

Sjuksköterskans/vårdpersonalens bemötande av patienter som tar emot svåra besked

Författare: Linda Jepsen & Ilda Agovic
Handledare: Elisabeth Lindström
Examensarbete i omvårdnad, 15hp
Kandidatnivå, VT 2012

Arbetets titel: Sjuksköterskans/vårdpersonalens bemötande av patienter som tar emot svåra besked
Nurse/nursing staff treatment to patients receiving bad news

Författare: Linda Jepsen & Ilda Agovic

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Examensarbete, 15hp

Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180hp

Termin/år: VT 2012

Antal sidor: 28

ABSTRACT

Background: Health care is a strange place for the patient. To make this environment as good as possible, would the patient be well informed. The patient has right to know if it is a bad news and often he/she needs caring after the information. Nurse's basic responsibility is caring, for her/him it's important to prevent the shock for the patient that can appear.

Aim: Describe the nursing staff responses to the patient, using the patient's perspective in relation to bad news.

Method: A literature review has been made with nine articles. Current research materials that meet the study's purpose has been applied in databases and analyzed. Four themes and nine subthemes were emerged.

Results: Nurse should allow patient to talk, when bad news had been given. Conversation is important for the patient, because they want information to be able to participate in care. Good communication skills are important for the nurse in connection with bad news. Patient wants information in an honest, peaceful and transparent manner. Time is often in short supply in this conversation. To have the family in care is a good support for the patient, but not all patients want the family to participate.

Conclusion: Patients desire individually aids at handover of bad news. It gives them a safety. The most common mould of aids according to patients where that the nurse shows that she/he has time for them.

Keywords: *Bad news, care, difficult news, tough news, nurse, patient, respond and treatment*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
BAKGRUND	4
Sjuksköterskans roll och ansvar	4
Omvårdnad	5
Att vara patient	6
Att ta emot ett svårt besked	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Litteratursökning	8
Urval	9
Analys	9
RESULTAT	10
Samtalets innehåll och betydelse	11
Samtalet med patienterna	11
Informationen som ges vid samtalet	11
Språket - en del av samtalet	12
Sjuksköterskan, en bland vårdpersonalen.....	13
Patienters förväntningar på vårdpersonalen.....	13
Fysiologiska och psykologiska faktorer	14
Ge tidsutrymme vid lämnandet av svåra besked	14
Känslomässigt stöd och möjlighet att känna hopp.....	15
Fysiskt och muntligt stöd, en betydelsefull faktor	15
Närståendes plats	16
Patienters behov av närståendes närvaro	16
Stödja närstående	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Konklusion och praktiska implikationer.....	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
I Checklista för informationssökning	
II Översikt av analyserad litteratur	

INLEDNING

Ett fiktivt exempel.

Det är dags för sjuksköterskan och läkaren att gå rond. På rum fyra ligger Kalle och tre andra patienter. Det är nu hans tur att träffa läkaren och sjuksköterskan. Läkaren berättar att Kalles provsvar inte visar bra resultat och för att han ska bli återställd måste han genomgå en operation redan dagen därpå. När beskedet lämnas avslutar läkaren snabbt samtalet och går vidare till nästa patient. Sjuksköterskan ser att Kalle är bekymrad, orolig och ser ut att behöva mer information. Men denne hinner inte med informationen i detta ögonblick. Sjuksköterskan säger till Kalle att hon/han kommer tillbaka senare när rondan är klar för att prata mer om det som framkom vid beskedet eftersom hon/han inte hinner detta precis just nu.

Svåra besked ges inom vården varje dag. Alla människor tar emot svåra besked på olika sätt och med olika reaktioner som följd. Men personen hamnar i någon typ av chocktillstånd oavsett om beskedet kommer väntat eller oväntat. Det sker ofta att läkare ger svåra besked till patienter utan att alltid ha tid att sitta ner och samtala med patienter om beskedet, ge adekvat information samt att svara på patientens frågor som i fallet ovan. Eftersom sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för omvårdanden är det viktigt att hon/han vet hur god omvårdnad ges till patienter som befinner sig i chock efter att ha fått ett svårt besked. Informationsutlämningen varierar mycket bland vårdpersonal. Många bland vårdpersonalen har svårt att lämna information till sina patienter, trots vetskap om hur viktig informationen till patienten är. Svårighet att lämna information tyder på att det finns brister vad gäller att hantera den situation som uppkommer vid lämnandet av svåra besked (Ben Natan, Shahar & Garfinkel, 2009). Sjuksköterskan är en betydelsefull grupp bland vårdpersonal därför är denna studie aktuell. Kunskap om hur svåra besked ska ges av sjuksköterskan/vårdpersonalen till patienter är av stort värde.

BAKGRUND

Sjuksköterskans roll och ansvar

I en avhandling av Björkström (2005) framgår att en bra sjuksköterska är en person som gör gott för andra genom att bry sig om patienten samt inge glädje och hopp i svåra stunder. Hon/han skall visa respekt för alla patienter och ha den kunskap som behövs för att kunna vårda en patient. En god kommunikativ förmåga är grundläggande för att kunna informera och undervisa patienter. Sjuksköterskan har att sträva efter en professionell utveckling och att vara öppen för nya kunskaper. Något som framförs som betydelsefullt är att hon/han är säker och ansvarsfull i sin yrkesroll.

Holm (2001) beskriver en professionell hjälpare som en roll som olika personer intar. Exempelvis rollen som sjuksköterska, läkare med mera. Det finns en rädsla hos vårdgivaren att inte orka med andras reaktioner, en fruktan för att den givna informationen ska förkrossa patienten. När en tvekan om att lämna information uppstår, har tvekan uppkommit på grund av en ogrundad föreställning om att patienten inte klarar av att få veta sanningen. Holm (2001) menar att vårdgivaren stundtals visar ett omedvetet beteende som hindrar patienten att försöka ge viktig information till vårdaren under kommunikationen. Vårdgivaren har i den situationen

beskrivits som en mussla. En orsak till detta kan vara att personen präglas av sina tidiga erfarenheter. Holm (2001) klargör att en uppgift blir lätt att genomföra om sjuksköterskan bygger upp en förtroendefull relation till patienten. På så vis kan hon/han ge psykologiskt stöd till patienten, motivera och hjälpa denne.

Hälso- och Sjukvårdslagen [HSL], (SFS1982:763) har sjuksköterskan att förhålla sig till för att få kvalitet i sitt vårdande. Lagen säger att sjuksköterskan ska förebygga ohälsa. Det framgår också att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov för att skapa trygghet. Detta ska ske i samråd med patienten. Alla människor ska behandlas lika och med respekt. För att kunna delta i vården behöver patienten ha individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de behandlingar och metoder som finns. En författning för sjuksköterskor är International Council of Nursing (ICN, 2007). Denna författning säger att sjuksköterskan har fyra olika ansvarsområden. Dessa områden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande.

Begreppet omvårdnad står för ett huvudansvar i sjuksköterskeyrket, men även i andra yrkesgrupper. Omvårdnad omfattar åtgärder som sker inom vården för att upprätthålla god hälsa och livskvalitet hos patienten (Nationalencyklopedin, 2011).

Omvårdnad

Omvårdnadsteoretikern Travelbees (1971) definition av sjuksköterska är att sjuksköterskan har att verka för en mellanmänsklig process. Den professionella sjuksköterskan ska hjälpa individen, familjen eller samhället att förebygga sjukdom eller hjälpa människorna att förstå sjukdomen och lidande och finna mening i dessa erfarenheter. I mötet med patienten menar Travelbee (1971) att sjuksköterskan ska ha en öppen relation till patienten och inte tänka på sjuksköterske- och patientförhållandet utan förhållandet människa till människa. För att kunna ha detta förhållande till patienten ska sjuksköterskan uppfatta patienten som en individ som ska ha omsorg, en unik människa precis som sjuksköterskan själv. Om sjuksköterskan har detta förhållningssätt blir det mycket lättare att kommunicera med patienten och patienten i sin tur känner sig tryggare, vilket leder till att denne öppnar sig mer.

Attrees (2001) har gjort en studie på vad god omvårdnad är, enligt patienter och anhöriga. De beskrev att god omvårdnad är en patientfokuserad vård som är relaterad till patientens behov. Att ta emot vård av god kvalitet var mycket positivt bland patienter. Det positiva gav patienterna en känsla av att människor brydde sig om dem och de uttalade att sådant underlättar utvecklingen av förtroende och tillit. Omvårdnad av god kvalitet är öppen kommunikation och information enligt patienterna. Kommunikation beskrivs även av Travelbee (1971) som en viktig del i omvårdnad. I kommunikation är det viktigt att tänka på vad kroppsspråket säger och inte bara på vad ord säger. Det är i kommunikation som sjuksköterskan kan etablera människa till människa förhållandet till patienten. Målet med kommunikation är att ta reda på patientens behov och tankar för att kunna ge patienten den omvårdnad som behövs. När patienten lider av sjukdom eller annat besvär har denne svårt att finna någon mening i detta. I detta skede behöver sjuksköterskan finnas med genom att bara låta patienten prata med någon som lyssnar.

Att vara patient

Begreppet patient är enligt Travelbee (1971) en person som är behov av sjukvårdspersonal, både sjukhuspersonal och hemsjukvårdspersonal. I verkligheten finns egentligen ingen patient, utan det är endast en term eller en kategori som sjukvården benämner de människor som behöver omsorg eller andra tjänster personen behöver. Det framhålls som viktigt att tänka på att patienten vill bli behandlad som en människa och inte som en patient med sjukdom.

Vården är en främmande plats för vissa människor där individen kan känna sig utlämnad och ensam. När de känner sig utlämnade i vården, är det viktigt att de alltid är välinformerade, har kunskap och vet vad som ska hända med dem (Kovero & Tykkä, 2002).

Patienter har, enligt Holm (2001), en önskan att ge information till sjuksköterskan om sin sjukdom, sin sociala situation, sin oro och sina bekymmer samtidigt som de upplever att detta egentligen inte är nödvändigt. De menar att sjukvårdspersonal redan vet allt det som de i själva verket vill berätta för dem, därför håller de tillbaka sin information. Patienter uppger också ha en önskan om att få ett realistiskt besked, vid leverans av svåra besked. Dock bär de på en omedveten rädsla för att ge information med risk för att den informationen ska leda till att de ska få obehaglig information tillbaka. Information i form av ett svårt besked eller en diagnos. Information som kan göra patienten besviken, förskräckt, ledsen och som kan ta ifrån dem hoppet. Holm (2001) beskriver att samma önskningar som det lilla barnet har på sina föräldrar, då de ska veta allt och kunna förklara allt, för patienten över till personalen omedvetet. Enligt patienten är personalen experter och har en makt liksom föräldrar över sitt lilla barn.

I studien av Kiessling och Kjellgrens (2004) framgår att en patient beskriver att rondan på sjukhus upplevs som ett stressigt tillfälle då personalen pratar över huvudet på patienten. Patienten upplever att det är svårt att framföra sitt problem när andra patienter befinner sig i samma rum, eftersom alla kan höra det som sägs (Kiessling & Kjellgrens, 2004). Ett bra bemötande från vårdpersonalen är viktigt, enligt patienterna. De uttrycker att de mår bra av att bli lyssnade på och av att få vara delaktiga i samtalen, som handlar om dem själva. Enbart närvaro och att patienten vet att vårdpersonal finns till hands om det behövs, skapar trygghet (Ergott, 2008).

Att ta emot ett svårt besked

HSL, (SFS1982:763) gör gällande att vården och behandlingen ska ske i samråd med patienten. Patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och valmöjligheter om metoder för undersökning, vård och behandling. Patienten har alltså rätt att få besked om sin belägenhet, även om besked kan vara svåra måste de ges. Ett svårt besked är enligt Carlander (2010) ett oönskat och ovälkommet besked. Detta besked leder till en kris för individen. Det svåra beskedet kan handla om ett sjukdomsbesked, ett operationsbesked eller något annat besked som är svårt för personen att ta emot.

På sjukhus ges svåra besked dagligen, exempelvis får över 100 personer per dag i Sverige ett cancerbesked, enligt Lignell (2011). Att få ett svårt besked kan göra att personen hamnar i olika tillstånd som exempelvis chock eller ångest och detta leder till ett lidande. Enligt Kovero och Tykkä (2002) är ovissheten och väntan på diagnos värst. Att få det svåra beskedet har beskrivits som en känsla av att allt skulle rasa samman, det blev varmt inombords och man visste inte vad man skulle ta sig till. En annan patient har beskrivit att det var dödsångest från

första början och att allt kom som en chock. Enligt Carlander (2010) reagerar människor olika på svåra besked men vanligast är att personen hamnar i en första chock. Denna fas beskrivs som att på ett ögonblick omkullkastats livets förutsättningar, det sker en stor förändring. Nordahl (2009) menar att det finns flera olika orsaker till att en person drabbas av chock. Psykisk chock som Nordahls studie (2009) är inriktad på, beskrivs som en reaktion på traumatiska händelser som kan ge ett chockliknande tillstånd som oro, förvirring, apati, hjärtklappning, blekhet, överkänslighet och ibland hysterisk förlamning. En svår psykisk chock kan leda till neurogen chock.

Cullberg (2006) beskriver den psykiska krisens förlopp som en upplevelse av övergivenhet, kaos och självfördömmelse. Det finns inga reaktionsmönster som är de riktiga och som förväntas av en chockad person. Krisen kan yttra sig med symtom som exempelvis viss form av aggressiva handlingar, kaosupplevelser, ångest, känsla av onyttighet och övergivenhet. Dessa yttringar kan leda till att individen uppträder med en bristande ork till att fortsätta sitt liv. Det kan även yttra sig som sänkt livskraft och en depressiv hållning. En kris visar sig på olika sätt och olika mycket från individ till individ. För att sjuksköterskan skall kunna följa krisförloppet måste hon/han veta hur förloppet yttrar sig. Med kunskap om att krisen delas upp i fyra olika stadier kan hon/han genom att prata med individen och observera denne, få en inblick i vilket stadium patienten befinner sig i. Utifrån dessa stadier kan sjuksköterskan ge optimal omvårdnad till patienten (Cullberg, 2006).

Chockfasen är den första fasen av fyra i en kris. Den varar en kort stund men kan kvarstå upp till flera dygn. Reaktionen är individuell. Det innebär att individen kan reagera med en förtvivlan eller andra typiska tecken som sjuksköterskan kan uppfatta tydligt. Individen kan även reagera passivt eller isolera sina känslor med ett tyst beteende som exempel. Detta kan vara svårt att bedöma som ohälsa vid ett första möte med en patient och märks inte i alla möten. Oftast syns kaoset som pågår inne i individen, utanpå individen. I denna fas är det viktigt att veta att individen inte kan ta in det som har skett. En människa i chock glömmer lätt information. För personalen som vårdar patienten är detta viktigt att veta eftersom information ofta ges i samband med exempelvis ett svårt besked (Cullberg, 2006).

Enligt Cullberg (2006) är reaktionsfasen den andra fasen i processen. Den uppkommer när individen börjar öppna ögonen för vad som har skett. Individen börjar nu finna en mening i sin förvirrade situation. Personen upprepar ofta frågor många gånger om varför just denne drabbades. Uttryck om hur orättvist livet är, är också vanligt. Inte många, men vissa människor, förknippar händelsen som ett straff från tidigare misstag i sitt liv. De uttrycker tydliga och orealistiska skuld-känslor i samband med detta. Det är viktigt att observera individen vid fas ett och två. Bland annat vid misstanke om att individen väljer att använda alkohol eller tabletter som viss hjälp. Detta kan ofta ha självdestruktiv följd. Individer som har reagerat med bestämda förväntningar på vad som skulle hända före en större kirurgisk operation har efter ingreppet reagerat med chock och besvikelse över lidandet i samband med operationen (Cullberg, 2006).

Under den tredje fasen som är bearbetningsfasen börjar individen vända sig mot framtiden återigen. För personen som till exempel har en kroppsskada innebär detta en prövad tanke att leva med ett handikapp och med allt vad det kan innebära (Cullberg, 2006).

Nyorienteringen är sista fasen i krisens förlopp, enligt Cullberg (2006). Fasen som lätt glöms bort, kanske för att den inte har någon avslutning. Den blir istället ett stycke av livet. I denna fas får händelsen en ny betydelse i livet, liksom ett ärr som alltid kommer att finnas men som inte behöver hindra framtiden. Den skadade självkänslan och det svikna har återupprättats, eftersom den drabbade försonat sig med det som skett. Enligt Travelbee (1971) är det viktigt att sjuksköterskan finns hos patienten vid alla dessa faser. Hon beskriver lidande och hopp vid sjukdom eller i samband med besked. När patienten befinner sig i dessa stadier är det sjuksköterskans uppgift att vara stödjande och ansvara för att patienten får sina behov tillgodosedda.

PROBLEMFÖRMULERING

Svåra besked ges varje dag inom sjukvården och patienter reagerar olika på dessa besked. Eftersom detta är något som sker ofta i vården är det viktigt att sjuksköterskan kan hantera situationen på ett korrekt sätt. En patient som får ett svårt besked kan bli chockad och inte veta riktigt vad han/hon ska ta sig till. I vården är patienten utlämnad, vilket kan upplevas svårt. Patienten som vårdas behöver känna trygghet och tillit till vårdpersonalen. Sjuksköterskans uppgift är att ge patienten information så att hon/han vet vad som händer och kommer att hända. I sjuksköterskans roll ingår att lyssna på patienten, bry sig om denne och få patienten att känna hopp i svåra stunder samt lindra lidandet. Denna studie fokuserar på bemötandet av patienter i samband med svåra besked.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskans/vårdpersonalens bemötande av patienter, utifrån patienters perspektiv, i samband med lämnandet av svåra besked.

METOD

En litteraturöversikt har genomförts, såsom Friberg (2006) beskrivit. Med detta menas att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst område. Redan befintlig forskning sätts samman till ett resultat. Detta innebär att aktuellt forskningsmaterial som svarar mot denna studies syfte har sökts i olika databaser och därefter analyserats och slutligen sammanställts.

Litteratursökning

Systematisk sökning har genomförts i databaserna Cinahl, PubMed, Medline och PsycInfo. Dessa databaser har en inriktning på omvårdnad, medicin och psykiatri. Följande sökord användes: *nurse, care, patient, bad news, difficult news, treatment, tough news* och *respond*. Vid sökning kombinerades sökord med trunktering (*). Denna slags sökning gav författarna större antal träffar, eftersom en trunktering vid valt ord gav ett resultat på alla slags böjningar av det valda ordet och i alla sorters sammanhang, Lindahl (2011). I sökningen har "AND" används mellan sökorden för att begränsa sökningen och få ett mindre antal träffar. Ordet "OR" har används mellan *difficult news, tough news* och *bad news* för att få mer träffar eftersom vi inte visste vad som var vanligast att användas av dessa tre ord i artiklarna.

Sökningarna har gjorts under november månad, år 2011. Sökningarna redovisas i Bilaga I. Alla träffar och artikeltitlar som kom upp och som motsvarade urvalskriterierna vid de olika

sökningarna lästes igenom. När titeln på artiklarna hade någon anknytning till syftet lästes artikelns abstrakt igenom för att få en uppfattning om artikeln var relevant för studien. De artiklar som inte togs med under sökningen var inte relevanta till syftet eller var inte vetenskapliga. Flera artiklar hade också för stort fokus på läkarrollen eller annan för syftet icke relevant yrkesgrupp. Efter att ha läst abstraktet till 35 artiklar valdes 17 artiklar som var relevanta till syftet. Dessa 17 artiklar lästes igenom fullständigt. Av dessa artiklar valdes 11 artiklar att kvalitetsgranska enligt Friberg (2006) innan de analyserades. Granskningen gjordes genom att ställa frågor så som framgår av Friberg (2006). En av flera frågor var till exempel om artikeln hade ett syfte och om det var klart formulerat. Slutligen valdes nio artiklar av god kvalitet efter bortfall av två artiklar, se Bilaga II. Det blev två kvantitativa artiklar och sju kvalitativa artiklar.

En osystematisk sökning i form av kedjesökning beskriven av Östlundh (2006), har även gjorts. Denna sökning beskrivs som en metod för att komplettera den systematiska sökningen. Detta gjordes genom att söka planlöst i databaser och bibliotek. Författarnas osystematiska sökning har skett via andra examensarbeten, böcker och artiklar. Här framkom inga relevanta artiklar.

Urval

Inklusionskriterier:

- Artiklar om vuxna människor, över 18 år
- Artiklar på engelska språket
- Artiklar publicerade mellan år 2001-2011
- Artiklar som var kvalitativa eller kvantitativa

Exklusionskriterier:

- Artiklar som kostade pengar
- Artiklar som inte klarade kvalitetsgranskningen
- Artiklar utan abstract

Analys

Analysen genomfördes efter Fribergs (2006) rekommendationer för analys vid litteraturstudier.

För att förstå artiklarna bättre översattes dessa via google translate innan de skrevs ut på papper och lästes igenom. För att översättningen skulle vara tillförlitlig kontrollerades den av båda författarna och jämfördes med den engelska artikeln.

Under analysarbetet lästes de nio valda artiklarna noggrant av båda författarna mellan tre till fem gånger beroende på hur lätt artikeln var att förstå. Första gången lästes artikeln igenom för att kunna bilda sig en uppfattning om innehållet. Andra gången överstryktes text som var relevant mot syftet. En tredje läsomgång gjordes som säkerhet för att allt relevant innehåll skulle komma med.

Efter denna genomläsning sammanfattades varje artikels resultat, med utgångspunkt från båda författarnas överstrykningar i respektive artikel, på en whiteboardtavla. Diskussioner om val av områden som författarna uppfattade olika klargjordes sinsemellan innan de skrevs ned.

Eftersom whiteboardtavlan var liten och det bara fick plats två artikelsammanfattningar fotograferades varje artikels sammanfattning för sig. Text på tavlan suddades ut för att göra plats för nya artikelsammanfattningar. Efter nio foton på artikelsammanfattningar överfördes bilderna till datorn. Bilderna på datorn granskades ytterligare. Texten från bilderna omformulerades vid oklarhet och förtydligades genom att jämföra med artiklarna. Därefter skrevs all text av från bilderna till Worddokument. Slutligen skapades nio Worddokument.

Dessa bearbetades sedan genom att författarna började med att färga Worddokumenten av resultatet från varje artikel i olika färger. Meningarna klipptes ut. Alla meningar spreds ut på ett bord och författarna tittade efter likheter och skillnader i meningarna. Liknande meningar sorterades till olika grupper. Det skapades tio grupper. Dessa grupper var: Hur information skall ges, Individanpassat, Stöd, en betydelsefull faktor, Närstående, Tid, Språk, Hopp, Information, Känslor/psykologi och Sjuksköterskeprofessionen enligt patienten. Eftersom det fanns många liknande grupper sattes de mest snarlika ihop till ett gemensamt tema. Grupperna Stöd, Känslor, Hopp och Tid blev subteman under ett gemensamt tema som fick namnet Fysiologiska och psykologiska faktorer. Grupperna Sjuksköterskeprofessionen enligt patienten och Individanpassat, fick det gemensamma temat Sjuksköterskan, en bland vårdpersonalen. Grupperna Information, Hur information ska ges och Språk blev temat Samtalets innehåll och betydelse. Närstående blev ett tema och ur detta tema framkom subteman Patienters behov av närståendes närvaro och Stödja närstående. Sammanfattningsvis framkom fyra teman och nio subteman. Vissa av subtemana ändrade titel efter att texten skrevs, se Tabell 1. I resultatet utgör temana rubriker och subtemana underrubriker.

RESULTAT

Tabell 1: Tema och subtema

Tema	Subtema
Samtalets innehåll och betydelse	Samtalet med patienterna Information som ges vid samtalet Språket - en del av samtalet
Sjuksköterskan, en bland vårdpersonalen	Patienters förväntningar på vårdpersonalen
Fysiologiska och psykologiska faktorer	Ge tidsutrymme vid lämnandet av svåra besked Känslomässigt stöd och möjlighet att känna hopp Fysiskt och muntligt stöd, en betydelsefull faktor
Närståendes plats	Patienters behov av närståendes närvaro Stödja närstående

Samtalets innehåll och betydelse

Samtalet med patienterna

Enligt Yardley, Davis och Sheldon (2001) ville patienterna ha en föraning innan om vad man letar efter i undersökningar innan själva beskedet lämnas om diagnosen. Patienterna beskrev att om de fick reda på i förväg att det kunde vara ett svårt besked var det lättare att kunna ta till sig det. Enligt Warnock, Tod, Foster och Soreny (2010) beskrev sjuksköterskorna att det var viktigt att ge en möjlighet för patienten till samtal efter att ha fått ett svårt besked. Innan detta samtal var det viktigt att en noggrann övervägning och planering skedde så att samtalet fick en bra struktur. Som sjuksköterska/vårdpersonal gällde det även att vara påläst och förberedd för att kunna ta emot frågor som patienten hade (Brown, Parker, Furber & Thomas, 2011; Warnock m.fl., 2010; Yardley m.fl., 2001).

Under samtalet ville patienter få känna att vårdpersonalen var tillgänglig just för honom eller henne. De ville känna sig unika och inte som att detta händer varje dag (Randall & Wearn, 2005). Enligt Yardley m.fl. (2001) hade det stor betydelse för patienter att sjuksköterskan visade att de var unika eftersom det gjorde att patienter kände tröst. Patienter räknade inte bara med att vårdpersonalen skulle ge information. Det var minst lika viktigt att vårdpersonalen var en god lyssnare. Patienter ville inte att samtalet skulle ske via telefon utan öga mot öga med sjuksköterskan så att en relation kunde skapas (Brown m.fl., 2011; Randall & Wearn, 2005).

Både patienter och sjuksköterskor ansåg att samtalet var som bäst i en miljö som tillät sekretess och där samtalet inte hade så stor chans att bli avbrutet (Warnock m.fl., 2010; Brown m.fl., 2011). Vissa patienter ville diskutera behandlingen för att kunna delta i besluten och andra patienter föredrog att lämna beslutsfattandet till vårdpersonalen. Därför var det viktigt att ta reda på vad just den enskilda patienten ville (Brown m.fl., 2011; Randall & Wearn, 2005; Schofield m.fl., 2002). Enligt Brown m.fl. (2011) ville patienter att sjuksköterskan skulle visa att de fick reagera på det svåra beskedet och att vara ledsna. Enligt Yardley m.fl. (2001) och Schofield m.fl. (2002) ville patienter få tid till att ställa sina frågor och få svar på frågorna. Det var inte alltid säkert att patienten hade frågor vid första samtalet, men det var viktigt för patienten att veta att det finns någon tillgänglig när frågor väcktes. Som patient var det viktigt att diskutera frågor eftersom det gjorde att de kunde slappna av och inte kände ångest (Yardley m.fl., 2001).

Enligt Parker m.fl. (2001) ansåg patienter att det var viktigt att vårdpersonalen har god kunskap om det som skulle informeras om. Patienter ville att samtalet skulle erbjuda stöd i hur personen skulle leva efter det svåra beskedet.

Informationen som ges vid samtalet

Många patienter ansåg att de hade en juridisk och moralisk rätt till information om sin diagnos (Cleary, Hunt, Escott & Walter, 2010). Enligt Yardley m.fl. (2001) trodde patienter att vårdpersonal tänkte att patienten själv skulle förstå allvaret genom att de fick genomgå snabba undersökningar och att de därför inte behövde ge så mycket information. De menade att undersökningarna redan hade gett förvarning om diagnosen för patienten. Enligt patienter var

det inte så, de tyckte att vårdpersonal borde tänka på att patienter inte kunde systemet i sjukvården.

Alla individer var olika och alla ville även ha olika mycket information. Vissa patienter ville inte ha någon information alls. Det var viktigt att innehållet i informationen styrs efter hur patienten vill ha det (Brown m.fl., 2011; Randall & Wearn, 2005). Enligt både sjuksköterskor och patienter skulle information inte kännas påtvingande och det skulle vara lagom mycket i mängd. En viktig fråga att tänka på var vilket behov av information som fanns för den enskilda patienten (Cleary m.fl., 2010; Randall & Wearn, 2005; Schofield m.fl., 2002; Warnock m.fl., 2010; Yardley m.fl., 2001).

Informationen som patienter ville ha skulle innehålla diagnos, behandling och prognos (Yardley m.fl., 2001). Enligt Brown m.fl. (2011) ville 90 % av patienterna diskutera sin prognos. Enligt Keating, Nayeem, Gilmartin och O’Keeffe (2005) ville 84 % av patienterna veta sin diagnos. Av dessa ville 80 % ha reda på den fullständigt, 12 % ville inte ha diagnosen alls och 4 % var osäkra. Av dem som inte ville ha diagnosen eller de som var osäkra ville 82 % ha diagnosen om den hade betydelse för behandlingen. Enligt patienterna var det viktigt att få möjlighet att diskutera sin diagnos för att se att det fanns behandling och de upplevde ett hopp och möjlighet att klara sig efter det svåra beskedet då (Brown m.fl., 2011).

Patienter ville att vårdpersonal skulle vara rakt på sak och presentera information tydligt. Ofta ville patienter höra all information detaljerat (Brown m.fl., 2011; Parker m.fl., 2001; Randall & Wearn, 2005; Schofield m.fl., 2002; Yardley m.fl., 2001). Fanns det frågor var det vårdpersonalens uppgift att komplettera och förklara informationen på ett ärligt sätt (Randall & Wearn, 2005). Patienter ville också veta vad som skulle hända och vad som väntar dem. Information om de psykologiska effekterna av en behandling tyckte patienterna var viktigt att ha med i informationen. Att få information om biverkningar av behandling gjorde att patienten uppfattade vårdpersonalen som ärlig (Cleary m.fl., 2010; Randall & Wearn, 2005; Yardley m.fl., 2001). Enligt Schofield m.fl. (2002) blev patienter tillfredsställda av att vara med och diskutera tillsammans med vårdpersonalen. Skriftlig information är enligt Schofield m.fl. (2002) ett sätt att minska ångesten för patienten. Enligt Randall och Wearn (2005) beskrev patienter att denna information var lugnande eftersom patienten då själv hade kontroll. Informationen fanns därmed alltid till hands för frågor och patienten kunde själv styra hur mycket information som hon/han ville ta del av. Enligt Yardley m.fl. (2001) räckte det inte med ett enda samtal för patienterna. Det var inte säkert att patienten kunde ta emot all information och den kunde behöva upprepas. Om det var olika personal som vårdade patienten var det viktigt att de visste vad som sagts och inte sagts eftersom patienten själv inte ville tvingas förklara vad som bestämts.

Språket - en del av samtalet

Sjuksköterskor framhöll att det ibland kan vara svårt att samtala med patienterna, vilket kan handla om att patienten kommer från en annan kultur och pratar ett annat språk. Det gör det svårt för vårdpersonalen att samtala med patienten utan tolk (Warnock m.fl., 2010). Men det var inte bara kulturen som gjorde att det blir missförstånd i samtalet mellan vårdpersonal och patient. Enligt patienter använde vårdpersonal ibland svåra ord som gjorde det svårt att förstå vad som menades (Yardley m.fl., 2001).

Enligt Cleary m.fl. (2010) ville patienter att vårdpersonalen skulle tänka på vad som ska förmedlas i samtalet och hur hon/han förmedlar det. Information som patienten fick borde ske med ord som patienten förstår och på det språk som patienten talar (Parker m.fl., 2001). Patienter ville att innehållet i informationen skulle vara förenklad och lätt att ta till sig. Patienter ville uppleva samtalet som underlättande. Detta menade de skulle ske genom att sjuksköterskan valde att använda rätt ord eftersom orden som används har stor betydelse. Vissa patienter upplevde att vårdpersonal vill skydda och inte skrämja dem, genom att använda enkla ord. Patienter upplevde att det var bättre att få höra exempelvis ordet cancer istället för tumör. Patienter hörde hellre sanningen från början (Brown m.fl., 2011; Parker m.fl., 2001; Schofield m.fl., 2002).

Språket i samtalet hade stor betydelse för patienter. Det var viktigt att vårdpersonalen inte använde medicinska termer. Om vårdpersonalen använde medicinska termer ville patienten vara medveten om vad som menades med dessa. Att använda de medicinska termerna utan en grundlig förklaring gjorde patienter rädda och förvirrade (Brown m.fl., 2011; Randall & Wearn, 2005; Yardley m.fl., 2001). Enligt Thornton, Pham, Engelberg, Jackson och Curtis (2009) fick patienter som pratar samma språk som vårdpersonalen mycket mera tid från vårdpersonalen än vad en patient fick där tolk användes. Ett direkt samtal mellan vårdpersonal och familj tog i medeltal 32 minuter jämfört med 18,4 min för ett samtal där tolk användes.

Sjuksköterskan, en bland vårdpersonalen

Patienters förväntningar på vårdpersonalen

Patienter tyckte att det var viktigt att vårdpersonal var uppdaterad, gällande forskning om patientens sjukdom, information, behandling samt konsekvenser av sjukdomen, i samband med kommunikation vid svåra besked. De uppskattade erbjudande om stöd och att ha vårdpersonalens fulla uppmärksamhet vid samtal (Parker m.fl., 2001) samt att vårdpersonalen skulle vara organiserad (Warnock m.fl., 2010). En önskan uttrycktes att vårdpersonal väntar med informationen, tills alla tester var klara, innan patienten fick det svåra beskedet (Parker m.fl., 2001). När svåra besked skall ges föreslog patienter att detta gjordes av erfaren vårdpersonal som inte skulle vara tveksamma (Yardley m.fl., 2001). De menade att de viktigaste egenskaperna som vårdpersonal skall ha under ett samtal var, ärlighet, att vara korrekt och tillförlitlig (Cleary m.fl., 2010). En hög tillfredsställelse rapporterades bland patienter i en studie när sjuksköterskan agerade lugnt i samband med svåra besked (Schofield m.fl., 2002).

Patienter, som berättade om när de fick en diagnos, beskrev hur de skulle vilja känna säkerhet och bli bemötta professionellt av en expert inom området. De uppskattade vårdpersonal som betedde sig på ett naturligt, vänligt och sympatiskt sätt men som ändå kunde ge information ärligt, lugnt och öppet (Randall & Wearn, 2005). Beröring från vårdpersonal godtogs av patienter för att visa empati. I samband med detta ville patienter att vårdaren skulle vara medveten om oroväckande yttringar som patienter kunde visa om situationen kändes påtvingad (Randall & Wearn, 2005).

Patienter uttryckte att det var lättare att diskutera med vårdpersonal än med familjemedlemmar (Yardley, m.fl., 2001). Vid diskussion tyckte många patienter inte om att uttrycket sjukdom användes. Sjukdom lät inte trevligt utan skrämmande. De föredrog att vårdpersonal istället använde ordet tillstånd (Randall & Wearn, 2005). Attityder som berörde patienter mest var när vårdpersonal visade sig otålig, uttråkad eller ointresserad under samtal om svåra besked. De föredrog istället att hon/han var rakt på sak, svarade på frågor och var professionell i relationen (Brown m.fl., 2011).

Patienter önskade att få individanpassad information (Randall & Wearn, 2005; Schofield m.fl., 2002; Yardley m.fl., 2001). De uttryckte att de inte vill bli behandlade vanemässigt av vårdpersonal (Randall & Wearn, 2005). Istället ville de ha en regelbunden uppföljning, ha en god relation till vårdpersonalen, som helst skulle vara samma personer vid varje möte (Randall & Wearn, 2005; Yardley m.fl., 2001). En dålig relation mellan sjuksköterska och patient kunde leda till ett dåligt samtal (Warnock m.fl., 2010). Patienter uttryckte att de var rädda för att bli övergivna (Randall & Wearn, 2005). Patienter ansåg att de gärna ville ha förtroende för vårdpersonal (Yardley, m.fl., 2001).

Fysiologiska och psykologiska faktorer

Ge tidsutrymme vid lämnandet av svåra besked

Brist på tid vid möte mellan sjuksköterska och patient var ett hinder för kommunikation vid svåra besked (Warnock m.fl., 2010). Personer uttryckte att de gärna vill ha en vårdpersonal som tar sig tid att svara fullständigt på alla deras frågor. Det var något som var viktigt för dem (Brown m.fl., 2011; Parker m.fl., 2001). Viktigast för patienter som hade fått ett svårt besked, var att de ville få tillräckligt mycket tid för att ställa alla sina frågor. Frågor om till exempel den aktuella sjukdomen (Brown m.fl., 2011; Parker m.fl., 2001). Yardley m.fl. (2001) lyfte fram att patienter hade fått ett svårt besked för snabbt och inte stegvis. De menade att ett snabbt besked orsakade en chock hos dem. Detta ledde till att deras tid för att ställa frågor och få svar på det de funderar på, istället upplevdes som en uppgift som vårdpersonalen för snabbt hade erbjudit dem. Patienter beskrev att en person som var i chock hade ingen tanke på frågor. På grund av detta uttryckte patienter att de önskade mer tid för frågor.

Enligt Warnock m.fl. (2010) upplevde sjuksköterskorna att samtalen inte alltid uppfyllde patientens behov på grund av att tiden inte räckte till eller att sjuksköterskorna inte hade kompetens nog att genomföra samtalet. Patienter uppfattade ofta vårdpersonal som stressade och otåliga, Brown m.fl., (2011). Patienter uttryckte nödvändigheten av att inte behöva känna sig stressade även om mötet ägde rum på en stressad klinik, där andra patienter väntar. En patient gav uttryck för sin besvikelse över att själv ha varit stressad på grund av klinikens omständigheter. En patient beskrev det som att gå in till sjuksköterskans rum och sedan gå ut igen (Randall & Wearn, 2005). Sex av tretton patienter vid en intervju önskade kortare väntetid mellan besöken efter ett svårt besked. De menade att diagnosen de hade fått, skulle ha uppfattats mer tydlig och problemet mer klart om det varit kortare tid mellan besöken (Yardley m.fl., 2001).

Känslomässigt stöd och möjlighet att känna hopp

Stöd uppfattades som en viktig faktor vid svåra besked. En stödjande vårdpersonal är viktigt. Brist på stöd upplevdes negativt (Brown m.fl., 2011; Yardley m.fl., 2001). En högre tillfredsställelse rapporterades bland patienter som i möte med vårdpersonal hade haft tillfälle att diskutera sina känslor (Schofield m.fl., 2002). Hopp hade en stor betydelse i vården för patienter som tagit emot ett svårt besked. Det var en så kallad kraft de fick och som de kunde slåss mot sin sjukdom med. Den så kallade kraften gav patienterna styrka och den stärktes när människor omkring dem var lika hoppfulla och stöttande (Randall & Wearn, 2005). I en studie framkom att 75 % av patienter som deltog, tyckte att det var viktigt att ge hopp oavsett omständigheter (Cleary m.fl., 2010). När vårdpersonal gav hopp, lindrade detta rädslor som senare kunde uppkomma. Patienter uppskattade diskussioner om förväntade känslomässiga upp och nedgångar och detta gynnade deras kamp mot sin sjukdom. En patient uttryckte att han/hon inte trodde någon informerat om att patienten skulle känna sig nedstämd och tvivla på sitt hopp (Randall & Wearn, 2005).

Att få bidra till beslut om behandling kände sig patienter okvalificerade för och upplevde i samband med sådana val ett känslomässigt kaos av olika grad. Att däremot få veta sin prognos, gav patienterna hopp och lättnad (Randall & Wearn, 2005). Patienter uttryckte en känsla av lugn, som de fick av ett professionellt och lugnt bemötande (Randall & Wearn, 2005). Ångest dämpades vid hantering av patientens känslomässiga reaktioner. Framförallt när vårdpersonal var villiga att diskutera patienters känslor (Schofield m.fl., 2002). Vårdgivaren rekommenderas att ge hopp, av 20 % av patienter som ingick i studien som Brown m.fl. (2011) har gjort. Majoriteten av patienterna hade sina partner eller en vän vid samtal om ett svårt besked. Detta upplevdes som ett tydligt känslomässigt stöd av patienterna. Det hjälpte även den drabbade att ge information vidare till andra familjemedlemmar och vänner (Randall & Wearn, 2005).

Fysiskt och muntligt stöd, en betydelsefull faktor

Patienter önskade enligt Brown m.fl. (2011) emotionellt- och fysiskt stöd i samhället. Fysiskt stöd i samhället i detta fall innebär att vårdpersonalen berättar till exempel om resurser i samhället såsom stödgrupper med mera. Ytterligare en studie (Randall & Wearn, 2005) hävdar att patienter uppskattade erbjudande om rådgivning och stödgrupper.

Stödjande aspekter vid svåra besked var viktigare för kvinnor än för män. Det fanns ingen skillnad i civilstånd i önskan om stöd (Brown m.fl., 2011; Parker m.fl., 2001). Ett slags stöd var för patienter att få veta att de och vårdpersonalen skulle ses regelbundet. Patienter var rädda för att bli övergivna och behövde stärkas i att de skulle fortsätta att följas upp och få stöd av vårdpersonalen (Randall & Wearn, 2005). Stödjande aspekter av kommunikation var bland annat att erbjuda hemtrevnad, ge information om andra resurser och hjälpa dem att meddela beskedet till andra. Men också mer information om sin sjukdom och få frågor besvarade (Parker m.fl., 2001). Det framhölls att vårdpersonal måste inse vikten av att veta patientens bakgrund och sociala stöd. Det viktiga stödet, enligt patienters uttalande, var familjen (Yardley m.fl., 2001).

Närståendes plats

Patienters behov av närståendes närvaro

Enligt Yardley m.fl. (2001) ville patienter att vårdpersonal skulle ta reda på patientens bakgrund och lära känna patienten mer på djupet. Patientens tillgång till socialt stöd var viktigt att känna till som vårdpersonal (Yardley m.fl., 2001).

Vissa patienter ville att närstående skulle vara med i själva vårdandet och andra ville inte det, enligt Yardley m.fl. (2001). Enligt Keating m.fl. (2005) ville 57 % ta emot svåra besked ensamma, 40 % ville få beskedet tillsammans med närstående och 2 % ville istället höra beskedet från närstående. Andra studier visade att patienter ville att närstående skulle vara med vid lämnandet av det svåra beskedet. Patienter hade då någon att få stöd ifrån och någon som har hört samma information och som kunde hjälpa till att komma ihåg vad som diskuterats (Cleary m.fl., 2010; Schofield m.fl., 2002; Yardley m.fl., 2001). Något som framhölls som viktigt var att tänka på att inte ge information till närstående innan den har getts till patienten själv (Brown m.fl. 2011).

Stödja närstående

Enligt Parker m.fl. (2001) ville patienter ibland ha hjälp att förmedla det svåra beskedet till sina närstående. När patienter valde att anhöriga skulle finnas med i vårdandet, kunde sjuksköterskan behöva hjälpa patienten att förmedla det svåra beskedet (Parker m.fl., 2001; Randall & Wearn, 2005). Om en närstående redan varit med under själva beskedet kunde den i sin tur vara ett bra stöd för patienten när andra närstående skulle få ta del av beskedet. Patienten slapp då vara ensam i detta (Randall & Wearn, 2005).

Enligt Warnock m.fl. (2010) ansåg sjuksköterskor att det var deras uppgift att stödja både patienter och närstående vid svåra besked. Det som sjuksköterskor upplevde svårt vid stödet till anhöriga var när de begärde att patienten inte skulle få information om sin diagnos och prognos. När de fick informationen ändå medförde detta en spänning mellan vårdpersonal och närstående.

DISKUSSION

Metoddiskussion

När artiklarna analyserades visade det sig att resultaten i artiklarna var ganska lika. De stämde alltså ganska bra överens med varandra. Vi menar att detta bidrog till att det blev ett tillförlitligt resultat. Att studien har genomförts efter Fribergs modell tycker vi visar att det är en genomtänkt metod och det finns en bra grund för att studien gjorts på rätt sätt.

Systematisk sökning har genomförts i databaserna: Cinahl, PubMed, Medline och PsykInfo. Följande databaser valdes eftersom de hade en inriktning på omvårdnad, medicin och psykiatri. Detta ansågs vara bra databaser för att hitta artiklar som stämde överens med syftet för denna studie. En del medicinsk vetenskap och en stor del omvårdnad hör till sjuksköterskans grundläggande ansvar, därför var ämnet om medicin delvis godtagbart för användning som

material i denna studie. Psykiatri var också aktuellt som ämnesområde eftersom det hade en tydlig koppling till ”det svåra beskedet” som var fokus i denna studie. Dessa fyra databaser var även de som föreslogs under bibliotekets genomgång. PsykInfo gav mycket information vid sökningen. Alltför mycket information, så att vi inte kunde hitta sätt att korta ner sökningen. Det var heller inte relevant att läsa igenom 500 artikeltitlar och tiden för det räckte inte till. Eftersom det fanns tillräckligt med material utan databasen Psykinfo, togs den bort.

Artiklar som valdes var relevanta mot syftet och i slutet av sökningen uppfattades att de mest aktuella artiklarna för denna studie hade valts. Det skulle kanske ha gått att göra fler sökningar i de andra databaserna. Anledningen till att sökandet avslutades var att samma artiklar kom upp och databaserna kändes uttömda på allt vad gäller syftet. De artiklar som framkommit bedömdes även vara så bra att resultat kunde analyseras. Vid sökning i Pubmed visade det sig att de flesta av artiklarna som kom upp inte var vetenskapliga, när en kritisk granskning gjordes. Någon artikel var intressant via läsning av titeln, dock fanns inte abstraktet tillgängligt. För alla artikelrubriker fanns heller inte artiklar tillgängliga och fanns det någon så var den svåråtkomlig.

Följande sökord ansågs relevanta mot syftet: *nurse, care, patient, bad news, difficult news, tough news, treatment* och *respond*. Dessa sökord var valda efter studiens syfte. Vid val av nyckelord väcktes diskussioner när ordet ”dåliga nyheter” skulle översättas till engelska språket. Muntligt översattes dåliga nyheter till bad news. För att vara på den säkra sidan användes engelska lexikon på högskolans hemsida. Dessa bekräftade översättningen delvis men inte helt. Efter flera diskussioner mellan oss samt hjälp av lärare och andra studenter under ett metodseminarie valdes ändå ordet bad news. Det översatta ordet gav dock inte många relevanta träffar på några av databaserna. Därför togs denna diskussion upp under ytterligare ett metodseminarium. Där kom tipsen att kombinera ordet med tough news, difficult news, treatment och respond. Tough news, difficult news och bad news betyder egentligen samma sak men bestämdes att ha med för att göra sökningen ännu bredare.

Att det inte blev någon träff på fulltext vid sökning på ”bad news* AND nurse* AND care*” var något som författarna reagerade på.

Artiklarna skulle handla om vuxna människor, över 18 år, vara på engelska eftersom inga svenska hittades och vara publicerade 2001-2011. Att åldern över 18 valdes berodde på att författarna ville avgränsa studien till vuxna människor. Att artiklarna fick vara på engelska berodde på att författarna skulle kunna analysera och förstå artiklarna. En maximal gräns på tio år gamla artiklar, kan låta gammalt. Detta gjordes eftersom när den första sökningen skulle göras, för att se vad som fanns, kom det inte fram så många artiklar från de närmaste åren. För att studien skulle vara uppdaterad valdes inte äldre artiklar än 10 år. Att artiklarna inte fick kosta pengar gjorde att vissa artiklar valdes bort, vilket kan ses som negativt. Att vissa artiklar valdes bort i sökningarna var för att många av artiklarna som handlade om svåra besked ofta handlade om läkaren som gav det svåra beskedet. Vissa av dessa artiklar fick väljas bort på grund av att de hade för stor inriktning på just läkarrollen. Andra artiklar som handlade om läkaren ansågs ändå användbara eftersom patienterna beskrev hur de ville bli bemötta vid ett svårt besked och då hade egentligen inte själva läkarrollen betydelse utan resultatet som framkom skulle kunna handla om vilken vårdpersonal som helst.

I analysen beskrivs att det har gjorts en översättning av artiklarna från engelska till svenska via google translate. Denna översättning anser vi är tillförlitlig eftersom vi har suttit tillsammans och gått igenom varje artikelöversättning åt gången och kontrollerat att den stämt överens med originalartikelns text. Har någon text inte varit relevant, har vi ändrat på den efter originalartikelns text. Tabeller som användes för att läsa av somliga artiklars resultat, har inte översatts eftersom författarna tyckte att de ändå gav en klar bild över vad respektive artikel handlade om. Något som stärker tillförlitligheten i studiens resultat är att vi analyserat varje artikel var för sig innan vi diskuterat den tillsammans och sammanställt ett gemensamt resultat. Hade någon viktig information inte kommit med, hade den ändå kommit fram.

Eftersom sökningen i denna studie mestadels svarar på patienters upplevelse om hur de vill bli bemötta vid svåra besked har vi funderat på om vi hade fått samma resultat genom att göra en självbiografistudie. Anledningen till att vi inte valde att göra en självbiografistudie var för att, när uppsatsskrivningen kom igång var inte fokus att få patientens erfarenheter utan att analysera sjuksköterskans perspektiv. Detta ändrades dock under arbetets gång på grund av att valda artiklar handlade mer om patientupplevelser än sjuksköterskeperspektiv. Genom patientens perspektiv kunde vi få fram hur sjuksköterskan kunde ge omvårdnad på bästa sätt i alla fall, vilket svarade på vårt syfte ändå.

Yardley m.fl. (2001) nämner chock som en reaktion som kan uppkomma vid ett svårt besked. Det är vanligt att personer hamnar i olika chockfaser (Cullberg, 2006) och det är då viktigt att vara observant på patientens reaktioner och ge stöd genom dessa. En svår psykisk chock kan leda till en neurogen chock (Nordahl, 2009) och därför är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen. Vi har valt att lyfta fram chock i denna studie, eftersom det är ett allvarligt tillstånd som faktiskt kan ske.

I denna studie har vi använt etiskt ställningstagande såsom beskrivs i Patel och Davidson (2003). Vi har använt ett noggrant arbetssätt och noga beskrivit metoden. Allt innehåll utifrån denna studies syfte har tagits med. Det finns inte innehåll som utelämnats på grund av att det har haft ett oönskat resultat. Resultatet är inte tillrättalagt. I vår kvalitetsgranskning av artiklarna framkom att majoriteten av artiklarna var godkända av etisk nämnd.

Resultatdiskussion

Enligt omvårdnadsteoretikern Travelbee (1971) är det viktigt att sjuksköterskan finns till hands för patienten efter ett svårt besked. Sjuksköterskan behöver hjälpa och stödja patienten och finna en mening i lidandet. Patienten är i behov av information som sjuksköterskan bör vara villig att ge. Detta stämmer väl överens med denna studies resultat som visar att sjuksköterskan ska ge möjlighet för patienten att få prata efter att ha fått ett svårt besked. I resultatet framkommer det att patienter som pratar samma språk som vårdpersonalen får mycket mer tid till samtal än vad en patient får där tolk används under samtalet (Thornton m.fl., 2009). Vi menar att det egentligen borde vara tvärtom. Vårdpersonalens samtal pågår nästan tio minuter längre med patienter som förstår språket än de samtal där tolk används. Sammanfattningsvis menar vi att resultatet innebär att patienter, som talar samma språk som vårdaren, får mer stöd och tid att prata om sina känslor och vårdpersonalen lyssnar mer på dessa. Ett möte som är tio minuter kortare på grund av språkproblematik innebär att sjuksköterskans plikt enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, SFS1982:763), som är att ge omvårdnad av god kvalitet, inte upp-

fills. Även om det borde vara självklart att en patient med språkproblem behöver mer hjälp samt tid vid ett svårt besked, så framkommer det enligt Thornton m.fl. (2009) att detta är något som uppenbarligen är svårt att åstadkomma i praktiken. International Council of Nursing (ICN, 2007) beskriver ansvarsområden som sjuksköterskan har att följa och som bland annat handlar om att lindra lidande vilket också är något som tycks svårt att uppnå i en sådan situation. Dels för att inte tillräckligt med tid ges till patienten att skapa en god relation mellan vårdgivare och vårdtagare och dels för att lidande inte kan ses på för kort tid, anser vi. I andra kulturer uttrycks kanske inte heller känslor på samma sätt, detta kan vara ett problem om vårdtagare och vårdgivare är från olika kulturer.

Av resultatet framkommer det även att sättet att uttrycka sig är en viktig del i vårdandet av en patient som tar emot ett svårt besked (Parker m.fl., 2001; Cleary m.fl., 2010). Det är viktigt att sjuksköterskan inte använder medicinska termer annat än då det är nödvändigt och att i så fall försäkra sig om att patienten förstår. Sjuksköterskans roll är att vara tydlig och ärlig vid samtalet och hon/han har att tänka på hur informationen förmedlas. Sjuksköterskan ska ha en god kommunikativ förmåga för att kunna informera och undervisa sina patienter (Björkström, 2005). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS1982:763) ska patienten få individanpassad information om sitt hälsotillstånd och de behandlingar som finns.

Travelbee (1971) framhåller att information till patienter efter ett svårt besked är viktigt och att patienten hela tiden ska veta vad som händer. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS1982:763) säger också att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov för att skapa trygghet och detta ska ske i samråd med patienten. Både lagen och omvårdnadsteoretikern framför därmed att information till patienten är viktig. Sammanfattningsvis framkommer även detta i resultatet då patienter framhåller att informationen är viktig samt att de vill ha olika mycket information vilket de vill att vårdpersonalen ska vara medvetna om (Brown m.fl., 2011; Tandall & Wearn, 2005). Patienterna ville att informationen skulle innehålla prognos, diagnos och behandling (Yardley m.fl., 2002). De uttryckte även att det var underlättande att få informationen skriftligt (Shcofield m.fl., 2002; Randall & Wearn, 2005).

Något som inte önskades av patienter, var att få svåra besked via indirekt kommunikation till exempel via telefon (Randall & Wearn, 2005). Något som ändå sker idag (Johansson, 2011, 30 maj) men som enligt vårt resultat bör undvikas. Men alla situationer går kanske inte att undvika. Det kan uppkomma situationer då etiska överväganden måste göras vid överlämnandet av svåra besked. Till exempel när en patient, som bor långt ifrån sjukvården skall få ett svårt besked men som har besvärligt att ta sig till sjukvården för att delta i detta samtal. En annan situation som också skulle kunna vara relevanta är när närstående får vara delaktiga inom vården av exempelvis sin cancersjuka närstående som nyligen har fått besked att hans/hennes cytostatikabehandling inte längre kan bota hans/hennes sjukdom. När denna patient ber personalen framföra detta besked till de närstående eftersom patienten inte orkar med detta själv uppkommer ett dilemma. Framförallt när närstående bor långt bort från vårdavdelningen. Här gäller det att göra etiskt ställningstagande och ta hänsyn till vad som gynnar patienten och de närstående. Det går att fråga sig om det är rimligt att behöva åka en resa på fem timmar för att få höra ett svårt besked om sin anhörig eller skall man istället föreslå att informera via telefon. I en sådan situation kanske ett besked via telefon kan vara mer positivt än ett besked via brev. Från en synvinkel är det god vård på de villkor som är och ser man det från en annan synvinkel innebär det att vården som man ger inte är ett bra bemötande vid svåra besked.

Inom sjukvården kan även andra dilemman uppstå vid lämnandet av svåra besked. Bland annat tidsbrist men också på grund av okunskap (Yardley m.fl., 2001; Warnock m.fl., 2010). Detta kan förbättras genom att återigen tilldela mer tid för direkt kommunikation vid bemötande av patienter som tar emot svåra besked, men också via riktlinjer om hur svåra besked skall ges på bästa sätt. Utbildning av vårdpersonal är ett annat alternativ som ger kunskap och som leder till att vårdpersonal blir mer säkra i sin roll. Utifrån det kan en god vård i samband med ett svårt besked ges. Studerande som skall arbeta inom vården kan också undervisas i detta för att uppnå en förbättring.

Samtal i en miljö där ingen annan kan höra eller avbryta mötet var något som patienter och sjuksköterskor ansåg vara bäst (Warnock m.fl., 2010; Brown m.fl., 2011). Utifrån resultatet föreslår vi att rondtraditionen förändras som arbetsmetod eller att fler enkelrum tillskapas för att åstadkomma framförallt förbättringar vid lämnandet av svåra besked till patienter men också för att i Offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400) stadgar i §1 framgår att det är förbud att lämna ut allmänna handlingar. En annan möjlighet är att rondan kan vara stationerad i ett enkelrum dit patienter får komma på egen hand efter tilldelad tid. Då hade säkerligen problem uppkommit bland patienter som inte passar sin tid, dock menar vi att detta är ett mindre problem än att bryta mot sekretesslagen.

Resultatet visar att, enligt Keating m.fl. (2005) ville 57 % ha diagnosen ensam utan sin familj närvarande. Detta säger emot vad som framkommit i övriga artiklar som istället visar att familjen uppskattas som stöd vid leverans av svåra besked (Yardley m.fl., 2001; Schofield m.fl., 2002; Cleary m.fl., 2010).

Konklusion och praktiska implikationer

Resultatet visar att patienter önskar stöd vid lämnandet av svåra besked. Den ofta använda formen av stöd enligt patienter är att sjuksköterskan visar att hon/han har tid för dem. Det är lika viktigt att val av ord under samtal skall vara lättförståeliga och att medicinska termer undviks. Skriftlig information efter ett svårt besked var en fördel enligt patienter. Patientens sociala bakgrund är viktig att känna till som sjuksköterska. Även om resultatet visar att flera patienter föredrar att få svåra besked ensamma finns en stor grupp som önskar att ha med sin familj. Närstående är ett stort stöd för patienten och därför är det lika viktigt som sjuksköterska att stödja närstående.

Enligt resultatet uppskattar patienten att få ett svårt besked i en miljö där de är ensamma i lugn och ro med vårdpersonal. Utifrån resultatet föreslår vi att rondtraditionen förändras som arbetsmetod eller att fler enkelrum tillskapas för att åstadkomma en förbättring vid lämnandet av svåra besked till patienter. En annan möjlighet är att rondan kan vara stationerad i ett enkelrum dit patienter får komma på egen hand efter tilldelad tid. Tiden i mötet mellan sjuksköterskan och patienten är viktig. Finns det gott om tid för kommunikationen så är det lättare att skapa en relation med patienten. Denna relation gör att patienten känner trygghet i den utsatta situationen vilket kan underlätta för patienten att klara av den svåra situationen. Utbildning av vårdpersonal är ett annat alternativ som ger kunskap till vårdpersonalen och som leder till att de blir mer säkra i sin roll. Studerande som skall arbeta inom vården kan också undervisas i detta för att uppnå en förbättring.

REFERENSER

- Attree, M. (2001). Patients and relatives experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Ben Natan, M., Shahar, I., & Garfinkel, D. (2009). Disclosing bad news to patients with life-threatening illness: differences in attitude between physicians and nurses in Israel. *International Journal Of Palliative Nursing*, 15(6), 276-281.
- Björkström, M. (2005). *Den professionella sjuksköterskan – i relation till den akademiska sjuksköterskeutbildningen*. Karlstad: Universitet.
- Brown, V., Parker, P., Furber, L., & Thomas, A. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. *European journal of cancer care*, 20(1), 56-61.
- Carlander, J. (2010). *Att lämna svåra besked*. Stockholm: Gothia.
- Cleary, M., Hunt, G., Escott, P., & Walter, G. (2010). Receiving difficult news: views of patients in an inpatient setting. *Journal of psychosocial nursing & mental health services*, 48(6), 40-48.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ergott, K. (2008). Hold my hand... don't let go: moments of caring from a patient's perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 26(4), 308-310.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I B. Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Holm, U. (2001) *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2007). Svensk sjuksköterskeförening: Stockholm. Tillgänglig 2011-10-27.
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Johansson, A. (2011). Min pappa fick besked om cancer via telefon. *Dagens nyheter*. [Elektronisk]. Hämtad 30 December, 2011, från <http://www.dn.se/insidan/insidan-hem/min-pappa-fick-besked-om-cancer-via-telefon>
- Keating, D., Nayeem, K., Gilmartin, J.J., & O'Keeffe, T. (2005). Advance directives for truth Disclosure. *American College of Chest Physicians*, 128(2): 1037-1039.
- Kiessling, T., Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), 31-5.
- Kovero, C., & Tykka, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 22(3), 15-20.

Lignell, K. (red). (2011). *Att få ett cancerbesked*. [Elektronisk]. Hämtad 1 November, 2011, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Cancer/Forsta-tiden-efter-beskedet/Nar-livet-forandras/Att-fa-ett-cancerbesked/>

Lindahl, E. (2011-10-06). *Personlig kommunikation – Introduktion till plan för examensarbete*. Trollhättan: Högskolan Väst.

Nationalencyklopedin. (2011). [Elektronisk]. Tillgänglig:2011-10-27. http://www.ne.se/omv%C3%A5rdnad?i_whole_article=true

Nordahl, M. (2009). *Chock*. [Elektronisk]. Hämtad 27 Oktober, 2011, från <http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Chock/>

Parker, P., Baile, W., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal Of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056.

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Randall, T., & Wearn, A. (2005). Receiving bad news: patients with hematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine*, 19(8), 594-601.

Schofield, P.E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H. N., Beeney L. J., & Dunn, S. M. (2002). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14: 48–56.

SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (1992). Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig 2011-11-02. <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 2009: 400. Offentlighets- och sekretesslag. (2011). Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig 2011-02-02. <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20090400.htm#>

Thornton, J., Pham, K., Engelberg, R., Jackson, J., & Curtis, J. (2009). Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences. *Critical Care Medicine*, 37(1), 89-95.

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

Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555.

Yardley, S., Davis, C., & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative medicine*, 15 (5), 379-386.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I B. Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I

Checklista för informationssökning

Databas: Pubmed

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal fulltext	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
11-11-17	Nurse*	26212				
11-11-17	Care*	218193				
11-11-17	Patient*	367782				
11-11-17	Bad news*	181				
11-11-17	Difficult news*	2				
11-11-17	Treatment*	476272				
11-11-17	Respond*	54932				
11-11-17	Difficult news* OR Bad news* OR Tough news*	214	42	8	3	2
11-11-17	Nurse* AND care* AND difficult news* OR Bad news* AND patient* AND treatment*	37	9	0		
11-11-17	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news* AND patient*	136	25	1	1	1
11-11-17	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news*	181	35	0		
11-11-17	Patient* AND difficult news* OR bad news*	183	35	0		
11-11-17	Bad news* AND nurse* AND care*	0				
11-11-17	Nurse AND treatment OR difficult news AND care AND bad news AND respond	1	0			
Summa:		1144326	146	9	4	3

Bilaga I

Databas: Cinahl

Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
11-11-12	Nurse*	21054			
11-11-12	Care*	95433			
11-11-17	Patient*	175559			
11-11-17	Bad news*	119			
11-11-17	Difficult news*	36			
11-11-17	Treatment*	92527			
11-11-17	Respond*	14209			
11-11-17	Difficult news* OR Bad news* OR Tough news*	137			
11-11-12	Nurse* AND care* AND difficult news* OR Bad news* AND patient* AND treatment*	2	2	1	0
11-11-12	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news* AND patient*	11	3	2	1
11-11-12	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news*	12			
11-11-14	Patient* AND difficult news* OR bad news*	125	18	8	5
11-11-17	Nurse* AND treatment* AND difficult news* or Bad news* AND care* AND respond*	0			
Summa:		399224	23	11	6

Bilaga I

Databas: Medline

Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
11-11-12	Nurse*	2638			
11-11-12	Care*	14945			
11-11-12	Patient*	39137			
11-11-17	Bad news*	216			
11-11-17	Difficult news*	63			
11-11-12	Treatment*	29908			
11-11-17	Respond*	1529			
11-11-12	Difficult news* OR Bad news* OR Tough news*	254			
11-11-17	Nurse* AND care* AND difficult news* OR Bad news* AND patient* AND treatment*	3			
11-11-12	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news* AND patient*	2	1	1	0
11-11-12	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news*	2			
11-11-14	Patient* AND difficult news* OR bad news*	8	2	1	0
	Nurse AND treatment AND difficult news OR bad news AND care AND respond	0			
Summa:		88705	3	2	0

Bilaga II

Översikt av analyserad litteratur

Författare, Publikations år	Titel	Syfte	Metod Kval/Kvan	Huvudsakligt Resultat	Sökord Databas
Yardley SJ Davis CL Sheldon F 2001 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives	Patienternas syn på hur lungcancer diagnoser ges, deras attityder till metoder och idéer till förbättringar.	13 patienter intervjuades Kvalitativ	Kommunikation, familj/samhälle, reaktion, syn på behandling och prognos, förbättringar	Patient* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl
Parker P Baile W Carl de Moor Lenzi R Kudelka A Cohen L 2001 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication	Bedöma patienters upplevelser när det handlar om hur det levereras nyheter om en cancerdiagnos	351 patienter med olika cancerformer. Med en enkät betygsatte de egenskaper av sammanhanget och innehåller i samtalet. Kvantitativ	Patienterna tyckte att innehållet i beskedet var viktigast. Men även stödjandet och underlättande dimensioner var viktiga.	Patient* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl
Warnock C Tod A Foster J Soreny C 2010 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse	Undersöka sjuksköterskans roll vid svåra besked i slutenvården.	Frågeformulär med öppna frågor. 236 sjuksköterskor deltog. Kvalitativ	Sjuksköterskor är engagerade i att bryta svåra besked. För detta behövs vägledning. Det är viktigt med bra relationer till patienterna.	Nurse* AND Care* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl
Brown V.A Parker P.A Furber L Thomas A.L 2010 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre	Bedöma hur patienter föredrar att få sin cancerdiagnos i ett typiskt brittisk Cancer Center.	244 patienter deltog. Enkäter. Frågor om svåra besked samt fylla i egna kommentarer. Kvalitativ/ kvantitativ	Majoriteten av patienterna ville samarbeta i besluten, vara involverade i sin behandling. Att få hopp.	Patient* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl

Bilaga II

Författare, Publikationsår	Titel	Syfte	Metod Kval/Kvan	Huvudsakligt Resultat	Sökord Databas
Randall T Wearn A 2005 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience	Beskriva patienternas erfarenhet av att ta emot svåra besked.	15 patienter med diagnosen leukemi eller lymfom. Badinspelade intervjuer. Kvalitativ	Patienterna hade starka önskemål om samtal och kontinuitet. Empati var viktigt.	Patient* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl
Cleary M Hunt G Escott P Walter C 2010 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Receiving Difficult news: Views of Patients in an Inpatient Setting	Hur patienter får svåra besked.	100 patienter i slutenvården Kvalitativ	Föredrar att höra svåra besked med anhöriga. Vill ha hopp. Personalen ska vara ärliga och informera om behandlingar, biverkningar, resultat.	Patient* AND Bad news* OR Difficult news* Cinahl
Schofield P. E Butow P. N Thompson J. F Tattersall M. H. N Beeney L. J Dunn S. M. 2002 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer	Syftet med studien var att undersöka patienters erfarenheter och tillfredsställelse av kommunikation. Samt om detta påverkade deras psykiska sjuklighet.	Intervju & enkäter Kvantitativ/ Kvalitativ	Patientens tillfredsställelse av kommunikation och deras psykiska sjuklighet var förknippat med hur kommunikation i praxis utfördes.	Nurse* AND care* AND difficult news* OR bad news* AND patient* PubMed
Keating, D Nayeem, K Gilmartin, J.J O'Keeffe, T 2005 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Advance directives for truth disclosure	Syftet var att ta reda på hur patienter skulle vilja få veta av cancer eller Alzheimers.	Intervju Kvantitativ	Majoriteten skulle vilja veta om de hade cancer eller demens. Andelen som ville veta skiljde sig inte mellan äldre och yngre.	Difficult news* OR Bad news* OR Tough news* PubMed

Bilaga II

Författare, Publikationsår	Titel	Syfte	Metod Kval/Kvan	Huvudsakligt Resultat	Sökord Databas
Thornton, J Pham, K Engelberg, R Jackson, J Curtis, J 2009 Kvalitetsgranskad <input checked="" type="checkbox"/>	Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted ICU family conferences	Syftet var att ta reda på om familjer med begränsade kunskaper I engelska får mindre information och stöd i valda kliniker	Kvantitativ metod	Familjer med begränsade kunskaper i språk har en ökad risk att få mindre infor- mation och stöd från sina kliniker	Difficult news* OR Bad news* OR Tough news* PubMed