirekt det fysiska hälsotillståndet genom att sinnesstämningen och det psykiska välmåendet blir bättre. Stödet har mest betydelse då individen börjar bearbeta nya sätt att tänka på sin situation och inse möjligheterna man har för livets fortsättning. Socialt stöd hjälper patienten att klara sig i en krissituation. Det sociala stödet hjälper att vänja sig till en livsförändring och minskar stressfaktorernas påverkan och därmed hjälper individen att genomgå svåra situationer. Sociala stödet minskar på psykisk belastning som kan uppkomma då man insjuknat i en sjukdom och därmed främjar möjligheterna att klara sig med sjukdomen. Olika former av stöd som bland annat emotionellt och kunskapsmässigt stöd bidrar till bättre välmående. (Mikkola 2006 s. 36–40) Till emotionellt stöd hör att lyssna, uppmuntra, visa empati och tillåta egna känslor. Emotionellt stöd hjälper att förstå de egna känslorna och öka patientens emotionella resurser och känslomässigt visa acceptans. Stöd i form av tröst kan minska patientens emotionella belastning. Kunskapsmässigt stöd innebär stöd där man ger information som är nyttigt för patienten. Informationen skall stöda patientens problem eller situation för att räknas som kunskapsmässigt stöd, allmän information räknas inte som det. Kunskapsmässigt stöd hjälper också att minska på osäkerheten och ger en klarare bild av problemet. (Mikkola 2006 s. 44–45) Information om sjukdomen hjälper patienten att kunna göra val som hjälper hen att leva med sjukdomen (Mikkola 2006 s. 38). För att en person skall orka gå igenom en kris behövs det hjälp och stöd av anhöriga (Kiiltomäki & Muma, 2007 s. 32–33). Familjen ger trygghet, att bli accepterad i familjen är betydelsefullt för den som insjuknat i en sjukdom. Sjukskötaren skall stöda hela familjens resurser och inte enbart ta i beaktande den som insjuknat. Familjens situation kan ha stor betydelse i hur krisen upplevs. En välfungerande familj kan ge det nödvändiga stödet då någon av medlemmarna hamnat i kris. Då sakerna inom familjen inte är i ordning rubbas balansen ytterligare och det finns inte tillräckligt krafter i familjen för att klara av krisen. (Cullberg s. 4–6)

3 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel presenteras den teoretiska referensramen som valdes för denna studie. Som teoretisk referensram användes Kirkevolds tolkning av Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter (Kirkevold 1994).

Enligt Travelbee är det centralt att förstå vad omvårdnaden innebär för att uppfatta relationens betydelse mellan patient och sjukskötare. Interaktionen har en stor betydelse och kan upplevas på olika sätt, detta kan ha olika konsekvenser för patienten. (Kirkevold 1994 s. 104) Travelbee definierar omvårdnadsbegreppet på följande sätt:

”Omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser.”

(Kirkevold s. 104) Viktiga begrepp som Travelbee betonar: människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Enligt teorin är människan en unik individ. Sjukdom, lidande och förluster är en del av livet och alla människor har unika upplevelser och erfarenheter av dessa. (Kirkevold s. 105)

3.1 Lidande

Travelbee uppger att lidande är en oundviklig del av livet och alla människor kommer att uppleva lidande i något skede av livet. Lidandet är alltid en personlig upplevelse och kan kännas som fysisk, emotionell eller själslig smärta och kan inte jämföras med någon annans erfarenhet. Förluster, minskat egenvärde och separation kan orsaka lidande. Även sjukdom kan framkalla lidande eftersom man kan uppleva en förlust av kroppslig, emotionell och själslig integritet. Det som individen anser vara meningsfullt och viktigt i livet har ett samband med lidande. Det är viktigt att sjukskötaren utgår från att patientens sjukdom och lidande alltid är en subjektiv upplevelse och alla patienter upplever det på ett individuellt sätt. Det är patientens uppgift att begripa sin egen sjukdom och ge den en mening. Sjukskötaren kan inte veta hur patienten upplever sin sjukdom innan man fört en diskussion med patienten. Då sjukdom och lidande inträffar, uppkommer ofta frågor man söker svar till som till exempel: ”varför händer detta till mig?” och ”hur skall jag klara av det här?”. Enligt Travelbee är det viktigt att finna mening i livets

olika erfarenheter och ofta behöver människan hjälp med detta. Omvårdnadens viktigaste syfte är att finna meningen i dessa. (Kirkevold s. 105–107)

Travelbee uppger att det finns två typiska sätt att reagera på. Den vanligaste reaktionen är ”varför just jag?” och det andra typiska sättet är ”varför inte jag?”. Den vanligaste reaktionen ”varför just jag?” har att göra med att personen inte förstår varför just hen drabbats av sjukdomen eller lidandet och har svårigheter att acceptera situationen. Den drabbade känner inte att lidandet har en mening och det finns en känsla av orättvisa. Denna typ av reaktion kan orsaka depression, förvirring, ilska, självanklagelse, anklagelser gentemot andra, självmedlidande, känsla av total uppgivenhet eller apatisk likgiltighet. Den motsatta och ovanliga reaktionen ”varför inte jag” visar enligt Travelbee på att den drabbade personen som utsatts för lidande eller sjukdom accepterar sin situation och upplever inte en känsla av orättvisa. Personer som reagerar på det här sättet har en livsfilosofi enligt vilken lidande och sjukdom är en del av livet. De som reagerar på det här sättet kan ha bättre förutsättningar att uthärda eller klara av sitt lidande. Lidandet i sig är ändå lika stort oberoende hur människan reagerar. (Kirkevold s. 105–107)

Travelbee hävdar att det finns olika grader av lidande allt från tillfälligt fysiskt, själsligt eller emotionellt obehag till ett lidande som kan kännas omöjligt. Den här formen av lidande kan övergå till en uppgivenhetsfas fylld med förtvivlan varefter en slutlig fas av likgiltighet och apati tar över. Enligt Travelbee är de två sista faserna ”mellanmänniska akuthjälpsituationer” och kräver omedelbar hjälp av en sjukskötare. Då patienten har övergått i fasen av likgiltighet och apati kan det vara väldigt svårt eller till och med omöjligt att påverka tillståndet och därför är det otroligt viktigt att patienten får vård. (Kirkevold s. 106)

3.2 Mellanmänsklig relation

Enligt Travelbee bör det grundas en mellanmänsklig relation för att omvårdnaden skall nå sitt syfte. En mellanmänsklig relation bildas genom återkommande kontakt mellan sjukskötaren och en person som är i behov av vård. Relationens viktigaste kännetecken är att personen som behöver vård känner att omvårdnadsbehovet uppfylls. Det är sjukskötarens uppgift att grunda och upprätthålla relationen med patienten, men båda måste

vara delaktiga i relationen för att den skall lyckas. Relationen fungerar som en process och ett sätt att uppfylla patientens omvårdnadsbehov. För att en mellanmänsklig relation kan bildas krävs en konkret mänsklig kontakt där parterna inte gömmer sig bakom abstrakta roller som sjukskötare eller patient. (Kirkevold s. 107)

Det behövs flera interaktionsfaser för att åstadkomma en mellanmänsklig relation. Travelbee delar interaktionen i fem olika faser: Det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och ömsesidig förståelse. Då två personer möts för första gången är de främmande för varandra och bildar därför lätt olika uppfattningar och bygger upp förväntningar om den andra. Genom observation, bedömning och intryck kan man få ett första intryck av en person och man kan bilda sig en föreställning och en viss känsla om den andra partens personlighet. Travelbee uppger att det är viktigt att man som sjukskötare förstår att stereotypa uppfattningar kan påverka på hur man förhåller sig till den sjuka personen. Det är nödvändigt att kunna ”gå utanför sig själv” och ha intresset att se patienten som en enskild unik individ. Interaktionen mellan sjukskötare och patient utvecklas som följd av återkommande möten och det resulterar i att personlighet och identitet blir mera synliga för båda parterna. Då interaktionen utvecklas försvinner ursprungliga stereotypierna och en kontakt mellan parterna skapas. Vid det här skedet börjar sjukskötaren förstå sig på patientens situation och patienten börjar se sjukskötaren som en individ istället för rollen som yrkesperson. Sjukskötaren måste undvika att jämföra patienter med varandra som har liknande hälsoproblem och utgå från att allas upplevelser är individuella. (Kirkevold s. 107–108)

Empati innebär att man har en förmåga att leva sig in i eller förstå sig på en annan människas psykologiska situation vid en viss tidpunkt. Det är en upplevelse mellan två eller flera personer. Empati är deltagande och förståelse av den andra personens känslor och tankar då man samtidigt fungerar som en självständig person. Enligt Travelbee är empati inte en fortgående process utan när det en gång uppstått stannar det kvar och interaktionsmönster och relation kommer att förändras som följd av detta. Det är inte en självklarhet att empati uppstår utan det kräver att två medverkande personer har liknande erfarenheter. Egna erfarenheter har enligt Travelbee påverkan på hur man kan förstå eller förutse den andra personens handlingar. Empatin är neutral, den är inte bra eller dålig. Travelbee menar att empatin är en intellektuell process som kommer att

fungera på samma sätt oberoende hur mycket man tycker om den andra personen. (Kirkevold s. 108–109) Det är inte en självklarhet att empati uppstår. Det krävs att personerna i fråga har liknande erfarenheter i bakgrunden. Egna erfarenheterna kommer på så vis att ha betydelse för hur man förstår den andras handlingar. Sympatifasen är något som följer efter den empatiska processen. Sympati innebär en medkänsla då närhet gentemot patienten har uppstått och sjukskötaren tar del i patientens lidande och har en önskan om att lindra lidandet. Enligt Travelbee är attityd, ett sätt att tänka på och en känsla som kan förmedlas till den andre kännetecknande för sympati. Med hjälp av sympati kan man visa att den andra inte är ensam med sina bekymmer och på så vis kan man medverka i att lindra lidandet. I den sista fasen av den mellanmännsliga relationen bildas en nära kontakt och en gemensam förståelse mellan patient och sjukskötare. Båda parterna har bidragit i att kontakten och interaktionen byggts upp med hjälp av små steg i de tidigare faserna. Tankar, känslor och attityder delas med varandra och denna fas är ett exempel på hur två individer förhåller sig till varandra. Då en gemensam upplevelse delas mellan patient och sjukskötare blir upplevelsen viktigt och betydelsefullt för båda parterna. Sjukskötarens ständiga strävan till att lindra lidandet är också en påverkande faktor. (Kirkevold s. 108–109)

Travelbee uppger att kommunikation är ett av sjukskötarens viktigaste redskap. Kommunikation går ut på att de inblandade delar eller överför tankar och känslor. Det krävs kommunikation för att omvårdnadens mål kan uppnås, vilket enligt Travelbee är att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och hitta mening i sin upplevelse. Interaktion mellan patient och sjukskötare sker huvudsakligen genom kommunikation. Travelbee förklarar att med hjälp av kommunikation kan sjukskötaren bilda en mellanmännslig relation med patienten och på det här sättet åstadkomma omvårdnadens mål. Kommunikation är en pågående process som sker både verbalt och icke-verbalt i mötet mellan två människor. Kommunikationen är ett sätt att lära känna patienten, få ökad förståelse om vilka behoven är och se till att de blir tillfredsställda. Travelbee hävdar att det är lika viktigt att lära känna patienten som vilken som helst värdehandling eller aktivitet som görs. Interaktion i vilken form som helst kommer att påverka processen. Med hjälp av kommunikation kan man bidra till att underlätta ensamhet och isolering hos patienten, men man kan också förvärra och förstärka känslan av den. Kommunikationen borde gå ut på patientens aktuella problem. Kommunikation kräver olika färdigheter och

är i sin helhet en komplicerad process. Kunskap och färdighet att tillämpa kommunikation, sensitivitet, utvecklat sinne för rätt ”timing” och kunskap att använda sig av olika kommunikationstekniker är centrala förutsättningar för kommunikationen. Kommunikationstekniker innebär inte att det finns några speciella fraser eller tekniker med vilka man kan bilda en relation. Olika faktorer kan bidra till att kommunikationen blir misslyckad eller bristfällig. Ifall sjukskötaren inte ser patienten som en enskild individ eller inte lyckas identifiera olika nivåer av mening i kommunikationen kan det orsaka allvarliga störningar i kommunikationen. Sjukskötaren kan i ett terapeutiskt syfte använda sig själv för att utnyttja kommunikationen på ett effektivt sätt. Med att ”terapeutiskt använda sig själv” menar Travelbee att sjukskötaren medvetet använder sin personlighet och kunskap för att bidra till en förändring hos patienten. Förändringen är terapeutisk i sig och lindrar patientens lidande. Detta innebär att sjukskötaren gör ett medvetet val om att skapa ett band med patienten och tillgodoser patientens behov i vård situationerna och hjälper hen att acceptera sjukdomen och lidandet. För att en terapeutisk användning av sig själv skall lyckas behövs självinsikt, en förståelse för människors handlingar, talang att kunna tolka egna och andras sätt att handla och kunskap att ingripa på ett passligt sätt. Framför allt krävs det förståelse för människans villkor och medvetenhet om egna värderingar. (Kirkevold s. 108–110)

4 TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel beskrivs tre studier för att klargöra vad som tidigare har forskats om bemötande av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. Mycket forskning har gjorts kring emotionellt och psykosocialt stöd inom vården (Kiiltomäki & Muma s. 11). I Finland har man forskat mycket kring stödande, bland annat emotionellt och informations stöd (Mikkola 2006 s. 65). Forskning kring sorg har också utförts och det har givit mycket djupgående information om ämnet. Forskningsmaterial om upplevelser att insjukna i en sjukdom samt hurdan vården är för patienten finns också inom vårdvetenskapen (Kiiltomäki & Muma s. 11)

Litteratursökningen gjordes med hjälp av databaserna Academic search elite, CINAHL, PubMed och Google Scholar. Sökord som användes var: Crisis AND nurse AND treatment, Delivering bad news, (Illness AND patient) AND nurse AND communication skills. För att hitta artiklar som behandlade bemötande användes motsvarande engelska sökord som encounter, caring och support. Begränsningar som användes var bland annat ”peer reviewed” och full text. Årtalen begränsades till 2008–2018 så att skribenterna kunde försäkra sig om att innehållet i artiklarna inte var föråldrat.

I studien *Vakavan sairastumisen merkitys elämäntilanteissa* beskrivs hur immunsjukdomen SLE påverkar livet och hur deltagare i studien upplevde att de blev vårdade. (Kantola 2009) Studien lyfter fram att upplevelsen av sjukdomen kan vara mycket individuell även om deltagarna lider av samma sjukdom. Patienternas upplevelser kan ha samma drag även om sjukdomen inte är den samma (Kantola s. 213). I studien kommer det fram att personer som lider av SLE skulle ha behövt mera psykosocialt stöd och kunskap om sjukdomen av vårdpersonalen. Deltagarna i studien önskade att vårdpersonalen skulle ha lyssnat och diskuterat mera med dem samt gett mera stöd. Vårdpersonalen önskade också att det skulle ha funnits en möjlighet att vid behov ordna hjälp av en psykolog (Kantola s. 193). I studien framgår det att vårdpersonalen borde ha en bättre förståelse om vilken betydelse en omfattande vård har för personer med en allvarlig sjukdom och att vårdpersonalen borde aktivt kunna erbjuda dem hjälp. Kroniska sjukdomar har en stor påverkan på en individ och närstående och därför är det viktigt att det forskas om sjukdomar som är en del av livet för att få ökad kunskap om ämnet. (Kantola 2009 s. 4). I studiens resultat

kommer det också fram att följder orsakade av sjukdomen som förändringar i utseendet eller att gå i pension kan upplevas som en större sak än själva insjuknandet. Dessa följder tas ändå oftast inte i beaktande under vården. Vid insjuknande av SLE upplevde deltagarna att de inte heller fick tillräckligt med information. Brist på information ökade rädslan och känslan av ångest hos deltagarna. Brist på stöd och information orsakade enligt undersökningen ångest för patienten och anhöriga också gällande andra sjukdomar. (Kantola s. 203–204)

Artikeln *Crisis intervention for Nurses* (Chase 2013) diskuterar ett sätt att tänka på patient- och familjekriser och hur sjukskötaren skall på ett lämpligt sätt ta i beaktande kulturella skiljaktigheter och respektera patientens individuella utrymme. Sjukskötaren observerar och deltar i vården i sin helhet och är därmed ofta den första som kommer i kontakt med patienter i kris. Det är sjukskötarens ansvar att känna igen patientens behov av hjälp, reagera effektivt och stöda patienten att slutligen se krisen som en meningsfull inlärningsprocess. Det är viktigt att patienten blir respekterad och det individuella utrymmet tas i beaktande. Stressfaktorer som patienten kan uppleva under en kris är själva diagnosen, försenad diagnos, rädsla för att sjukdomen skall upprepa sig, fysiska förändringar på grund av sjukdomen, medvetenhet om en möjlig död, förändringar i livets prioriteringar och cellgiftsbehandling. Sjukskötare måste vara känsliga när det gäller kulturella och individuella skillnader och kunna respektera att det finns många sätt för patienten att närma sig en svår kris, och alla sätt är lika godtagbara. I artikeln behandlas tre olika coping strategier som är vanliga bland cancerpatienter. Det är möjligt att ändra uppfattningen om sjukdomen genom aktiva medel som motion och meditation. Man kan hitta en positiv aspekt till att ha insjuknat eller undvika situationen genom att tränga bort känslorna och vägra att tänka på sjukdomen eller tillståndet. Studien framhäver att sjukskötare skall vara uppmärksamma för patientens uppfattningar, resurser och coping strategier vid kris. (Chase s. 337–339)

I Studien *Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study* (Kendall et al. 2018) var avsikten att beskriva patienternas och vårdarnas erfarenheter och behov i vården av en allvarlig stroke. Forskningen gick också ut på att undersöka ifall och hur palliativ vård kunde inkluderas i vården av allvarlig stroke. Kvalitativa intervjuer av vårdpersonal, familjemedlemmar och patienter

användes som metod. Intervjuerna gjordes i tre omgångar, efter sex veckor, sex månader och ett år efter stroke. I den longitudinella undersökningen deltog 219 patienter från tre olika strokeavdelningar i Skottland. Alla deltagare i undersökningen hade genomgått en allvarlig stroke. 57 % av patienterna dog inom 6 månader efter insjuknandet. Den plötsliga, oväntade och livsförändrande händelsen orsakade en akut kris hos patienterna. Professionella, patienterna och deras närstående upplevde situationen väldigt utmanande eftersom den var livshotande och oförutsägbar och hämtade med sig stora livsförändringar. Patienterna och deras närstående stod plötsligt inför stora oförväntade beslut, ångest, olika stresssymptom och en möjlig död. Betydelsen av termen ”palliativ vård” förknippades med vård i slutskedet av livet både av patienter, närstående och professionella inom vården. Det var utmanande att göra en vårdplan eftersom man inte kunde förutspå hur situationen skulle framskrida, uppfattningen om situationen var varierande och förväntningarna och coping-strategierna var olika. De professionella koncentrerade sig på att erbjuda patienterna fysisk rehabilitering, återhämtning, motivering, och hopp. Patienternas psykologiska, sociala och existentiella behov fick inte lika mycket uppmärksamhet av vårdarna. Studien bekräftar att patienterna och vårdarna skulle ha önskat bättre förberedelse och mera diskussion om allvarliga funktionsstörningar och om en möjlig död. Dålig livskvalitet, flerdimensionella behov av hjälp, ångest och vårdarnas stress sågs klart i svaren av intervjuerna. Patienterna upplevde lidande eftersom deras palliativa vårdbehov inte blev uppfyllda. Bland patienterna som överlevde och deras närstående upplevdes sorg som följd av förlusten av det tidigare livet, identitet och roller. Detta kunde ses som en process av förlusten då vissa patienter och deras familjer funderade över om döden hade varit ett bättre alternativ istället för ett liv med allvarliga funktionsstörningar. (Kendall et al. 2018)

5 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Avsikten är att utreda vad som anses vara ett bra patientbemötande i beskedet om en allvarlig sjukdom ur sjukskötarens perspektiv. Studiens syfte är att öka sjukskötarens kunskap om centrala aspekter vid bemötandet av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom.

Studiens frågeställning är följande:

Vad skall sjukskötaren ta i beaktande vid bemötande av patienter i beskedet om en allvarlig sjukdom?

6 METOD

Till följande redovisas metoden som valdes för denna studie. Det här arbetet är en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Kvalitativ forskningsmetod innebär att man så noggrant som möjligt försöker förstå eller förklara ett fenomen och dess egenskaper (Forsberg & Wengström 2016 s. 117). I denna studie används vetenskapliga artiklar från olika databaser som material.

6.1 Litteraturstudie

I en litteraturstudie använder man sig av sekundärdata det vill säga data som hittas i böcker, tidskrifter och befintliga databaser. Litteraturstudier baserar sig på artiklar, rapporter och böcker som publicerats av andra. Målet med en litteraturstudie är att ta reda på vad som gjorts inom ett specifikt fält och kombinera teorier med resultat och sedan fastslå det man vet. Kvalitativ data innebär data där resultaten är i form av ord, meningar och uttryck. Kvalitativa data samlas in via olika uttrycksformer där människor uttalar sig skriftligt eller muntligt. Den som undersöker skall försöka så lite som möjligt styra det data som samlas in och på ett så öppet sätt som möjligt samla in data. Studien skall genomföras så att skribenten undviker att ha någon bestämd uppfattning om vad som letas

efter för att undvika att bara får syn på data som bekräftar antagandet. (Jacobsen 2012 s. 59–62)

6.2 Problemavgränsning

Vi har valt att begränsa studien till sjukskötarens bemötande av vuxna patienter efter beskedet om en allvarlig sjukdom. Med vuxna patienter menas personer mellan 18 – 60 år. Fokusen ligger på sjukdomar som påverkar livet drastiskt och kan i värsta fall leda till döden. Att definiera vad som menas med en allvarlig sjukdom är en utmaning. Det är alltid en subjektiv upplevelse hur allvarlig patienten själv upplever sin sjukdom och behovet av stöd är mycket individuellt oberoende av sjukdom. Syftet i den här studien är att det som definieras som allvarlig sjukdom skall påverka patientens framtid och funktionsförmåga mycket drastiskt. Vi fokuserar på sjukdomar som är långvariga eller obotliga och kräver ständigt omfattande behandlingar. Akuta tillstånd som lunginflammation kan vara allvarliga men kan oftast botas med behandling exkluderas från denna studie. Grundsjukdomar som till exempel hypertoni och diabetes exkluderas också även om de kan leda till allvarliga komplikationer som hjärtinfarkt eller kronisk njursvikt. Även om anhörigas stöd är viktigt för den som insjuknat har vi valt att huvudsakligen koncentrera oss på växelverkan mellan sjukskötare och patient för att kunna klargöra betydelsen av ett gott patientbemötande från sjukskötarens synvinkel.

6.3 Datainsamling

Syftet med kvalitativ datainsamling är att få en djupare förståelse för det problem man gör en studie kring (Forsberg & Wengström 2016 s. 119) Till studien valdes relevanta artiklar som svarar på studiens syfte och som har publicerats högst tio år sedan. Äldre artiklar exkluderades för att inte använda föråldrat material i studien. Artiklar som inkluderats har tillgång till avgiftsfri full text och de är ”peer reviewed” vilket betyder att artiklarna är vetenskapligt granskade. Språket i artiklarna har begränsats till svenska, finska och engelska för att så bra som möjligt kunna analysera artiklarna som används och undvika feltolkning i resultatet. Eftersom det skulle bli för svårt att hitta tillräckligt med

material har vi inte valt att begränsa artiklarna geografiskt även om studier inom nordiska länderna skulle vara mera betydelsefulla i vår studie.

Sökningen påbörjades hösten 2018 och fortsatte på våren 2019. Litteratursökningen gjordes med hjälp av databaserna Academic search elite (EBSCO), CINAHL, PubMed och Google Scholar. Sökord som användes med olika kombinationer var: Crisis, nurse, treatment, delivering bad news, illness, patient, nurse, communication skills, encounter, bad news, communication. Eftersom det svenska ordet bemötande inte har en direkt engelsk översättning användes motsvarande engelska ord som encounter, support och caring i sökningen. Se bilaga 1 där tabellen beskriver vilka artiklar som valdes.

6.4 Redovisning av materialet

Breaking bad news: issues relating to nursing practice

Syftet med denna artikel är att öka läsarens kunskap om vad sjukskötarens roll är då patienten får dåliga nyheter och vilka faktorer som påverkar vården. Sjukskötare har en viktig roll i att ge information och att hjälpa patienten att förbereda sig för, ta emot, förstå samt klara av dåliga nyheterna som de fått. Artikelns mål är att hjälpa sjukskötare att förstå hur processen kring besked om dåliga nyheter går till samt vilka svårigheter och utmaningar sjukskötare kan mötas av då de vårdar patienter som fått besked om dåliga nyheter. Denna artikel ger också rådgivning för hur man kan förbereda sig för att diskutera om svåra saker, ge känslig information, reagera på känsloreaktioner samt stöda patienten efter att hen fått besked om dåliga nyheter. (Warnock C 2014 s. 51)

Breaking Bad News An evidence-based review of communication models for oncology nurses

Att få en cancerdiagnos är stressigt, svårt och livsförändrande. Att ge dåliga nyheter orsakar stress både för patienten och familjemedlemmarna. I studien kommer det fram att sjukskötare upplever att det känns obekvämt att ge dåliga nyheter. Evidensbaserade

kommunikationsmodeller har utvecklats för att underlätta det kliniska arbetet för sjukskötare som ger dåliga nyheter. Studiens mening är att ge en översikt om att ge dåliga nyheter och granska användbarheten av kommunikationsmodellerna SPIKES & PEWTER för onkologiska sjukskötare. Aspekter på att ge dåliga nyheter presenteras både från patient- och sjukskötarperspektiv. Hinder och konsekvenser till effektiv kommunikation presenteras. Kliniska exempel på möjliga situationer där dåliga nyheter framförs presenterar hur SPIKES och PEWTER kommunikationsmodellerna kan användas. Med hjälp av evidensbaserade kommunikationsmodellerna kan onkologiska sjukskötare få stöd till att ge dåliga nyheter och upprätthålla en effektiv och produktiv kommunikation med patienter och närstående. (Bumb et al. 2017 s. 573)

Breast Cancer: Unique communication challenges and strategies to address them.

Kvinnor med bröstcancer har blivit mera involverade på nationell och lokal nivå och förespråkar resurser för att kämpa mot cancer. Däremot i förhållandet mellan läkare och sjukskötare återstår det mycket arbete för att patienterna skall få tillräckligt med stöd. I den här artikeln lyfts det fram svårigheter i kommunikationen relaterat till bröstcancer och olika strategier och synsätt beskrivs vilka kan bidra till förbättrad kommunikation. Patienter med bröstcancer har ett större behov av att få information än vad de i verkligheten får. Behovet är ännu större ifall patienten är äldre, i en lägre socioekonomisk ställning eller har en annan kulturell bakgrund. Det kan leda till att de har svårare att delta i beslut eller be om mera information gällande deras vård. (Parker et al. 2008 s. 69)

Communicating bad news to patients: a reflective approach

En del av sjukskötarens utmanande roll inom sjukvården innebär att ha svåra och besvärliga diskussioner med patienter. Effektiv kommunikation är nödvändig för att bilda en lyckad sjukskötare- patientrelation. Ett reflekterande synsätt på vården kan hjälpa sjukskötare att lära sig av sina erfarenheter och använda kunskapen i syfte att diskutera om dåliga nyheter med patienten på ett känsligt sätt. (Mcguian 2009 s. 51)

Communicating skills: Breaking bad news in clinical settings

Att ge ett besked om dåliga nyheter är en konst men också en färdighet. Ifall beskedet är lyckat kommer patienten och anhöriga att minnas det. Men även då beskedet om den dåliga nyheten inte lyckas kommer patienten och anhöriga att minnas det. Att ge besked om dåliga nyheter är en färdighet som går att lära sig. Sjukskötare inom cancervården hamnar ofta i situationer där svår och känslig information måste ges. Många vill gärna undvika sådana situationer ifall de inte har erfarenhet av det från tidigare och istället hittat ett eget sätt att hantera känsloreaktioner som ofta uppkommer då patienten får dåliga nyheter. Det är viktigt att sjukskötare inom cancervården förbereder sig för att ge känslig information genom skolning och yrkesmässig utveckling. Denna studie lyfter fram problem som förekommer då besked om dåliga nyheter ges samt vad sjukskötarens roll är vid diskussionen om dåliga nyheterna. Artikeln behandlar viktiga punkter gällande kommunikationen och vilken modell som kan användas som hjälp för att bilda en lyckad vårdrelation med patienten och anhöriga. Artikeln presenterar också förslag på hur sjukskötare kan besvara vanliga känsloreaktioner som kan uppkomma.

(Radziewicz & Baile 2001 s. 951)

Collaborative Practice Model: Improving the delivery of bad news

Att ge besked om dåliga nyheter kan vara utmanande för sjukvårdspersonalen ifall det finns en känsla av otillräcklighet eller en upplevelse av skuld. För att kunna ge ett lyckat besked om dåliga nyheter krävs det skicklighet i kommunikation och stöd av arbetsgruppen. Denna artikel beskriver hur en tvärvetenskaplig grupp har tillsammans med specialiserade sjukskötare utvecklat och fullgjort en övningsmodell för hur man skall ge besked om dåliga nyheter. Genom att använda sig av evidensbaserad övning, hittade Bowman et al. (2018) nuvarande metoder, rolluppfattningar och förväntningar gällande besked om dåliga nyheter samt insåg vilka barriärer som framkom under utvecklingen av modellen. Denna modell kan användas på olika sjukvårdsenheter då besked om dåliga nyheter skall ges. (Bowman et al. s. 23)

Breaking bad news

Dåliga nyheter innebär all information som potentiellt kan påverka negativt en persons liv. Alla läkare kommer att regelbundet ge besked om dåliga nyheter under sin karriär och hur besked framförs spelar en stor roll och kan påverka hur patienten förstår och reagerar

på beskedet. Denna artikel granskar hur viktig det är att ge beskedet om dåliga nyheter och vilka tekniker det finns för att mera effektivt och empatiskt sätt kunna kommunicera med patienten. (Liddicoat 2018 s. 671)

Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations

Starka kommunikationskunskaper hos onkologiska sjukskötare har en direkt påverkan på patienternas tillfredsställelse, uppföljning av vårdplan och kliniska resultat i allmänhet. Studier tyder på att sjukskötare tenderar att lämna kommunikationen med patienter och familjemedlemmar på en ytlig och icke-terapeutisk nivå. Processer för hur man skall lära ut vårdens målsättningar gällande kommunikationskunskaper och hur man skall anpassa kunskaperna till kliniska arbetet är inte tydligt definierade. Sjukskötare på ett omfattande cancercentrum kände igen behovet av hjälp i kommunikationskunskaperna och sökte stöd av experter inom området för att få den utbildningen som behövdes. Ett utbildande projekt utvecklades för att förbättra terapeutiska kommunikationskunskaperna hos onkologiska sjukskötare i samband med diskussioner gällande vårdens målsättningar och i att ge dåliga nyheter. Ämnen som behandlades i programmet var att utforska patientens värld, utreda förhoppningar och oro och behandling av konflikter gällande målsättningar i vården. (Baer & Weinstein 2013 s. E45)

Breaking bad news

I denna artikel diskuteras vad sjukskötarens ansvar är då patienten får besked om dåliga nyheter. Ämnen som behandlas är bland annat hur sjukvårdspersonalen kan bemästra de emotionella utmaningar som en allvarlig sjukdom kan orsaka. Artikeln diskuterar också ansvaret som sjukvårdspersonalen har och beskriver tekniker som gör det lättare att ge besked om dåliga nyheter. (Warren E 2015)

Breaking bad news – skills and evidence

Att ge dåliga nyheter för patienten är en svår process både för läkaren och patienten. Det viktigaste i processen är att läkaren förstår patientens tankar och förväntningar om sin framtid eftersom patienten kan ha en förväntan som inte kan uppfyllas. Läkaren bör inte förutspå hur en diagnos kommer att påverka patienten utan att först försöka förstå patientens världssyn. Dåliga nyheter kan ges på flera olika sätt, men det finns evidensbaserad information om sätt som är bäst för patienten. Läkare som har fått skolning i

kommunikationstekniker har möjlighet att förbättra patientresultat och senare patienternas sätt att klara av en jobbig situation. Det är viktigt att göra goda förberedelser innan man berättar dåliga nyheter. (Thistlethwaite 2009 s. 606–612)

6.5 Innehållsanalys

Det finns flera olika sätt att göra en innehållsanalys och i denna studie har skribenterna valt att ta modell av analysmetoden av Kyngäs & Vanhanen (1998). Innehållsanalys är en mycket använd analysmetod i studier gällande vårdvetenskap. Den kan användas på flera olika sätt och informationen om den är splittrad. Innehållsanalys är ett sätt att analysera olika dokument på ett systematiskt och objektivt sätt. Det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera ämnet som studeras. Idén med innehållsanalys är att bygga modeller som presenterar fenomenet som studeras i en sammanfattad form. Med hjälp av dessa modeller kan fenomenet förklaras. Analysen kan genomföras induktivt utgående från materialet eller deduktivt, då färdiga ramar för analysen har bildats på förhand av tidigare information. Med hjälp av innehållsanalys försöker man bilda en allmän och sammanfattad beskrivning om fenomenet som studeras. Slutprodukten av analysen består av kategorier, begrepp, ett begreppssystem eller en begreppskarta som beskriver fenomenet som studeras. (Kyngäs & Vanhanen 1998 s. 3–4)

Enligt Kyngäs & Vanhanen (1998) finns det inga detaljerade regler över hur själva analysen skall genomföras, men det finns vissa riktlinjer för hur man skall gå till väga i analysprocessen. Innan analysen kan påbörjas bör man bestämma ifall man analyserar det som klart framgår i texten, det manifesta eller den dolda informationen, det latenta innehållet. Meningen med studien och studiens frågeställning styr valen och besluten som man måste göra gällande metoden. Analysen påbörjas med att bestämma analysenheten. Studien och kvaliteten på materialet som används påverkar valet av analysenheten. Vanligen används ett ord eller en kombination av två ord, men analysenheten kan också vara en mening, ett uttalande eller till exempel en tankehelhet. Efter valet av analysenheten läses materialet igenom flera gånger. Meningen med detta är att grunda ett botten för analysen. Av denna orsak ställer man frågor till materialet då det läses

igenom: vem berättar, var händer detta, när hände det, varför händer detta och vad händer? (Kyngäs & Vanhanen s. 5)

Då analysen görs utgående från materialet beskrivs analysprocessen som förenkling, gruppering och abstraktion av materialet. Med förenkling menas att man kodar uttryck från materialet som har att göra med studiens frågeställning. Materialet grupperas genom att förena de förenklade uttrycken som verkar höra ihop. I abstraktionen av materialet används allmänna uttryck för att bilda en beskrivning av ämnet som studeras. Förenklingen av materialet sker genom att ställa studiens frågeställning till materialet. Svaren som hittas till frågeställningen i materialet antecknas i marginalen. De förenklade uttrycken antecknas så väl det går med samma termer som använts i det ursprungliga materialet. De förenklade uttrycken samlas till listor. (Kyngäs & Vanhanen s. 5) Detta är första steget för att kunna bilda kategorier. Följande steget i analysen är gruppering. Med hjälp av gruppering söker man likheter och olikheter från de förenklade uttrycken. Uttrycken med samma betydelse förenas i samma kategori och namnet för kategorin anges enligt innehållet. Då kategorierna förenas induktivt måste den som utför studien utnyttja sin tolkning om vad som hör ihop till samma kategori och vad som inte hör ihop. Till denna fas hör abstraktion av materialet. Analysprocessen fortsätter med att förena kategorierna med liknande innehåll och till slut bildas det överkategorier. Överkategorierna namnges enligt underkategoriernas innehåll. Namnet skall beskriva innehållet av underkategorierna så väl som möjligt eftersom underkategorierna bildar tillsammans överkategorin. Abstraktionen av materialet genom att förena kategorier fortsätter så långt det är möjligt. Det kan vara utmanande att namnge kategorierna. (Kyngäs & Vanhanen s. 6–7) Studiens resultat presenteras enligt de modeller som bildats genom analysen, till exempel i form av kategorier, begreppssystem eller begreppskarta. I resultatet presenteras även kategoriernas innehåll genom att förklara vad kategorierna betyder. (Kyngäs & Vanhanen s. 10)

I denna studie har analysen gjorts på basen av tio vetenskapliga artiklar som valdes noggrant med tanke på studiens syfte. Hela innehållet i artiklarna har analyserats. Innan analysen påbörjades valde skribenterna att analysera det manifesterade det vill säga materialet som klart framgår i texten. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att forma en helhetsbild över innehållet. Artiklarna översattes från engelska till svenska för att undvika missförstånd. Ofta uppkommande teman antecknades. Studiens frågeställning

ställdes till materialet och innehållet som svarade på frågan antecknades. Uttryck som hade samma betydelse fördes samman i samma kategori. Kategorierna förenades huvudsakligen induktivt och skribenterna använde sin egen tolkning då kategorierna formades på basen av uttryck som ofta upprepades. Underkategorierna förenades med liknande innehåll och av dessa bildades kategorierna stödande och utmanande faktorer. Slutligen bildades överkategorin faktorer som är väsentliga för ett gott bemötande vid besked om en allvarlig sjukdom. I resultatet presenteras kategoriernas innehåll på ett beskrivande sätt.

6.6 Etiska överväganden

Arcada är en del av det finländska vetenskapsförbundet vilket innebär att man skall följa god vetenskaplig praxis genom hela arbetet och etiska riktlinjer som gäller akademiska arbeten och studier skall iakttas (Arcada 2008). God vetenskaplig praxis innebär att skribenten följer ärlighet, noggrannhet och omsorgsfullhet under undersökningen, dokumenteringen och presentationen av arbetet samt under bedömning av andras resultat och undersökningar. Endast vetenskapliga artiklar skall användas och studien skall genomföras öppet och systematiskt. (Arcada 2008) Oredlighet är en avvikelse från god vetenskaplig praxis och innebär fabricering, förfalskning, plagiering eller stöld. (Arcada 2008) Oredlighet förekommer inte i denna studie och studien är gjord så som ett vetenskapligt arbete förväntas genomföras.

God vetenskaplig praxis har följts under hela arbetsprocessen i denna studie. Detta arbete är en litteraturstudie och inga intervjuer eller observationer har gjorts utan resultatet baserar sig på tidigare forskning. Artiklarna som användes i studien valdes noggrant med tanke på studiens syfte och frågeställning. Sökningen gjordes öppet och systematiskt med hjälp av olika databaser. De valda artiklarna var tillgängliga i full text, högst tio år gamla och var ”peer reviewed” vilket betyder att de var vetenskapligt granskade. Skribenterna valde endast material som var vetenskapligt och relevant med tanke på ämnet. Sökorden som användes valdes noggrant så att träffarna skulle vara så relevanta som möjligt. Booleska operatörer användes för att ytterligare precisera sökningarna.

7 REDOVISNING AV RESULTATET

Resultatet av innehållsanalysen kommer att framföras i detta kapitel. Studien baserar sig på bemötandet av allvarligt sjuka patienter och resultatet består av en huvudkategori som sedan delades i två kategorier och ytterligare i sex underkategorier.

7.1 Faktorer som är väsentliga för ett gott bemötande vid besked om en allvarlig sjukdom

Situationer då patienter får besked om en allvarlig sjukdom är oftast fyllda av stress men det finns bevis på att patienter som får dåliga nyheter på ett lämpligt och finkänsligt sätt också deltar i beslutsprocessen gällande sin vård. Besked om dåliga nyheter måste framföras med känslighet och medlidande. Ett bra bemötande består bland annat av följande aspekter: håll dig lugn, lyssna utan att vara fördömande, var öppen för anhörigas och närståendes behov, berätta inte för patienten att allt kommer att bli bra, det är inte bra nu och det går inte att förespå hur framtiden ser ut. Berätta inte heller att du som sjukskötare vet hur det känns, det hjälper inte och det kan bryta av diskussionen, berätta hellre att du är där för att lyssna. Sjukskötare får inte döma patienten för det som har hänt, det är bättre att lyssna på patienten. Då sjukskötaren ger ett tråkigt besked på ett ömtåligt, moraliskt och omtänksamt sätt har patienten möjlighet att behålla hoppet och acceptera sjukdomen och lättare ha realistiska förväntningar. (Radziewicz & Baile 2001 s. 191–193) Att hjälpa någon att förlika sig med en allvarlig sjukdom kräver tid och engagemang (Warren 2015).

Empati och medlidande har allt mera ansetts som viktiga i skolning av sjukvårdsstuderanden och som väsentliga komponenter i läkare - patient relationer samt som grund för etiken inom sjukvården. Ett empatiskt förhållande till patienten bildar förtroende, minskar ångest som kan förekomma och ökar känslan av tillfredställelse mot sjukvårdspersonalen. En empatisk relation med patienten stöder också till ett terapeutisk förhållande mellan sjukskötaren och patienten. (Parker et al. 2008 s. 72–73) Även i artikeln *breaking bad news – skills and evidence* konstateras det att patienter som blivit bemötta med empati av sina läkare har klarat bättre av sin sjukdom och behandling, även livskvaliteten har varit bättre bland dessa patienter (Thistlethwaite 2009 s. 606).

Sjukskötare är i en position att ge besked om dåliga nyheter i situationer där man funderar på passliga behandlingsmöjligheter för patienten, när det behövs bekräftelse för ett förvärrat sjukdomstillstånd eller vid tillfällen då önskemål gällande terminalvård diskuteras. Sjukskötare borde förstå att det är en process att ge dåliga nyheter som ofta sker över en viss period. Sjukskötare måste förstå deras roll i processen för att patienten och närstående har möjlighet att inta de dåliga nyheterna. (Baer & Weinstein 2013 s. E48)

7.1.1 Förberedelse

Stödande faktorer

Besked om dåliga nyheter blir lyckade då alla i arbetsgruppen är väl förberedda (Bowman et al. 2018). Allvarliga nyheter måste framföras och det borde ske utan längre fördröjningar. Förberedelserna bör vara lämpliga. Enligt Bumb et al. (2017 s. 575) är det fysiska utrymmet där dåliga nyheterna berättas den viktigaste aspekten i processen. Då man ger besked om dåliga nyheter måste man ta i beaktande patientens privathet och kunna erbjuda patienten ett ställe där de inte finns andra patienter i närheten (Mcguian 2009). Även Bumb et al. uppger att valet av ett passligt, tyst och privat utrymme utan avbrytanden respekterar och beaktar patientens värdighet i den svåra situationen (2017 s. 575). Man skall försäkra sig om att det finns tillräckligt med tid för förklaring, frågor och känsloreaktioner så att patienten inte upplever att det är skyndsamt (Warnock 2014 s. 57). Sjukskötaren skall ha alla dokument till handa ifall patienten frågar information om sina uppgifter, behandlingsalternativ och vilka olika slags stöd det finns att erbjudas. (Warren 2015) Det är bra att fråga patienten om hen önskar få ta med sig en anhörig eller vän då man skall diskutera om dåliga nyheter. Innan en allvarlig diskussion om dåliga nyheter påbörjas är det viktigt att förbereda patienten för detta. (Mcguian 2009) Det är viktigt att ha en plan för varje patient, veta vilka möjliga vidare undersökningar som behövs och hurdana stödgrupper som finns tillgängliga. (Liddicoat 2018) Sjukskötaren skall känna igen vem alla som skall vara på plats. Ifall tillfället är planerat kan det hända att patienten vill ha med sig en vän eller en anhörig på plats som stöd. Sjukskötaren bör bekanta sig med informationen som är relevant att veta innan man diskuterar med patienten. Fundera på förhand hur man skall framföra de dåliga nyheterna och vilka ord och uttryck man bör använda. Öppna frågor är bra att använda så att det blir klart vad patienten vet och hur

mycket patienten vill veta. (Warnock 2014 s. 57) Patienter som blev förberedda av sina läkare inför dåliga nyheterna upplevde tillfredställelse över sin konsultation och mindre ångest. Öppna frågor av läkaren hjälper patienten att förbereda sig för de kommande nyheterna. (Thistlethwaite 2009 s. 607)

Utmanande faktorer

Att finna en privat plats och tillräckligt med tid för patienten är inte alltid så lätt och det kan hända att sjukskötare måste justera sin egen tidtabell (Warren 2015). En brist på privatrum på en akutavdelning, otillräcklig tid eller en överbokad poliklinik kan hindra kommunikationen och leda till ihållande negativa konsekvenser. (Bumb et al 2017 s. 575) Att tillåta tysta stunder är naturligt under diskussionen. Tystnaden kan kännas obekväm för sjukskötaren men den känns sällan besvärlig för patienten då han/hon är upptagen av den nya informationen som givits. Tystnaden ger också en möjlighet att ställa frågor. Att lära sig att bli bekväm med tystanden och låta bli att försöka fylla tystnaden med ord är en viktig färdighet att lära sig. (Liddicoat 2018 s. 673) Läkaren borde passa i förväg hur resultaten ges efter provtagning om det finns en risk för dåliga nyheter. Telefonsamtal för att ge dåliga nyheter bör undvikas. Ifall patienten blir kallad på plats för att höra resultaten av provtagning kommer ångestkänslor orsakas. (Thistlethwaite 2009 s. 610)

7.1.2 Kommunikation

Stödande faktorer

Att ge besked om dåliga nyheter är en komplicerad uppgift som kräver goda verbala och icke-verbala färdigheter. Verbal kommunikation innebär interaktion genom ord, röst, tonfall och takten i talet. Icke-verbala meddelanden är ögonrörelser, ansiktsuttryck och kroppsspråket. Sjukskötarens förmåga att kunna visa omsorg och aktivt lyssna till patientens känslor är viktigt då man ger dåliga nyheter. (Mcguian, 2009 s. 54) Det är viktigt för sjukskötare att inse att en stor del (70%) av kommunikationen är icke-verbal. Det här betyder att då man diskuterar med patienten och anhöriga skall man tänka på ansiktsuttrycken, tonen på rösten, handrörelser, ögonkontakten och hållningen. Det är också viktigt att ge uppmärksamhet och beröring samt respekt för utrymme. (Radziewicz & Baile, 2001)

s. 951) Mcguian (2009 s. 54) uppger att en vänlig ton och stödande kroppsspråk är något sjukskötaren bör ha då det förs en allvarlig diskussion. Kommunikationens viktighet har betonats speciellt inom cancer- och palliativ vård. Genom erfarenhet och kunskap som man samlat ihop ökar förmågan att kunna kommunicera effektivt. (Mcguian, 2009 s. 52)

I studien av Parker et al. (2008 s.73) lyfts ärlighet fram som en viktig aspekt i kommunikationen. Även Bowman et al. (2018 s. 24) uppger att patienter och anhöriga vill ha ärlig och klar kommunikation vid besked om dåliga nyheter. Att inte vara ärlig mot patienten innebär mycket oriktig etisk hållning. En relation med förtroende baserar sig på ärlighet. Patienten kan vara i en livssituation då det är speciellt viktigt att relationen med sjukskötaren består av förtroende. Ifall man inte är fullständigt öppen och ärlig kan det leda till att patientens familj vet mera om sjukdomen och tillståndet än vad patienten själv vet. Att vara ärlig behöver ändå inte betyda att man inte kan ge informationen på ett medlidande sätt. (Warren 2015) Det finns inte ett rätt sätt att ge ett tråkigt besked, men en god struktur för diskussionen kan hjälpa att vägleda svåra samtal. Det är viktigt att vara exakt men ändå stödande då man samtidigt följer med patientens emotionella reaktioner och ser till att patienten förstår vad man berättar. (Liddicoat 2018 s. 674) Faktorer som är viktiga för en god kommunikation är att lyssna, ta reda på hur mycket patienten vet om sin sjukdom, trösta patienten under diskussionen, ta ögonkontakt, säga något som ger realistiskt hopp åt patienten. Det är även viktigt att bekräfta saker som oroar patienten, svara på patientens frågor, visa intresse för patienten som person och hans behov. Sjukskötaren skall inte fungera som ”allvetare”, utan ha respekt för patientens kunskap och erfarenhet och stöda patientens beslut. (Parker et al. 2008 s. 73)

För att kunna hantera emotionella krav och behov hos den insjuknade krävs kommunikationsfärdigheter av hög kvalitet. Det är bra att varna i förväg om att man kommer att ge allvarliga nyheter och se hur patienten reagerar på det innan man fortsätter. Att ge dåliga nyheter är en process och inte en händelse. Omständigheterna förändras i samband med dåliga nyheter och patienten kommer oftast på nya saker som bekymrar som inte kommit fram vid första diskussionstillfället. (Warren 2015)

Kommunikationsmodellen SPIKES behandlas i flera artiklar som ett bra hjälpmedel vid besked om dåliga nyheter. Baer & Weinstein (2013 s. E48) uppger att det är ett protokoll med sex steg för att dela ut bekymrande nyheter på ett organiserat sätt. Målet med en

diskussion där SPIKES-protokollet används är att samla information från patienten och närstående, dela medicinsk information, fråga om patientens känslor och stöda patienten och närstående. Enligt Parker et al. (2008 s. 73) är SPIKES en modell för hur man skall ge besked om dåliga nyheter på ett individuellt och patientcentrerat sätt. SPIKES står på engelska för setting, patient perception, invitation, knowledge, emotions, summary, strategy. Kortfattat står S för att se till att miljön är lämplig, P för att förstå vad patientens uppfattning är av sjukdomen, I för att få inbjudan, K för att erbjuda kunskap och handledning, E för att reagera till patientens känslor med empati, S för att erbjuda en sammanfattande strategi, svara på frågor och diskutera om möjliga vårdalternativ. (Parker et al. s. 73) Protokollet kan ytterligare förenklas genom fråga-berätta-fråga metoden. Fråga patienten och närstående vad de vet och vad de förstår, ge medicinsk information till patienten och fråga om patientens känslor. NURSE står på engelska för name, understand, respect, support, explore, vilket betyder namnge, förstå, respektera stöda, utreda. Detta representerar en metod att svara på patientens känslor med empati. (Baer & Weinstein s. E48)

SPIKES metoden har varit högt värderad av onkologiska utövare och innefattar rekommendationer av kommunikationsexperter, patienter, sjukskötare och onkologer för att kunna ge besked om dåliga nyheter för cancerpatienter. Sanson-Fisher kom fram med liknande instruktioner för hur man skall ge besked om dåliga nyheter. Riktlinjerna innefattar att försäkra integriteten och tillräckligt med tid, avgöra patientens förmåga att förstå, att ge ärlig och klar information, undvika förskönande omskrivning, uppmuntra patienten att uttrycka sina känslor, vara empatisk. (Parker et al 2008 s. 73)

Sjukskötare kan direkt påverka vården av patienter och anhöriga med hjälp av terapeutisk kommunikation. Kommunikation har en påverkan på faktorer som patienternas tillfredsställelse, ångest, hur medicineringen följs och kliniska resultat. (Baer & Weinstein 2013 s. E45) Kommunikationstekniker som stöder patienten minskar stressen hos patienter och sjukskötare. Genom att lära sig svaren på fruktade frågor kan sjukskötare öka sitt självförtroende i dessa diskussioner. Sjukskötare måste ha kunskap om att ge dåliga nyheter eftersom det är möjligt att patienterna vill ha information om sin situation. (Baer & Weinstein 2013 s. E48)

Effektiv kommunikation kräver tillit mellan sjukskötare och patient (Bumb et al s. 574). Baer & Weinstein (2013 s. E48) uppger att relationen mellan sjukskötare och patient kan

förstärkas genom tillit och empatisk kommunikation. Patienter och närstående önskar att kommunikationsstilen är empatisk och ärlig med en balans av känslighet och hopp. Ett slutresultat med hög kvalitet uppnås med gott samarbete i vården där patientens preferenser värderas. (Baer & Weinstein 2013 s. E45)

Fortsatt skolning för vårdpersonal kan bidra till förbättrade kommunikationskunskaper. En läroplan med övningar och direkt feedback i små grupper för sjukskötare är en nyckelkomponent i ökad kunskap och högre självförtroende i svåra diskussioner. (Baer & Weinstein 2013 s. E49) Starka kommunikationskunskaper har en central roll i patienternas tillfredsställelse, hur de följer vårdplaner och kliniska resultat. Kommunikation är en konst och färdighet, likaså vårdarbetet. Det krävs tid, övning, uthållighet och individuell reflektion för att förbättra sina kommunikationskunskaper. Oberoende hur man lyckats i kommunikationen kommer patienterna och deras närstående att komma ihåg interaktionen. Bättre kommunikation genom kunskap, stöd, erfarenhet och framgång kan bidra till ökad självsäkerhet av den egna förmågan, vilket i sin tur kan leda till en förbättrad patientcentrerad vård. (Baer & Weinstein 2013 s. E48-E50)

Patienterna föredrar allmänt att den som kommer med dåliga nyheter har erfarenhet, visar empati och bryende, bjuder på hopp och använder rätt ord för att berätta svåra nyheter. Patienter som varit missnöjda med sättet de fått höra dåliga nyheter på har upplevt att berättaren har varit pessimistisk och osympatisk. Patienter och speciellt manliga patienter upplever att tillit är kommunikationens viktigaste kännetecken men även berättarens expertis och typen och omfattningen av informationen gällande behandlingen har betydelse. (Bumb et al 2017 s. 575) Patientens värden, preferenser, bekymmer och rädslor skall komma fram i vården av allvarliga sjukdomar. (Baer & Weinstein s. E45-46)

Utmanande faktorer

Baer & Weinstein (2013 s. E46) uppger att det finns flera hinder som står i vägen för effektiva kommunikationstekniker. Även om den verbala kommunikationen skulle vara lyckad kan ett icke-verbalt budskap som visar att man inte har tillräckligt med tid upphäva den terapeutiska relationen till patienten och anhöriga. (Radziewicz & Baile 2001 s. 951) Varierande krav i det kliniska arbetet och tidsbrist påverkar diskussionen mellan sjukskötare och patient. Flera studier tyder på att sjukskötare tenderar att hålla svåra diskussioner på en ytlig nivå och undviker känslomässiga signaler. (Baer & Weinstein 2013 s. E46)

Många sjukskötprogram lär inte ut kommunikationskunskaper om hur besked om dåliga nyheter skall utföras eller hur svåra frågor skall besvaras. Sjukskötare måste bli lärda hur svåra frågor skall besvaras och hur de kan kommunicera effektivt med cancerpatienter och deras närstående om behandlingsmöjligheter och tankar om vårdens målsättningar. (Baer & Weinstein 2013 s. E45-46)

Det kan finnas en rädsla över att bli anklagad för att inte kunna svara på frågorna eller över att säga något som gör situationen ännu värre. Det är viktigt att säkerställa patienten om att man kommer att fortsätta jobba för patientens bästa. Tråkiga besked måste ändå ges även om patienterna inte nödvändigtvis är som bäst i den stunden. (Warren 2015) Sjukskötare är ofta rädda för frågan ”Kommer jag att dö?” Dessa kognitiva frågor är värda ett svar och de är känslomässiga uttalanden som behöver få uppmärksamhet. Framkallande av hopp och oro är ett sätt att bjuda in till diskussion utan att diskussionen är tvingad. Det är viktigt att uppmärksamma det som är förlorat. Bekräftelsen om fortsatt engagemang för patienten och närstående kan erbjuda tröst i den ändrade situationen. (Baer & Weinstein 2013 s. E49)

Otillräckliga kommunikationskunskaper kan orsaka negativa konsekvenser för sjukskötare som burnout, låg personlig prestationsnivå, cynism och emotionell utmattning. Otillräcklig övning i kommunikation kan resultera i att sjukskötare väljer att undvika diskussioner om patientens försämrade situation. Undvikande kan leda till att patienten känner falskt hopp och den sanna situationen är inte realistisk. Fallgropar i kommunikationen uppkommer då antaganden görs gällande vad patienten och närstående vill veta och vad de förstår. Genom försök att minimera påverkan av dåliga nyheter kan både patientens och de närståendes förmåga att klara av situationen förstöras. (Baer & Weinstein 2013 s. E48-E50) Sjukskötare är ofta kritiska gällande deras egna kommunikationstekniker och känner inte igen ifall interaktionen med patienter har en positiv känsla (Bumb et al s. 575).

Enligt The British Medical association har orsaken till kunskapsbristen i kommunikation bland läkare både att göra med personliga faktorer och på faktorer inom organisationen. Det är brist på kunskap och träning, dålig språkkunskap, stress och patienterna får inte vara delaktiga. Dålig kommunikation är en betydande orsak till negativ feedback av patienterna. En del av dessa kommunikationshinder kunde övervinnas genom övningsprogram och simuleringar inom ämnet. (Thistlethwaite 2009 s. 607)

7.1.3 Information

Stödande faktorer

Sjukskötare måste vara säkra på informationen de ger åt patienter och veta vad som kommer att hända till näst. Den viktigaste och mest relevanta informationen skall vara taget från pålitliga källor som till exempel patientdokumentationen. Det här möjliggör att sjukskötaren ger noggrann information och kan svara på frågor som patienten möjligtvis kan ha. Det är svårt för patienten att inta all den information som hen fått och då kan det vara bra att ta ett nytt diskussionstillfälle senare. (Mcguian 2009 s. 53) Vid besked om dåliga nyheter är det sjukskötarens uppgift att tillsammans med patienten diskutera om prognosen, vilka möjligheter det finns för olika behandlingar, sjukdomens framgång och möjligtvis planera palliativ vård (Radziewicz & Baile, 2001 s. 951). Patienten ställer ofta frågor till sjukskötaren efter läkarbesök och det är sjukskötarens uppgift att hjälpa patienten att hantera informationen efter besöket (Radziewicz & Baile 2001 s. 951). Patienter och närstående behöver enkel information för att förstå komplicerade medicinska termer. Med lämplig kunskap om ämnet har patienten och närstående möjlighet att hantera nyheterna och göra planer. När dessa diskussioner görs på ett effektivt sätt resulterar det i en mindre mängd psykosocial sjuklighet som depression och ångest. (Baer & Weinstein 2013 s. E48) Patienter och deras närstående önskar sig få klar information om sjukdomsprocessen, prognosen, symptomhantering och om olika behandlingsmöjligheter. (Baer & Weinstein 2013 s. E45). I flera studier kommer det fram att majoriteten av patienterna föredrar giltig, ärlig och pålitlig information och de vill ha information gällande prognos och vårdalternativ så snabbt som möjligt efter beskedet om sjukdomen. Att avslöja information till patienten kan leda till positiv framgång i form av förtroende och öppenhet mellan sjukskötare och patient. Det här kan ge patienten ökad självsäkerhet att ställa frågor. (Warnock 2014 s. 53–54)

Patienter vill gärna tala om sin diagnos och vårdplan med sina närstående. De flesta vill ha sina närstående närvarande då nyheterna ges första gången. Patienter vill höra de första nyheterna gällande deras hälsotillstånd direkt av sjukvårdspersonalen och inte av närstående. (Bumb et al. 2017 s. 574–575)

Vissa patienter med cancer speciellt män, önskar sig få full information om diagnosen och prognosen. Under hälften av de manliga patienterna har varit nöjda med hur de blivit bemötta vid besked om dåliga nyheter. Studier tyder på att patienter som fått noggrann information om sin situation föredrar och förväntar sig få full information även om informationen är negativ, extremt oroande eller stressig. En liten procent av patienterna önskar att alla detaljer gällande dåliga nyheterna inte berättas. Det kan ha ett samband med tidpunkten då informationen ges, informatörens sätt att närma sig patienten eller närvaro av en familjemedlem. I en allmän studie där cancerpatienter i olika åldersgrupper jämfördes framgår det att det inte förekommer några skillnader i preferenser gällande kommunikation eller innehållet i dåliga nyheter. (Bumb et al. s. 574–575)

Det existerar kulturella skillnader i hur patienter önskar sig att få höra dåliga nyheter. Kineser vill inte nödvändigtvis höra all information gällande dåliga nyheter. Terminala cancerpatienter i Kina vill gärna höra all information om sin situation. I vissa kulturer är cancer en tabu och cancerpatientens familj kan bli stigmatiserad efter diagnosen eller som följd av cancervården. I Iran har man försökt minska stigmatisering kring cancer och man har koncentrerat sig på en positivare och en mera uppmuntrande inställning gentemot cancervården. I Iran anses det vara en plikt att ge patienten informationen om diagnosen och prognosen och sjukskötare stöder ofta patienten och familjen under vårdprocessen. Eftersom kulturella skillnader existerar önskar patienterna att läkare och sjukskötare skulle fråga individuellt av alla patienter hur mycket information de önskar sig få innan dåliga nyheterna berättas. (Bumb et al s. 575)

Utmanande faktorer

Studier tyder på att det uppkommit olikheter mellan hur sjukskötare eller läkare upplever att de gett dåliga nyheter jämfört med hur patienter och närstående upplevt att de fått informationen. Läkare tycks uppfatta att bemötandet i beskedet av dåliga nyheterna varit värre än vad patienten och familjemedlemmarna upplevt det. (Bumb et al s. 575) Att ge dåliga nyheter kan kännas som en obehaglig uppgift och kan leda till en tvekan om hur mycket information man vill ge om en terminal diagnos. En önskan om att skydda patienten från sanningen eller sjukdomens omfattning kan vara orsaker till att all information inte ges till patienten. För att undvika svåra diskussioner ges informationen om

sjukdomen ofta till familjemedlemmar innan patienten har blivit informerad om situationen. (s. 575–576) Ifall läkaren inte har varit på plats vid beskedet om dåliga nyheterna är det viktigt att ta reda på vad man har berättat till patienten och hur patienten har reagerat på nyheterna. (Thistlethwaite 2009 s. 606)

7.1.4 Stöd

Stödande faktorer

Efter besked om dåliga nyheter är sjukskötaren ansvarig över att vara som stöd och förstärka informationen som redan tidigare blivit sagt (Radziewicz & Baile 2001 s. 951). Det är viktigt att informationen är tydlig och att sjukskötaren är stödjande. Det kan inkludera att stöda genom beröring på ett lämpligt sätt, genom att betona för patienten att hen inte är ensam och erbjuda stöd och vägledning som passar bäst för patienten. (Liddicoat, 2018 s. 673) Patienten måste veta vem hen kan vända sig till och vad för olika slags stöd det finns att erbjudas (Mcguian 2009 s. 53). Patientens frågor skall försöka besvaras och de måste känna att det finns stöd man kan få ifall det behövs och veta vem de kan vända sig till ifall de känner behov av att tala med någon. Avsluta diskussionen med en klar plan för framtiden som förstärker riktningen av behandling, det här hjälper att undvika att patienten känner sig isolerad och blir utan stöd. (Liddicoat 2018 s. 673–674) Patienter vill gärna tala om sin diagnos och vårdplan med sina närstående. De flesta vill ha sina familjemedlemmar närvarande då nyheterna ges första gången. Efter att patienten fått höra informationen om sin diagnos eller framskridande av sjukdom är det oftast sjukskötare som ser till att fortsatt stöd erbjuds till patienten och familjemedlemmarna. (Bumb et al s. 574–574) Patienter med bröstcancer uppskattade en stödande relation med sjukvårdspersonalen (Parker et al 2008 s. 75).

Utmanande faktorer

För att kunna erbjuda sådant stöd som patienten behöver, är det viktigt att förstå vad som känns oroande för patienten och hur informationen har blivit mottagen. Patienterna vänder sig ofta till sjukskötare för att få mera information, klarhet eller en ny omgång av dåliga nyheterna. (Bumb et al s. 574–574) I situationer där dåliga nyheterna ges

ineffektivt eller okänsligt kan onkologiska sjukskötaren erbjuda stöd ifall någon slags trauma uppkommit. (Bumb et al s. 574–574)

7.1.5 Känsloerna

Stödande faktorer

Det är viktigt att tillåta och acceptera patientens uttryck av känslor oberoende hurdana känslorna är. Man kan aldrig förutspå hur patienten kommer att reagera på nyheterna och därför är det viktigt att sjuksköterskorna är förberedda och har färdigheter att ta emot olika reaktioner. (Mcguian 2009 s. 54) Genom att räkna med att emotionell respons förekommer och att stanna upp för att bekräfta det är en väsentlig del av processen och hjälper både patienten och sjukskötaren (Liddicoat 2018 s. 673). Genom att hålla sig lugn kan sjukskötaren tänka klarare och svara på frågor på ett lämpligt sätt och göra stämningen i situationen lugnare (Radziewicz & Baile 2001 s. 951–952). Bekräfta känslorna som förekommer och lyft fram dem, till exempel ” Jag kan se att du är ledsen/förvirrad/arg”. Ge tid för patienten att uttrycka sina känslor, lyssna mer och tala mindre. (Warnock 2014 s. 57) Känslighet för verbala, fysiska och emotionella reaktioner kan hjälpa att förutse hur mycket omtänksamhet och stöd som behövs under diskussionen (Bumb et al s. 575).

Utmanande faktorer

Patienterna kommer att bli berörda vid besked om dåliga nyheter och det är något som man som sjukskötare måste acceptera (Warren 2015). Patientens reaktion på dåliga nyheter är oförutsägbar och kan omfatta ilska, förnekande, tårar, hysteri, hotande beteende, tystnad och skällsord. För att som sjukskötare kunna ta emot dessa känslor krävs det färdighet och kunskap att kunna vara känslig. Det behövs också tid, vilket inte alltid är tillgängligt i den hektiska sjukvården. (Warnock 2014 s. 54–55) Svåra samtal kan vara mycket stressiga och sjukskötaren måste vara tillräckligt förberedd för att kunna ta emot emotionella behov och starka känslor som samtalet kan väcka hos patienten. (Mcguian 2009 s. 52) Emotionella reaktioner kan förväntas av patienten och är en orsak till att

sjuuskötare är rädda att ge besked om dåliga nyheter (Liddicoat 2018 s. 673). Sjuuskötare kan känna rädsla över att diskutera om svåra besked då det kan orsaka att patienten blir deprimerad eller upplever en känsla av hopplöshet och misslyckande. Känslor som förnekande och ilska kan förkomma hos patienten och oftast riktar det sig mot sjuuskötaren vilket gör att diskussioner om dåliga nyheter känns ännu mera utmanande. Sjuuskötaren skall undvika att visa sina känslor och istället beskriva dem genom att säga ”Jag känner mig också ledsen att det inte gått som vi velat”. (Radziewicz & Baile 2001 s. 951–952) Oavsett vad förväntningarna är eller stilen som beskedet ges på finns det ändå en risk att patienten går i en emotionell shock (Liddicoat, 2018 s. 673).

Människor söker sig till vårdbranschen för att de vill hjälpa. Det är inte lätt att ge besked om dåliga nyheter, vilket kan göra patienter upprörda. Att handskas med starka känslor är besvärligt. Patienterna visar eller berättar inte nödvändigtvis om sina känslor, speciellt inte då de får veta att de kommer att dö. Därför lönar det sig för sjuuskötaren att vara uppmärksam för den icke-verbala kommunikationen. (Warren 2015) Enligt en studie upptäcker sjukvårdspersonal socioemotionella signaler i 57 % av fallen men reagerar endast på 22 % av fallen. Osäkerhet om sättet hur man skall gå till väga med tanke på patientens önskemål och bekymmer kan leda till att sjuuskötaren ändrar på ämnet som diskuteras eller väljer att ignorera signaler som upptäcks. Det är möjligt att sjuuskötare använder sig av dessa försvarsmekanismer för att skydda sig från patientens och de närståendes känslor på grund av brist på självsäkerhet om hur man skall ta itu med dessa känslor. Felaktiga bedömningar om patientens nöd görs om man inte utreder patientens värden och obehagliga ämnen undviks. (Baer & Weinstein 2013 s. E46-47) Att svara på känslor med fakta är också vanligt. Då sjuuskötare svarar med fakta om hur cancer har spridit sig ger de sig inte in på det känslomässiga bakom patientens uttalande. Ett empatiskt svar är ett bättre alternativ. Dessa fallgropar går att undvika då sjuuskötare inser att ett steg för steg system har värde och att de inte kan göra situationen bättre än vad den är. (Baer & Weinstein s. E48) Läkare använder sig av olika försvarsmekanismer i samband med stressiga konsultationer för att undvika svåra känslor som sorg eller depression. (Thistlethwaite 2009 s. 606)

7.1.6 Sjukskötarens självkänedom och kompetens

Stödande faktorer

För att kunna förstå patienters individuella behov måste sjukskötaren känna igen sina egna behov och vilka styrkor och svagheter hen har. Genom att sjukskötare ökar deras självkänedom är det möjligt att veta hur de reagerar i svåra situationer och vilken effekt det kan ha. Genom att lära sig av tidigare erfarenheter och med hjälp av självkänedom och en förmåga att kunna reflektera över olika händelser kan sjukskötare få bättre kompetens i vårdarbetet. (Mcguian 2009 s. 52) Självsäkerhet och erfarenhet är nyckelkomponenter i processen vid besked om dåliga nyheter. Att känna sig förberedd, skolad och en upplevelse om att man fått tillräckligt med övning kan öka självförtroendet att klara av besked om dåliga nyheter. Mellan vissa individer finns det ingen korrelation mellan hur mycket övning de fått och hur bekväma de känner sig att ge dåliga nyheter. (Bumb et al. s. 575)

Utmanande faktorer

Allmän tidsbrist är en faktor som kan hindra sjukskötare att utveckla sina kunskaper gällande besked om dåliga nyheter. Detta orsakar att sjukskötare känner sig otillräckligt förberedda för att hantera patientens och närståendes känslor och kan inte erbjuda sådant stöd som behövs. (Bowman et al. 2018 s. 24–25) Att uthärda en obotlig sjukdom skapar emotionella utmaningar för de professionella som är involverade i patientens vård samt för patienten och hans närstående. Det kan hända att de professionella och andra som är involverade i vården inte har bearbetat sina egna känslor om döden och kan ha egna olösta sorger att bearbeta. De professionella påverkas också av de sociala tabuna angående döden. (Warren 2015) Att ha färdigheterna som behövs för att ge besked om dåliga nyheter kräver övning och lärande (Mcguian 2009 s. 52). Att ge besked om dåliga nyheter kan också kännas obekvämt för sjukskötaren ifall övning och kunskap saknas. (Radziewicz & Baile 2001 s. 951). Sjukskötare kände sig oförberedda att stöda patienter som genomgår en kris efter besked om dåliga nyheter. Sjukskötare kände sig ofta obekväma och oförberedda och saknade kunskap och kunnande för att effektivt kunna diskutera med patienten om dåliga nyheterna. (Bowman et al. 2018 s. 25)

Vissa studier demonstrerar hur man skall gå till väga då man ger besked om dåliga nyheter, men endast en liten mängd forskning har gjorts gällande hur onkologiska sjukskötare skall ge besked om dåliga nyheter på bästa möjliga sätt. Det finns en begränsad mängd riktlinjer om vad som är bästa praxisen för hur sjukskötare skall ge besked om dåliga nyheter och hur patienterna kan stödas på bästa möjliga sätt. De flesta studierna är riktade för läkare. Flera studier framhäver vikten av kommunikationstekniken i stunden då dåliga nyheter ges till cancerpatienten och närstående. Oberoende av mängden information som finns om ämnet verkar det som att sjukskötare och kliniker inte får tillräckligt med praktisk övning i att ge besked om dåliga nyheter till patienter och deras närstående. (Bumb et al s. 573–575) Läkare som känner att de inte har tillräckliga kunskaper inom kommunikation gällande svåra situationer känner sig stressade med större sannolikhet (Thistlethwaite 2009 s. 606). Sjukskötare är möjligen omedvetna om att de saknar tillräcklig kunskap och expertis då de ger besked om dåliga nyheter till patienter och närstående. Känslan av att tappa kontrollen under diskussionen om dåliga nyheterna kan orsaka försänt självförtroende och en besvärlig känsla i en stund då patientförhållandet borde vara positivt. (Bumb et al s. 575)

7.2 Koppling till den teoretiska referensramen

Till följande kopplas den teoretiska referensramen ihop med resultatet. Som teoretisk referensram användes Kirkevolds tolkning av Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter (Kirkevold 1994).

Travelbee betonar att kommunikationen är en av sjukskötarens viktigaste redskap. I de flesta artiklarna som analyserats lyfts kommunikationens betydelse fram. Travelbee nämner att det krävs kommunikation för att omvårdnadens mål kan uppnås, vilket innebär att hjälpa patienten att bemästra sin sjukdom och lidande och hitta mening i sin upplevelse. Enligt Travelbee sker interaktionen mellan patienten och sjukskötare huvudsakligen genom kommunikationen och kommunikationen består både av det verbala och icke-verbala i mötet mellan två människor. (Kirkevold 1994) I resultatet av denna studie framgår det att den icke-verbala kommunikationen är en viktig del av kommunikationen och något som sjukskötare bör lägga mera märke till. Radziewicz & Baile (2001) lyfter fram i sin artikel att 70% av kommunikationen är icke-verbal. Mcguian (2009) nämner i sin studie

om att ge besked om dåliga nyheter är en komplicerad uppgift som kräver goda verbala och icke-verbala färdigheter, viktigt är att visa omsorg och aktivt lyssna till patientens känslor.

Enligt Travelbee är kommunikation något som kräver olika färdigheter och är i sin helhet en komplicerad process (Kirkevold 1994). I resultatet av denna studie kommer det fram att det krävs övning och lärande för att ha färdigheter som behövs för att ge dåliga nyheter. Mcguian (2009) nämner i sin studie att sjukskötarens egna personliga erfarenheter och emotionella reaktioner i kliniska situationer kan påverka kommunikationen i svåra situationer och göra det svårare. I resultatet av denna studie kommer det också fram att sjukskötare känner sig obekväma och oförberedda ifall det saknas övning och kompetens.

I resultatet lyfts bemötandet fram som en viktig del i processen då patienten får beskedet om dåliga nyheter. Patienten kan lättare behålla hoppet, acceptera sjukdomen och lättare ha realistiska förväntningar då beskedet ges på ett ömtåligt, moraliskt och på ett omtänksamt sätt (Radziewicz & Baile 2001). I studiens resultat kommer det också fram att ett empatiskt förhållande med patienten bildar inte bara förtroende utan minskar också ångest som kan förekomma och ökar känslan av tillfredsställelse mot sjukvårdspersonalen (Parker et al. 2008). Enligt Travelbee (1994) är relationens viktigaste kännetecken att personen som behöver vård känner att omvårdnadsbehovet uppfylls.

Enligt Travelbee innebär empati att man har en förmåga att leva sig in i eller förstå sig på en annan människas psykologiska situation vid en viss tidpunkt. Travelbee förklarar i sin teori att sjukskötaren kan terapeutiskt använda sig själv, vilket innebär att sjukskötaren använder sin kunskap och personlighet för att bidra till en förändring hos patienten, lindra lidandet och hjälpa patienten att acceptera sjukdomen och lidandet. (Kirkevold 1994) I resultatet kommer det fram att det är viktigt att sjukskötare är medvetna om sina svagheter, styrkor och sina egna behov för att kunna förstå patientens individuella behov. Då sjukskötaren har en ökad självkänedom har de också lättare att veta hur de reagerar känslomässigt i svåra situationer. Parker et al. (2008) nämner i sin artikel att en empatisk relation med patienten kan leda till ett terapeutisk förhållande med patienten.

8 KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION

I detta kapitel kommer resultatet och metoden att diskuteras. Etiska aspekter och förslag på fortsatt forskning kommer också att uppmärksammas samt vilka tankar studien har väckt hos oss.

Resultatet har påverkats av att alla valda artiklar hade ganska långt samma synvinkel även om artiklarna hade tyngdpunkten på lite olika saker. En del lyfte fram hur viktig kommunikationen är medan andra fokuserade mera på känslorna kring beskedet. Bemötandet stod som tema för huvudkategorin och fungerade också som ett viktigt tema under hela arbetets gång. I resultatet kom det fram vilka aspekter sjukskötaren skall ta i beaktande för ett gott bemötande och vad man skall undvika att göra. De sex underkategorierna steg starkt fram i analysen. Underkategorierna som bildades var förberedelse, kommunikation, information, känslorna, stöd och sjukskötarens självkännet och kompetens. Det steg ytterligare fram två kategorier som var stödande faktorer och utmanande faktorer. Studiens resultat stöder arbetets syfte relativt bra även om det var svårt att hitta relevanta artiklar som skulle ha gett ett mångsidigare resultat. Till analysen inkluderades två artiklar som hade läkarperspektiv eftersom det var utmanande att hitta artiklar som svarade på studiens syfte endast genom sjukskötarperspektiv. Tanken var att man kunde få en bredare syn på ämnet genom att inkludera läkarperspektivet. Eftersom sjukskötare samarbetar aktivt med läkare tänkte vi att resultatet kunde vara nyttigt även från sjukskötarperspektivet. I resultatet kom det fram att läkare och sjukskötare skall ta liknande aspekter i beaktande i besked om dåliga nyheter. Det kan konstateras att resultatet inte förblev anorlunda på grund av dessa två artiklar utan i motsats förstärkte resultatet som redan framkommit från artiklarna med sjukskötarperspektiv. Patientperspektivet steg fram i flera artiklar, vilket man också kan se i resultatet. Eftersom urvalet av materialet förblev snävt upplevde vi att patientperspektivet gav en bredare uppfattning om vad som förväntas av sjukskötare i besked om allvarliga sjukdomar.

Metoden som valdes ansågs vara mest lämplig till denna studie eftersom kvalitativa litteraturstudier ofta används i vårdvetenskapliga studier. Även studiens syfte påverkade valet av metoden, eftersom tanken var att fördjupa kunskapen inom ett visst område. Materialet söktes systematiskt från olika databaser. Även om sökningen gjordes systematiskt och

flera olika kombinationer provades och booleska operatörer användes hittades det inte tillräckligt mångsidiga artiklar. Alla artiklar som användes i analysen var på engelska och det var svårt att hitta relevanta artiklar från de nordiska länderna. Eftersom artiklarna översattes från engelska finns det en risk att något har misstolkats, vilket kan ha påverkat resultatet. Studiens analys gjordes enligt vår tolkning av metoden (Kyngäs & Vanhanen) som användes som vägledning. Analysprocessen var väldigt utmanande, eftersom det inte finns några klara riktlinjer om hur man skall gå till väga. Analysen kunde ha gjorts ännu utförligare vilket kunde ha påverkat kategorierna som bildades i resultatet. Projektet var väldigt utmanande i sin helhet. Delvis för att det var svårt att hitta relevanta artiklar som svarade på studiens syfte eftersom ämnet inte är så utforskat och de flesta artiklarna som hittades hade läkarperspektiv. En artikel som var publicerad för över tio år sedan (2001) valdes eftersom artikelurvalet var så snävt. Materialet som hittades och resultatet som bildades bidrog inte direkt med någon ny eller oförväntad information. En annan synvinkel och därmed ett större urval av materialet kunde ha gett ett mångsidigare resultat eller bidragit till ny information om ämnet. Resultatets pålitlighet kan ha påverkats delvis av att det varit svårt att hitta tillräckligt med relevanta artiklar och delvis av hur bra vi lyckats tolka de engelskspråkiga artiklarna i analysprocessen. Vi anser att resultatet kan vara nyttigt för sjukskötare, men flera studier behövs för att öka resultatets pålitlighet.

Studien är gjord med eftertanke och noggrannhet har följts i alla skeden av arbetet. Fusk eller plagiat förekommer inte i detta arbete och etiska riktlinjerna har följts genom hela arbetet. Ämnet som valdes var ganska tungt och känsligt eftersom det handlar om patienter som får besked om en allvarlig och möjligtvis obotlig sjukdom som senare kan leda till döden. Sjukskötarens etiska riktlinjer presenterades i bakgrunden. En viktig del av ett gott bemötande är de etiska riktlinjerna som inkluderar att bemöta patienten med värdighet. Vårdförhållandet mellan patient och sjukskötare skall bygga sig på öppen interaktion och ett gott förtroendet. Studiens resultat stöder sjukskötarens etiska riktlinjer. I resultatet framgår det vad ett gott bemötande innebär och även om det inte diskuteras om etiska aspekter i artiklarna baserar sig arbetet ändå på vad god vård innebär och för att en god vård skall lyckas krävs det etisk känslighet, ett etiskt förhållningsätt och etiska beslut. Etiska aspekter kunde ha behandlats mera ingående i studien. I flera artiklar nämndes ärlighet som en viktig del av god kommunikation och ärlighet är en grund för en god

relation mellan sjukskötaren och patienten, då förtroendet behövs eftersom diskussionen oftast är känslig.

Syftet med denna studie var att öka sjukskötarens kunskap om centrala aspekter i bemötandet av patienter som fått besked om en allvarlig sjukdom. I resultatet kommer det fram viktiga faktorer som stöder studies syfte även om det kunde ha inkluderats flera artiklar som kunde ha gett ett mångsidigare eller mera djupgående resultat. Eftersom det här är ett relativt viktigt ämne men ändå ganska lite utforskat behövs det fler studier om bemötande, stödande och om patientens informationsbehov. Intervjustudier från sjukskötarperspektiv samt från patientperspektiv behövs för att få ökad kunskap i framtiden för att kunna erbjuda bättre vård. Cancer är en allvarlig sjukdom som är mycket vanlig och berör en stor del av människorna runt om i världen och den kommer fortsätta att öka på grund av förändrade levnadsvanor och ökad medellivslängd. Det skulle vara viktigt att ytterligare öka kunskapen om hur man skall bemöta patienter efter besked om en allvarlig sjukdom. Att utveckla någon slags broschyr eller checklista med det här temat för sjukvårdspersonalen kunde vara nyttigt och någonting som skulle behövas. Det behövs flera studier som berör detta område från olika synvinklar för att man i framtiden skall kunna stöda och bemöta allvarligt sjuka patienter ännu bättre och på ett mångsidigare sätt.

KÄLLOR

God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, Arcada, 2008. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf. Hämtad 29.10.2019

Baer, L & Weinstein, E., 2013, Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol 17, nr 3. Tillgänglig: Ebsco host CINAHL Hämtad: 10.10.2019

Bowman, P., Slusser, K & Allen, D., 2018, Collaborative Practice Model: Improving the delivery of bad news, *Clinical journal of oncology nursing* Vol. 22 nr 1, s. 23-27

Bullington, J., 2018, *Samtalskonst i vården: Samtalsträning för sjuksköterskor på fenomenologisk grund*, Studentlitteratur, Lund

Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., 2017. Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, vol 21, nr 5. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 02.11.2018.

Chase, E., 2013, Crisis Intervention for Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol 17 s.337-339. Tillgänglig: Academic search Elite Hämtad: 20.10.2018.

Cullberg, J., 2011, *Kris och utveckling*. Natur och kultur. Tillgänglig: Elib.

Etiska riktlinjer för sjukskötare, 1996. Finlands sjuksköterskeförbund. Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjuuskotare/>. Hämtad: 14.12.2018

Forsberg, C & Wengsröm, Y., 2016, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur & kultur.

Jacobsen, D., 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring- introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 2 uppl. Lund, Studentlitteratur.

Kantola, H., 2009, *Vakavan sairastumisen merkitys elämäntilussa*. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto.

Kendall, M., Cowey E., Mead G., Barber M., McAlpine C., Stott D., Boyd K., Murray S., 2018, Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol 190, nr 9. Tillgänglig: <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/190/9/E238.full.pdf>. Hämtad 8.11.2018.

Kirkevold, M., 1994, *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*, Studentlitteratur

Kiiltomäki, A & Muma, P., 2007, *Tässä ja nyt- Sairaanhoitaja tekee kriisityötä*, Sairaanhoitajaliitto ry, Gummerus kirjapaino.

- Kyngäs, H., Vanhanen L., 1998, Sisällön analyysi, *Hoitotiede* vol 11, s 3-12.
- Liddicoat, P., 2018, Breaking bad news, New south wales, *InnovAiT*, Vol. 11 nr 12, s. 671-675. Tillgänglig: Sage Journals Hämtad: 20.9.2019
- Lundman & Hällgren Granheim., 2012, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur, Lund.
- Mcguian, D., 2009, Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing standard* Vol 23 nr 31, s.51-57. Tillgänglig: Chinahl Hämtad: 6.10.2019
- Mikkola, L., 2006, *Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa*, Jyväskylän yliopisto.
- Monia keinoja selviytyä vaikeasta elämäntilanteesta*, Suomen mielenterveysseura, Tillgänglig: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/monia-keinoja-selviytyä-vaikeasta-elämäntilanteesta>. Hämtad 02.11.2018.
- Mönkkönen, K., 2018, *Vuorovaikutus asiakastyössä*, gaudeamus oy.
- Parker, P., Aaron. J & Baile W., 2009., Breast Cancer: Unique communication challenges and strategies to address them, *The Breast Journal*, Volume 15 Number 1, s. 69-75. Tillgänglig: Chinahl Hämtad: 5.7.2019
- Radziewicz, R & Baile, W., 2001, Communicating skills: Breaking bad news in clinical setting., *Leadership & Professional development* Vol 28 nr 6, s. 951-953. Tillgänglig: Academic Search Elite Hämtad: 6.7.2019
- Thistlethwaite, J., 2009, Breaking bad news – skills and evidence, *InnovAiT*. vol 2 nr 5, s 605-612. Tillgänglig: Sage Journals Hämtad: 1.3.2019
- Vainikainen, M., 2010, *Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä*, *Psykologia*, nr 45, s. 47-49. Tillgänglig: https://www.academia.edu/4973351/Psykologinen_työ_akuuteissa_kriiseissä_-_suositukset_hyvistä_käytännöistä?auto=download. Hämtad: 02.11. 2018.
- Warnock, C., 2014, Breaking bad news: issues relating to nursing practice, *Nursing standard*. Vol 28, nr 45 s. 51-58. Tillgänglig: Academic search Elite Hämtad: 10.10.2019.
- Warren, E., 2015, Breaking bad news, *Practise nurse*, vol. 45, Issue 10. Tillgänglig: Academic Search Elite Hämtad: 5.7.2019.

BILAGOR

Artikel	Sökord	Begränsningar	Databas	Träffar
Breaking bad news: issues relating to nursing practice. 2014	Communication AND Bad news	2008-2019 Peer reviewed Full text	Academic search elite, EBSCO	66
Breaking bad news— skills and evidence 2009	Patients receiving bad news AND nurse AND support	2009-2019 Advanced Full access Nursing	Sage journals	112
Breaking bad news: An evidence based review of communication models for oncology nurses 2017	Bad news AND communication AND nurs*	2009-2019 Peer reviewed Full text	Academic Search elite, EBSCO	23
Breast Cancer: Unique communication challenges and strategies to address them, 2009	Hittades via en annan artikel	-	Cinahl, EBSCO	-
Communicating bad news to patients: a reflective approach. 2009	Communicating bad news AND Nurse	2008-2019 Peer reviewed Full text	Cinahl, EBSCO	16
Communicating skills: Breaking bad news in clinical setting 2001	Communicating bad news AND Nurse	Advanced Full text	Academic search elite, EBSCO	16
Collaborative Practice Model: Improving the delivery of bad news. 2018	Bad news AND nurse	Full text Peer reviewed 2009-2019	Academic search elite, EBSCO	20

--	--	--	--	--

Improving oncology nurses' communicating skills for difficult conversations, 2013	Bad news AND nurs*	Full text Peer reviewed	EBSCO, Chinahl	15
Breaking bad news 2018	Delivering bad news AND nurse AND encounter	2009-2019 Advanced Full access Nursing	Sage journals	28
Breaking bad news 2015	Bad news AND nurse	Full text Peer reviewed	Ebsco host, Academic search elite	20

Bilaga 1. Datasamling