

**ATT BELYSA FAKTORER SOM PÅVERKAR
SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SVÅRA SAMTAL I
LIVETS SLUTSKEDE**
EN LITTERATURÖVERSIKT

TO DESCRIBE FACTORS THAT AFFECT THE NURSES'
EXPERIENCE OF DIFFICULT CONVERSATIONS AT THE END OF
LIFE
A LITERATURE REVIEW

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 hp

Självständigt arbete, 15 hp, GPA105, HT2020

Nivå: Avancerad nivå

Examinationsdatum:2021-03-25

Författare:

Helen Frid

Handledare:

Elin Hjorth

Annika Törlind

Examinator:

Ragnhild Hedman

Sammanfattning

- Bakgrund:** Inom palliativ vård hålls svåra och existentiella samtal. Att hålla och bemöta dessa samtal kräver yrkeskunskap och erfarenhet. Beroende på olika faktorer så har sjuksköterskorna olika förutsättningar för dessa samtal. I arbetet har Jean Watson teori har använts som teoretisk utgångspunkt.
- Syfte:** Att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelse av att hålla svåra samtal i livets slutskede.
- Metod:** En systematisk kvalitativ litteraturöversikt med induktiv ansats. Databaserna PubMed och CHINAL har använts. 15 artiklar valdes ut som svarade på syftet.
- Resultat:** I resultatet av litteraturöversikt framkom sjuksköterskans upplevelse av bristande kunskap och avsaknad av utbildning i samband med svåra samtal. Avsaknad av utbildning kan resultera i osäkerhet och låg självkänsla. Arbetserfarenhet och trygghet i yrkesrollen kan bidra till att sjuksköterskan upplever sig bekväm med att hålla svåra samtal. Svåra samtal kan väcka etiska tankar, vilka behöver diskuteras i arbetsgruppen. Om inte etiska tankar uppmärksammas kan det uppstå meningsskiljaktigheter om patientens vård. Olika strategier kan användas av sjuksköterskan då hen upplever sig osäker på i vilken omfattning av information patienten fått eller hur mycket av informationen som uppfattats av patienten.
- Slutsats:** Kunskap och utbildning behövs för att hålla svåra samtal, det kan påverka upplevelsen av samtalet. Etiska dilemman behöver diskuteras då det kan stärka sjuksköterskans förhållningssätt. Ämnet är snävt och fler studier behövs, därav behöver ämnet belysas och diskuteras på arbetsplatser för att lyfta ämnets betydelse.
- Nyckelord:** Palliativ vård, sjuksköterska, svåra samtal, upplevelser.

Abstract

Background: Within palliative care difficult and existential conversations often take place. To conduct and meet these conversations, knowledge of the occupation and work life experience is required. Depending on a variation of factors the nurses conduct these conversations under different circumstances. Jean Warson has been used as a theoretical starting point.

Aim: To acknowledge the factors that affect the nurse's experiences of conducting difficult conversations at life's end.

Method: A systematic overview of qualitative literature with an inductive approach. The databases used were PubMed and CHINAL. 15 articles were then chosen that answered the aim of the study.

Results: The result of the literature study shows that lack of knowledge and missing education affects the nurse's experience in conjunction of difficult conversations. The lack of education can result in insecurities and low self-esteem. Work life experience and a sense of security in the professional role can contribute to the nurse's overall comfort in partaking in difficult conversations. Difficult conversations can bring up ethical thoughts, which needs to be properly discussed withing a work group. If the ethical thoughts aren't properly acknowledged disputes about the patient's care may arise. Different strategies can be applied by the nurse if they are unsure of the extent of the information the patient has received or how much has been understood.

Discussion: Knowledge and education are needed to properly conduct difficult conversations and can affect the experience of the conversation. To strengthen the nurse's approach to the patient, ethical dilemmas need to be properly discussed. The covered subject is narrow, and more studies is needed, it is therefore necessary that it is acknowledged and discussed in the workplace to underline the importance of it.

Keywords: Experience, difficult conversation, nurse, palliative care

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	3
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PALLIATIVA VÅRDENS FRAMVÄXT	1
VÅRDFORMER	2
<i>Allmän palliativ vård</i>	2
<i>Specialiserad palliativ vård</i>	2
VÅRDEN AV PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE	3
<i>Sjuksköterskans roll i palliativ vård</i>	3
<i>Sjuksköterskans upplevelser</i>	4
<i>Sjuksköterskans betydelse i svåra och existentiella samtal i livets slutskede</i>	4
VÅRD FÖR PERSONER INOM PALLIATIV VÅRD OCH I LIVETS SLUTSKEDE	6
<i>Personcentrerad vård</i>	6
NÄRSTÅENDES BETYDELSE I LIVETS SLUTSKEDE	7
<i>Närstående till patienter i livets slutskede</i>	7
<i>Kommunikation/ relation mellan närstående, sjuksköterska och patient</i>	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
DESIGN	10
URVAL	10
<i>Inklusionskriterier</i>	10
<i>Exklusionskriterier</i>	11
DATAINSAMLING	11
KVALITETSGRANSKNING	12
DATAANALYS	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	13

YTTRE FAKTORER SOM KAN PÅVERKA SJKSKÖTERS KAS UPPLEVELSER	14
<i>Arbetsmiljön</i>	14
<i>Avsaknad av utbildning</i>	15
<i>Otydlighet i dokumentationsförfarande</i>	15
<i>Kulturella skillnader</i>	16
<i>Kommunikations svårigheter</i>	17
INRE FAKTORER SOM KAN PÅVERKA SJKSKÖTERS KANS UPPLEVELSER	17
<i>Relationsskapande</i>	17
<i>Självkännedom och självkänsla</i>	18
<i>Etiskt tänkande</i>	19
<i>Strategiska tillvägagångsätt</i>	20
DISKUSSION	21
METODDISKUSSION.....	21
RESULTATDISKUSSION	23
KLINISKA IMPLIKATIONER	28
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	29
SLUTSATS	29
REFERENSFÖRTECKNING	30
BILAGA 1. SÖKMATRIS	43
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	46
BILAGA 3. CALDWELL BEDÖMNINGSUUNDERLAG.	58

Inledning

Sjuksköterskor världen över oavsett arbetsplats kan komma i kontakt med omvårdnad av patienter i livets slutskede och deras närstående. I mötet med patienter och närstående under livets slutskede behöver sjuksköterskor förståelse för betydelsen av kommunikation och relationsskapande. Existentiella och svåra samtal kan påverka hur vidare vård ska planeras, dessa samtal kan ske spontant eller planerat. Då författarna arbetar som sjuksköterskor inom specialiserad palliativ vård känns det betydelsefullt att ta reda på vilka faktorer som kan påverka sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal.

Bakgrund

Palliativa vårdens framväxt

På 1950-talet började den palliativa vården utvecklas då förståelsen ökade för patienters existentiella och psykosociala behov. Under 1960 talet öppnade Dame Cicely Saunders det första hospicet, St. Christophers Hospice i England där det holistiska perspektivet genomsyrar synen på hela patienten och även närstående både fysiskt, psykiskt och existentiellt. 1982 startade den första hospiceavdelningen i Sverige på Bräcke Helhetsvård i Göteborg (Nationella rådet för palliativ vård, (u.å.). Enligt Socialstyrelsens termbank (2020a) definieras *palliativ vård* som "Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående". I Sverige används begreppet "de fyra hörnstenarna" för att definiera palliativ vård, de består av symtomlindring, samarbete som sker i mångprofessionella arbetslag, kommunikation och relation samt stöd till närstående (Regionalt cancercentrum i samverkan [RCC], 2016).

Delar av världshälsoorganisationens (World Health Organization [WHO], 2002) definition av palliativ vård utgår från att förebygga och lindra lidande genom att bland annat identifiera fysisk, psykisk och emotionell smärta hos patienten och även psykisk och emotionell smärta hos närstående. Andra delar som ingår i definitionen är att erbjuda stöd för att främja livskvalitet samt för att sjukdomsförloppet ska blir så bra som möjligt utifrån den situation patienten befinner sig i (WHO, 2002). 1988 bildades European Association for Palliative Care [EAPC] i Europa för de med specifikt intresse av palliativ vård. Idag finns 57 nationer representerade och EAPC anordnar palliativa konferenser samt utarbetar riktlinjer

för palliativ vård (Radbruch et al., 2018). International Association for Hospice and Palliative Care [IAHPC] har nyligen kommit med en ny global definition av palliativ vård vilken bland annat fokuserar på allvarligt lidande istället för att lägga betoning på livshotande sjukdom och prognos (Radbruch et al., 2020). För att nå målet krävs en helhetssyn av sjukdom, problem och livssituation där olika perspektiv från patient, närstående och personal behöver kombineras (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020).

WHO (2020) beskriver att globalt har 40 miljoner människor varje år behov av palliativ vård, av dessa lever cirka 78% i låg och medelinkomstländer. Endast 14% av de människor som har behov av den palliativa vården får tillgång till denna, enligt Clark et al. (2020) är den andelen koncentrerad till europeiska länder. Enligt WHO (2020) finns ett uppdämt behov av palliativ vård i världen, Problem såsom nationella hälsopolicies och andra system som inte inkluderar palliativ vård samt begränsad eller obefintlig utbildning i palliativ vård behöver överbryggas. Andra problem kan vara brist på medvetenhet hos beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal samt allmänhetens kunskap om vad palliativ vård innebär. Kunskap saknas i hälso-och sjukvårdssystemet om fördelarna med att tillhandahålla patienter och närstående palliativ vård. Barriärer kan vara av kulturell och social karaktär, som människors tro om döden och döendet.

Vårdformer

Allmän palliativ vård

Den allmänna palliativa vården ges till de patienter vars behov kan mötas genom personal som har grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den största delen av den palliativa vården som ges i Sverige är den allmänna och ges på skilda kontext såsom vård- och omsorgsboenden, i hemsjukvård, hemtjänst och även inom sjukhus förlagda verksamheter (SBU, 2020).

Specialiserad palliativ vård

Den specialiserade palliativa vården finns till för de patienter som har komplexa symtom eller särskilda behov utifrån den livssituation de befinner sig i. Personal i den specialiserade vården arbetar i mångprofessionella team där det finns särskild kompetens och specialistkunskap i palliativ vård (Arias-Casais et al., 2020; SBU, 2020). I studien av Schelin et al. (2018) beskrivs att den andel patienter i Sverige som har tillgång till den specialiserade palliativa

vården i sista levnadsveckan erhåller en bättre kvalitet på vården jämfört med patienter på övriga vårdinrättningar. Den specialiserade palliativa vården bedrivs genom specialiserad hemsjukvård med mobila team, specialiserade slutenvårdsavdelningar, hospice och även genom konsultverksamhet (Arias-Casais et al., 2020; SBU, 2020).

Vården av patienter i livets slutskede

Socialstyrelsens termbank (2020a) definition av Palliativ vård i livets slutskede är “palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet”. Det innebär att patienten vid denna tidpunkt inte har långt kvar i livet och brytpunktssamtalet på denna nivå innefattar utsättning av medicinska och sjukdomsspecifika behandlingar (RCC, 2016). Behandlingen ska på denna nivå vara symtomlindrande och patienten ska ha bästa möjliga livskvalitet, det innebär att patient och närstående ska få möjlighet att ta tillvara den sista tiden i livet (Socialstyrelsen, 2018).

Sjuksköterskans roll i palliativ vård

Ramritu och Barnad (2001) beskriver att sjuksköterskans kompetens som komplex och att den består av många olika delar, som praktiskt handhavande, kunna ge en säker vård, att kunna använda sina kunskaper, fördela arbetsuppgifter och tid, kunna värdera etiska frågasättande, kunna hantera sin kliniska färdighet samt hantera arbetsbelastning och att ta till sig kunskap och utveckling inom vården. Vilket också beskrivs i kompetensbeskrivningen för allmänsjuksköterskan (Svensk Sjuksköterskeförening [SFF], 2017) vilket innehåller sex kärnkompetenser; personcentrerad vård, teamsamverkan, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, kvalitetsutveckling, säker vård och ledarskap. Sjuksköterskan har i uppdrag att självständigt och även i samverkan med team och tillsammans med patient och närstående ansvara för bedömning, planering, genomförande och utvärdering av vården. Enligt ICN:s etiska kod (SFF, 2017) för sjuksköterskor ska sjuksköterskan ta hänsyn till mänskliga rättigheter där alla patienter har rätt till liv och egna val och att alla patienter ska mötas med respekt. Detta stärks också av Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30), stadgas i 1§ som säger att alla människor ska få rätt till lika vård och att alla människor har lika stort värde. Sekse et al. (2018) beskriver behovet av kompetens hos sjuksköterskan för att kunna utveckla en relation med patient och närstående, vilket är en förutsättning för god omvårdnad. SFF, (2017) menar att sjuksköterskan även har ansvar för att konsultera andra medarbetare i teamet för att vid behov komplettera kompetens. Planering av vården görs i

samråd med patient och närstående på ett sätt som värnar om värdighet och integritet. Vård mötet baseras på patientens berättelse och utformas och dokumenteras utifrån ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient. En förutsättning för att patienten ska kunna fatta beslut om vårdens innehåll och mål är att detta görs tillsammans med patient och om patienten så tillåter även ihop med närstående (SFF, 2017). I kompetensbeskrivning för specialiserad sjuksköterska i palliativ vård beskrivs att hen ska kunna skapa förutsättningar för samskapande och delaktighet för att patient och närstående ska kunna fatta beslut i vårdprocesser samt att hen behöver vara medveten om den sårbara situation de befinner sig i (SFF, 2019). Hökkä et al. (2020) menar att en del av specialistsjuksköterskans roll i palliativ vård bygger på kompetens i hur hen kan hålla sig uppdaterad i aktuell kunskap och förstå betydelsen av dess evidens. I sjuksköterskans yrkesroll ingår att kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder, samt att arbeta för implementering av ny kunskap och nya arbetssätt som går att kvalitetssäkra (SFF, 2017). Sjuksköterskans kritiska reflektion är av betydelse för att sträva efter bästa möjliga patientsäkerhet och omvårdnads kvalitet (Byrne et al., 2020).

Sjuksköterskans upplevelser

Sjuksköterskan skapar sina upplevelser genom erfarenhet, där upplevelsen hela tiden är förändligt i samspelet mellan patienten och sjuksköterskan (Benner et al., 2009).

Sjuksköterskans profession och medmänsklighet lägger grunden för upplevelser i samband med omvårdnaden av patienten (Engström, 2020). Upplevelser finns överallt, det finns i möten med andra människor, i erfarenheter och i samtal, de kan också finnas i minnen som skapas kontinuerligt (Sand & Strang, 2014).

Sjuksköterskans betydelse i svåra och existentiella samtal i livets slutskede

Samtal runt döden berör det existentiella i människan vilket gör ämnet känsligt och sårbart för alla inblandade, andliga och religiösa frågor är vanliga (Friedrichsen, 2013) men samtalen kan även handla om meningen med livet, ensamhet, rädsla, lidande, död, skuld och försoning (Hemberg & Bergendahl, 2020). Svåra samtal består ofta av två dimensioner där en planering görs för hur samtalet ska genomföras och vilka hinder som kan finnas. Då samtalen kan väcka känslor och upplevelser måste sjuksköterskan vara beredd på patients och närståendes reaktioner under samtalets gång, dessa reaktioner kan till exempel vara förnekelse, ilska och sorg (Schulz et al., 2017). Inom palliativ vård är just dimensionen av existentiella samtal

utmärkande. Alla människor har dock olika förutsättningar för att samtala om svåra saker, därför kan det rent praktiskt vara svårt att planera in existentiella samtal. Därav behöver sjuksköterskan ibland oplanerat bemöta patienten i existentiella samtal då tillfälle ges (Friedrichsen, 2020). Beroende på patientens och närståendes tillhörighet av kultur eller religion kan det påverka deras existentiella tankar och frågor. Palliativ vård ska ges med hänsyn och respekt för patientens och familjens kulturella värderingar och tro (Radbruch et al., 2020). Religion och andlighet kan ge svar på livets mening, andlighet kan även bestå av myter, riter och traditioner och dessa tillsammans eller var för sig kan stödja patientens mål med livet och stödja patienten i att hantera svåra beslut (Sand & Strang, 2014).

Existentiella samtal kan innehålla svåra frågor, vilket innebär att för den som blir svårt sjuk kan livets existens ifrågasättas och allt kan ställas mellan liv och död. Sjuksköterskan behöver kunna bemöta dessa frågor då de kan vara oundvikliga för patienten. Genom att vara närvarande, bekräftande och ställa öppna frågor kan det i sin tur leda till att en konversation kan påbörjas (Sand & Strang, 2014; Strang et al., 2014). Patienter och närstående förväntar sig att sjuksköterskor utifrån sin yrkesroll kan lyssna, samtala om känslor och underlätta kommunikationen inom familjen. Detta ställer krav på sjuksköterskans psykosociala och existentiella kompetens. Att som sjuksköterska inte försöka ta sig tid för samtal kan orsaka vårdlidande hos patienten då samtal är lika viktigt som andra handlingar i omvårdnaden (Friedrichsen, 2013).

Existentiella frågor är vanliga hos alla människor då det är en del av livet, oavsett tillhörighet av kultur eller religion, trots detta visar forskning att sjuksköterskor ser dessa frågor som krävande och kan ha svårt att bemöta dessa (Hemberg & Bergendahl 2020; Udo et al., 2013; Reinke et al., 2010). Att som sjuksköterska ha mod till att inleda existentiella samtal med patienter kan öka sjuksköterskans förståelse för hur de kan handskas med dessa frågor. Sjuksköterskor som är medvetna om och kan hantera sin egen rädsla för döden kan ha lättare för att se patienten som en egen unik individ och detta kan öka förutsättningarna för att skapa djupa samtal (Udo et al., 2013). Som sjuksköterska är det av stor vikt att kunna läsa av patientens kroppsspråk eller ögonkontakt dessa kan vara ett tecken på att patienten vill samtala och dessa samtal kan då utmynna i svåra och/eller existentiella samtal (Browall et al., 2010). Då flertalet av de studier som handlar om samtal i den palliativa vården fokuserar på läkarens brytpunktssamtal med patienten, medan det finns färre studier som beskriver

sjuusköterskans samtal med patienter och närstående (Baer & Weinstein, 2013; Friedrichsen, 2013; Malloy et al., 2010).

Vård för personer inom palliativ vård och i livets slutskede

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård beskrivs som ett förhållningssätt i palliativ vård och i begreppet betonas att patienter och närstående ska ses som unika personer med individuella behov (SSF, 2019). Främst presenteras personcentrerad vård med utgångspunkt i vården av *en* person. I fokus är patienten som ses som en unik individ utifrån sin egen berättelse och hur denne upplever situationen, samt vilka värderingar och erfarenheter som patienten har (SBU, 2020). Den personcentrerade vården utgår från att personen ifråga är expert på sig själv (Byrne et al., 2020). Genom patientens berättelse kan sjuusköterskan identifiera aktuella behov och resurser. Berättelsen kan mynna ut i en vårdplan där patienten och sjuusköterskan i partnerskap tillsammans utformar och dokumenterar strategier och mål. De kan även planera för en uppföljning då intentionen är att patienten ska vara delaktig i vården och vara motiverad till att ta ansvar för sin egen hälsa (SBU, 2020). Sjuusköterskans profession utgår ifrån en humanistisk människosyn specialiserad på omvårdnad där patienten och närstående är i fokus. Den personcentrerade vården bygger på samspel mellan sjuusköterskan, vårdmiljön, närstående och den omvårdnad som ges, där hänsyn tas till patientens och närståendes önskemål (McCormack & McCance, 2006). Genom att sjuusköterskan visar hänsyn för patientens livsmål och värderingar kan ett samspel utvecklas med patienter som befinner sig i ett palliativt skede och även deras närstående (Sudore et al., 2017).

Utifrån kultur kan svåra beslut fattas på en mer familjecentrerad nivå och det kan innebära att närstående tar emot information och inte patienten. I vissa kulturer kan beslut vara personcentrerade och patienten behöver ge sitt medgivande för att närstående ska kunna få information, därför är det viktigt att ta hänsyn till kulturella skillnader då det i olika kulturer kan efterfrågas olika mycket information av patient och närstående (Bousquet et al. 2015; Parker et al. 2007). I Sverige tillämpas offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) och patientlagen (SFS 2014:821), vilka understödjer patientens rätt till sekretess, integritet, självbestämmande och delaktighet, oavsett kulturell tillhörighet.

Närståendes betydelse i livets slutskede

Närstående till patienter i livets slutskede

Enligt Socialstyrelsen (2020b) är en *närstående* en person som patienten själv anser sig vara nära och har en nära relation till. Benzein et al. (2017b) beskriver att det är en person som patienten inte måste ha blodsband till eller har förbund till via lag, utan är en person som patienten är sammankopplad med emotionellt. Skorpen et al. (2019) menar att närstående ser sig själva som en del av patientens identitet och de är dessutom en stor del av dennes liv. Familjen kan ses som ett system där en händelse eller förändring hos en familjemedlem påverkar alla medlemmar i familjen (Millberg et al., 2020). Närstående inom den palliativa vården upplever att patienten som är sjuk vårdas personcentrerat, men att de som närstående inte känner sig delaktiga på samma sätt i vården (Skorpen et al., 2019). I vårdprogrammet om palliativ vård (RCC, 2016) beskrivs att närståendes liv kan förändras då en person som står en nära får en obotlig och livshotande sjukdom. Livet tar en annan vändning och närståendes liv kan plötsligt bestå av att hjälpa den som är sjuk samtidigt som den närstående ska försöka bearbeta sin sorg och förbereda sig på den förestående döden (RCC, 2016). Omsorg om de närstående anses vara en stor del av sjuksköterskans arbete i den palliativa vården och kan omfatta att stödja, få de närstående känna att situationen är hanterbar och att de inte känner sig ensamma i den, men grundläggande var att skapa tillit till de närstående (Sekse et al., 2018) Att som sjuksköterska stödja närstående kan ske genom att praktiskt ge och förmedla stöd men även genom att stödja emotionellt. Det emotionella stödet kan ges via samtal, information, förmedla trygghet och att göra närstående delaktiga i den grad de önskar. Närståendes delaktighet kan öka genom att sjuksköterskan samtalar om vilka önskemål som finns, vilka mål vården har och hur planeringen ser ut framöver. Samtalet behöver inte alltid leda till något resultat, ibland behöver de närstående någon som bara lyssnar till deras berättelse (RCC, 2016).

Kommunikation/ relation mellan närstående, sjuksköterska och patient

Sjuksköterskan har en central och nära roll i mötet med patient och närstående där samtal och frågor ofta uppstår naturligt i samband med omvårdnadsmoment. Då sjuksköterskan är den person som finns runt patienten en stor del av tiden uppstår kommunikation som både kan vara verbal och icke verbal, så som att bara finnas närvarande för patienten (Malloy et al., 2010). I och med att sjuksköterskan bygger upp en tillit och trygghet med patienten kan det leda till att det blir lättare att förbereda svåra samtal (Glajchen & Goehring, 2017). För att

som sjuksköterska kunna genomföra samtal om den sista tiden i livet krävs både utbildning, kunskap och erfarenhet (Stone et al., 2013). Wittenberg-Lyles et al. (2011) beskriver sjuksköterskans ansvar för att föra svåra samtal med patient och närstående, samtalet kan även ha betydelse för vidare planering av patientens framtida vård. Danies et al. (2013) menar att svåra samtal ofta hålls av sjuksköterskan tillsammans med närstående och patient. Samtalen kan handla om rädsla och om vad som kommer hända i livets slutskede, frågor som ställs omfattar inte bara det fysiska utan inbegriper även psykiska och existentiella faktorer. Det handlar också om att kunna stödja patienten till att ta beslut kring hur denne vill ha det under den sista tiden i livet och var patienten önskar att dö. Då sjuksköterskor även stöttar närstående upplever de att det kan vara svårt att finna balans mellan patientens och närståendes önskemål (Danies et al., 2013).

En av de fyra hörnstenarna i den palliativa vården är kommunikation och relation (SBU, 2020). Friedrichsen, (2013) beskriver kommunikation som ett viktigt verktyg inom all vård, men särskilt i den palliativa vården där det är vanligt med svåra samtal. Kommunikation i sig innebär en överföring som inte behöver vara ömsesidig, utan kan även ske genom envägskommunikation. Samtal däremot är ett utbyte av information som sker mellan minst två människor (Friedrichsen, 2013). Kommunikation kan ses som en strategi för att skapa en relation mellan sjuksköterskan, patienten och dennes familj. Dock finns det sjuksköterskor som känner oro för att vårda patienter i livets slutskede och deras familjer, oron ställdes i förhållande till utbildning, ålder, arbetsplats och livserfarenhet (Andrade et al., 2019) Tidigare har vårdpersonal stått för expertisen inom vården och avgjort till exempel vilken information som är viktig för patienten och när samt hur den ska ges. Nu går vården mot en utveckling där värdet av relationer uppmärksammas och omvårdnadsrelationen byggs upp genom att samtala med patienter och närstående (Benzein et al., 2017a). I Lundquist et al. (2011) studie framkommer det att kommunikation runt döden är ofrånkomlig då det kan hjälpa patienten att bli delaktig i beslut gällande sin egen vård, vilka mål vården ska ha och vad patienten prioriterar. Att informera om att döden är nära förestående kan hjälpa patienten med existentiella problem, planeringen inför var denne vill dö och förberedelser av händelser som kan komma att ske efter döden. Att patienterna informerades om förestående död varken ökade eller minskade patienternas symtomupplevelser, men förutsättningarna för en god död ökade då vården kan skilja sig åt beroende av om det funnits en kommunikation runt döden eller inte. Denna typ av kommunikation hjälper även närstående att förbereda sig inför

dödsfallet genom att de får information och stöd under vårdtiden och kan även underlätta i sorgprocessen (Lundquist et al., 2011).

Teoretisk utgångspunkt

I Jean Watson (1993) teori har sjuksköterskans expertis en betydande roll, vilket gör att teorin kan användas åt båda håll och belysa även sjuksköterskans upplevelser (Watson, 2007). Watsons teori (1993) utgår från en humanistisk och fenomenologisk värdegrund, vilket grundar sig på mötet mellan sjuksköterska och patient i samband med omvårdnadsåtgärder. Samspelet mellan patient och sjuksköterska kallar Watson för transpersonell omsorg. Detta innebär att sjuksköterskan uppmärksammar både patienten och sitt eget behov utifrån en helhetssyn både fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Watson (1993) benämner detta humanvetenskap och konst, där konst står för utbyte av känslor mellan två personer. Detta gör att sjuksköterskan får en förståelse för att både inre och yttre faktorer kan påverka patientens och sjuksköterskans välbefinnande. Förutsättningen för ett fungerande samspel påverkas av sjuksköterskans förmåga av att uppfatta känslor, ha intuition och att kunna använda sig av sin egen erfarenhet, kunskap och profession. Så länge det tillkommer ny kunskap och nya förhållningssätt inom omvårdnad kommer den transpersonella omsorgen alltid att utvecklas (Watson, 1993). Teorin delas in i tio caritativa faktorer där carativ innebär interventioner i en omsorgsprocess. De tio faktorerna är humanistiskt-altruistiskt värdesystem, tro och hopp, känslighet för sig själv och till andra, omtänksamhet hjälpa och lita på, uttrycka positiva och negativa känslor, kreativ problemlösning, transpersonellt lärande, stödjande och skyddande i psykisk, fysisk och spirituellt miljö och att uppnå önskemål och tillåta existentiella och fenomenologisk andlighet. Fyra av dessa faktorer var särskilt intressanta i relation till ämnet i uppsatsen. De utvalda faktorerna var känsligheten för sig själv och andra, uttryck av positiva och negativa känslor, mental, fysisk, social och spirituellt miljö och kreativt problemlösande. Teorin är transpersonell och utbyte sker i relationen mellan sjuksköterska och patient vilket gör att det finns en tyngdpunkt på samspelet i mötet där dynamik, upplevelser och problem kan uppstå Watsons (1993). Delar av Jean Watsons teori kommer diskuteras i resultatdiskussionen utifrån de fyra utvalda caritativa faktorerna.

Problemformulering

Det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att kommunicera, skapa relationer och ansvara för att hålla i svåra samtal med patienter och närstående som befinner sig i livets slutskede, vilket

ställer krav på sjuksköterskans kompetens. Den centrala roll som sjuksköterskan har i omvårdnaden av patienter i livets slutskede innebär att naturligt befinna sig i situationer där existentiella och svåra samtal kan uppstå i relationen med patienter och närstående. Dessa samtal kan ha betydelse för patientens fortsatta vård och hur patienter och närstående ska förhålla sig till tiden framöver. Samtalen kan göra sjuksköterskan uppmärksam på patientens och närståendes önskemål om den sista tiden i livet. Då vård i livets slutskede finns inom de flesta kontexter inom sjukvården så kan sjuksköterskan påverkas av olika faktorer. Tidigare forskning visar att det finns få studier om sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal och att det finns en kunskapslucka i detta ämne som behöver fyllas.

Syfte/Frågeställningar

Att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelser av att hålla svåra samtal i livets slutskede.

Metod

Design

Studien genomfördes som en litteraturöversikt vars syfte är att få en översikt av forskningsläget vilket är av betydelse för att få en bas inför utförandet av evidensbaserad vård (Rosén, 2014). Artiklarna som valdes hade en kvalitativ ansats då studiens syfte är att belysa sjuksköterskans upplevelse av svåra samtal i livets slutskede. Kvalitativ metod är lämplig för att förstå människors upplevda erfarenheter (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016).

Urval

Till litteraturöversikten söktes artiklar som innehöll faktorer som påverkade sjuksköterskors upplevelser av svåra samtal i livets slut. I artiklarna som valdes ut var deltagarna endast representerade av sjuksköterskor och artiklarna var originalartiklar från primära källor, vilket innebär att de forskare som genomfört studien också har skrivit artikeln (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier

Artiklar som beskrev sjuksköterskans arbete med patienter i livets slutskede inom varierande kontext inkluderades, samt faktorer som påverkade sjuksköterskors upplevelser av svåra

samtal. Då författarna ville belysa kunskapsläget idag så valdes så nya artiklar som möjligt (Polit & Beck, 2017). Artiklarna skulle vara max tio år och skrivna på engelska eller svenska, om det fanns att tillgå. Endast kvalitativa artiklar ingick i litteraturöversikten.

Exklusionskriterier

Artiklar som fokuserade på läkare exkluderades, även artiklar som innehöll patienters och närståendes upplevelser av svåra samtal. Artiklar uteslöts som var äldre än tio år.

Datainsamling

Databassökning utfördes för att söka efter aktuell vetenskaplig litteratur. Femton artiklar valdes ut som svarade på syftet. Vid granskning av artiklarna var några titlar svårtolkade men i resultatet framkom faktorer som kunde påverka sjuksköterskans upplevelser. Valda artiklar har sökts från år 2010–2020 i Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och i Public Medline [PubMed], vilka är inriktade på omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck, 2017; Rosén, 2014). MeSH är en ämnesordlista som används för att hitta artiklar som är knutna till ett specifikt ämne (Polit & Beck, 2017).

De booleska operatorerna “AND”, “OR” och NOT användes för att vidga eller avgränsa sökningen (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2017). Nyckelord som framkom är sjuksköterska, svåra samtal, upplevelse, palliativ vård. För att identifiera nyckelorden och underlätta sökande efter evidens användes PIO (Polit & Beck, 2017). (Tabell.1)

Tabell. 1 Nyckelord för att ta fram sökord genom att använda PIO (Polit & Beck, 2017)

P = population	Sjuksköterskor i palliativ vård
I = interventions	Sjuksköterskans svåra samtal
O = outcomes	Upplevelser av samtalet

Sökord som använts är MeSH -termer samt fritextord, dessa har sedan använts i olika kombinationer med de booleska operatorerna samt trunkering, vilket innebär att alla former av ordet framkommer (Polit & Beck, 2017). Även citationstecken runt ord användes för att

hålla ihop orden till en fras, detta för att undvika att sökmotorn uppfattar det som olika termer (Östlundh, 2017). De MeSH termer som användes var Advance care planning [MeSH], hospice care [MeSH], Terminal care [MeSH], palliative care [MeSH]. I CHINAL heading användes Advance care planning, hospice care, terminal care, palliative. I fritext sökning användes orden communication, end of- life care, qualitative research, breaking bad news, experience, ethics, truth-telling och nurse. Breaking bad news och experience kombinerades med termerna nurse, hospice care, terminal care palliative care, communication, ethics och truth-telling, dessa sökord slogs ihop med booleska operatörerna och trunkering. Vid sökningarna hittades flertalet översiktsartiklar i ämnet, vilket är en sammanställning av tidigare studier (Polit & Beck, 2017). För att exkludera dessa artiklar lades kvalitativ efterforskning/ analys till vilket resulterade i att antalet översiktsartiklar och kvantitativa studier begränsades (Bilaga 1).

Kvalitetsgranskning

Artiklarna utvärderades och kvalitetssäkrades utifrån Caldwell's modifierade bedömningsunderlag (Caldwell et al., 2011) (Bilaga 3). Artiklarna granskades utifrån 18 frågor som sedan klassificerades utifrån mycket god kvalitet, god kvalitet och låg kvalitet. Artiklarna lästes igenom var för sig av författarna, kvaliteten bedömdes sedan enskilt för att därefter jämföras med varandra för att se hur bedömningarna stämde överens. Fyra artiklar höll medelhög kvalitet, 11 höll hög kvalitet och inga artiklar uteslöts. För att få en tydlig översikt av artiklarnas olika kvalitétéer sammanställdes dessa i en matris (Wallengren & Henricson, 2013). (Bilaga 2)

Dataanalys

En kvalitativ induktiv innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera artiklarnas text. Den induktiva ansatsen innebär att analysen har skett förutsättningslöst och inte utgår från någon tidigare teori (Lundman Hällgren & Graneheim, 2012). Initialt lästes hela artiklarna först igenom av båda författarna för att skapa en helhetsbild och sedan lästes endast resultatdelen ett flertal gånger igenom för att få en förståelse för innehållet. För att få en överblick av artiklarnas resultat skapades en egentillverkad matris där varje resultat från artiklarna sammanställdes separat för att lättare kunna se och plocka ut de meningsbärande enheterna. Texten i artiklarnas resultat kodades

genom att meningsbärande enheter som beskrev faktorer som påverkade sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal färgmarkerades. Meningsbärande enheter med liknande innehåll sammanställdes i grupper, utifrån grupperna framkom nio underkategorier som representerade olika faktorer som påverkade upplevelser vid svåra samtal. De nio underkategorierna delades sedan in i två kategorier inre och yttre faktorer. (Tabell 2)

Forskningsetiska överväganden

Vid litteraturstudier är det av stor vikt att artiklar som tas med i studien antingen har tillstånd från en etisk kommitté eller att forskarna i studien har gjort ett etiskt övervägande (Wallengren & Henricson, 2012). Etiska överväganden ska alltid göras för att skydda de mänskliga rättigheterna och människans värde, det vill säga att människan inte får ta skada, att samtycke ska finnas och det inte ska finnas möjlighet att kunna identifiera den medverkande, samt att hen ska ha möjlighet att kunna avbryta medverkan när så önskas. En studie får inte påbörjas före ett godkännande av den etiska nämnden anlant, detta avser studier som kräver etiskt tillstånd. Att påbörja en studie utan godkännande är straffbart (CODEX, 2020). Enligt Helsingforsdeklarationen ska det etiska övervägandet utgå ifrån individens autonomi, självbestämmande där individens omsorg och intresse måste gå före samhällets och forskningens. Vilket betyder att individens integritet och sårbarhet ska tas i beaktande och även principen att "göra gott", vilket innebär att man ska se till individens bästa vad gäller hälsa och livskvalitet. (World Medical Association, 2020). Det kan leda till förbättringar för den individ som ställer upp, samt att forskaren måste ta ansvar för att svaga individer inte kommer till skada, det vill säga de som inte kan föra sin egen talan (CODEX, 2020). I litteraturöversiktens alla 15 artiklar uppgavs det att de var godkända av etisk kommitté. Deltagarna i studierna var informerade om att de var anonyma, samt att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde hoppa av. I enlighet med Forsberg och Wengström (2016) beskrivning av etiska överväganden i en litteraturöversikt har alla artiklar som ingick i översikten redovisats, samt har artiklarnas resultat presenteras oberoende av vad författarna ansett.

Resultat

Femton kvalitativa artiklar inkluderades i litteraturstudien, samtliga artiklar berör faktorer som kan påverka sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal i livets slutskede. Artiklarna kommer från olika länder och från blandade kontexter. Resultatet består av två

huvudkategorier, yttre och inre faktorer som är indelade i nio underkategorier (Tabell. 2)

Tabell. 2 (Kategorier, underkategorier och exempel på meningsbärande enheter, Graneheim & Lundman, 2004)

Kategorier	Underkategorier	Exempel på meningsbärande enheter
Inre faktor	Etik Strategi Självkänsla/självkänedom Relation	Integritet, stress, lögn, tillit, ånger, vanmakt, hjälplöshet, frustration, strategier, ansvar
Yttre faktor	Miljö Utbildning Dokumentation Kultur Kommunikation	Kommunikation, information, kunskap, utbildning, utrymme, resurser, familj, kultur, tid, resurser

Yttre faktorer som kan påverka sjuksköterskas upplevelser

Arbetsmiljön

Miljön var en viktig faktor i relation till svåra samtal (Abbaszadeh et al., 2014; Griffiths et al., 2015; Paganini et al., 2015; Warnock et al., 2016). Då patienten vårdades i hemmiljö kunde det vara svårt för sjuksköterskorna att avskilt hålla svåra samtal, sjuksköterskorna upplevde att de blev störda i interaktionen med patienten på grund av olika faktorer i hemmiljön (Griffiths et al., 2015). Det kunde vara närstående som hela tiden påpekade saker, konflikter mellan patient och närstående, ljud från TV, telefoner, husdjur, barn eller att patienten ville tala enskilt med sjuksköterskan men att närstående inte beaktade detta. Sjuksköterskor som arbetade på vårdavdelningar och mottagningar upplevde sig störda av omgivningen i lokalerna runt dem, vilket upplevdes extra besvärligt vid de tillfällen då de var tvungna att lämna dåliga besked via telefon (Griffiths et al., 2015). Sjuksköterskor som tjänstgjorde på till exempel intensivvårdsavdelningar upplevde att de saknade möjlighet till avskildhet när de skulle hålla svåra samtal, vilket berodde på begränsat utrymme på rummen där patienterna vårdades, dessutom var rummen hela tiden bemannade av övrig personal (Warnock et al.,

2016; Paganini et al., 2015). Sjuksköterskorna önskade att den omgivande miljön runt patienten och närstående var väl förberedd inför de svåra samtalen och att platsen var tyst och avskild (Abbaszadeh et al., 2014).

Avsaknad av utbildning

En övergripande faktor som påverkade sjuksköterskornas upplevelser i att hålla svåra samtal var avsaknad av kunskap och utbildning (Abbaszadeh et al., 2014; Griffiths et al., 2015; Karlsson et al., 2010; Nikbakht et al., 2020; Seymour et al., 2010). I Abbaszadeh et al. (2014); Nikbakht et al. (2020) studier framkom det att sjuksköterskor behöver kurser för att utbildas i att hålla i svåra samtal på ett mer ändamålsenligt sätt, de ansåg att samtalsträning i att förmedla dåliga besked borde vara ett krav för att arbeta kliniskt och att kompetensutvecklingen även skulle stärka arbetsteamet. Dåliga besked beskrevs som uppgifter som lämnades om obotlig cancersjukdom, terapivikt och dödsfall. Närstående blev ofta upprörda när de fick dåliga besked, sjuksköterskorna hade förståelse för detta på grund av att de inte visste hur de skulle uttrycka sig och upplevde sig sakna kunskap och kompetens för uppgiften. Även Griffiths et al. (2015); Karlsson et al. (2010) beskriver sjuksköterskors upplevelse av kunskapsbrist relaterat till att hålla svåra samtal, kommunicera och även i palliativ vård. Kompetensen hos sjuksköterskor i att lämna dåliga besked baserades ofta på förvärvad erfarenhet genom år i sjuksköterskeyrket, då de aldrig fått någon formell utbildning i ämnet. Behov av utbildning framkom även i Seymour et al. (2010) studie där sjuksköterskor som arbetade i kommunens hemsjukvård önskade att utbildning i kommunikation gavs på formellt vis, men även genom att få träna på autentiska situationer. Sjuksköterskorna föreslog även att mindre erfarna sjuksköterskor skulle få handledning via en mer erfaren kollega som kunde fungera som mentor i det praktiska arbetet. Izumi et al. (2019) lät sjuksköterskor genomgå ett kort utbildningstillfälle i att hålla brytpunktsamtal för att se om det gjorde någon skillnad i kunskap och upplevelser hos sjuksköterskan. Innan utbildningen saknades kunskap och fokus låg på problem och hinder. Efter utbildningen upplevde sig sjuksköterskorna tryggare med att genomföra svåra samtal, hade större förståelse för hur ett samtal fungerade och kände sig modigare när det gällde att bemöta patientens frågor (Izumi et al., 2019).

Otydlighet i dokumentationsförfarande

Tveksamhet, osäkerhet och rädsla var faktorer som sjuksköterskorna upplevde vid dokumentation (Izumi et al., 2019; McLennon et al., 2013; Seymour et al., 2010).

Sjuksköterskornas dokumentation av svåra samtal var inget som gjordes regelbundet, sjuksköterskorna upplevde att om det som sades under samtalen skrevs ner kunde det väcka förvirring hos arbetskollegor. Det fanns även en rädsla för att patienten skulle ändra sin historia så att dokumentationen i journalen inte skulle stämma (Izumi et al., 2019). I McLennon et al. (2013); Seymour et al. (2010) studie upplevde sjuksköterskorna att dokumentationen av de svåra samtalen var ett problem, dels kände de sig osäkra på var i journalen det skulle dokumenteras och de kände sig även tveksamma över om informationen verkligen nådde ut till alla inblandade, så att patienternas önskemål blev respekterade. Sjuksköterskorna kunde ibland ta hjälp inför svåra samtal genom att läsa läkarnas dokumentation i journalen av utfört brytpunktssamtal, men dokumentationen ansågs ofta som bristfällig och sjuksköterskorna upplevde att de arbetade oinformerade. I de fall patienten vårdades av olika läkare på skilda enheter kunde det vara olika journalsystem, vilket gjorde att sjuksköterskorna saknade en helhetsbild om vad som blivit sagt under respektive vårdtillfälle (McLennon et al., 2013; Seymour et al., 2010).

Kulturella skillnader

Kulturella skillnader kunde sjuksköterskor uppleva på olika sätt, de faktorer som framträdde var svårigheter att ge rätt mängd information, hur mycket som fick sägas och även att sjuksköterskorna undvek att ge information (Abbaszadeh et al., 2014; Livelio et al., 2018; McLennon et al., 2013; Valizadeh et al., 2014). Kultur och religion spelade en stor roll i sjuksköterskans förhållningssätt till svåra samtal och brytpunktssamtal, då olika kulturer kan ha olika sätt att se på hur information ska ges, till vem och i vilken omfattning. Om sjuksköterskan hade en egen stark tro kunde den ge trygghet i att gå in i svåra samtal (Livelio et al., 2018). Samtal som påverkades av olika kulturer och religioner kunde skapa konflikter hos sjuksköterskan, det kunde vara frågor om vad som fick sägas eller inte (McLennon et al., 2013). I två studier från Iran (Abbaszadeh et al., 2014; Valizadeh et al., 2014) upplevde sjuksköterskorna att det inte var deras arbetsuppgift att hålla i svåra samtal. De ansåg att patient, närstående och även sjuksköterskan utsattes för onödig stress och att patienten kunde bli sjukare om de fick ta del av dåliga nyheter. Sjuksköterskorna kunde också undvika att svara på patienternas frågor, då de ansåg att deras ansvar var att förbereda patient och närstående inför läkarens brytpunktssamtal. Sjuksköterskan ville skydda patienten från sanningen och ibland avråddes även närstående från att informera patienten. Sjuksköterskorna menade att man inte behövde göra patienten sjukare än de redan var (Abbaszadeh et al., 2014; Valizadeh et al., 2014).

Kommunikations svårigheter

Faktorer som påverkade kommunikationen var språkförbistring, tidsbrist, otydlig kommunikation och sjukdomar (Abbaszadeh et al., 2014; Griffiths et al., 2015; Mc Lennon., 2013; Tobin., 2012; Warnock et al., 2016). Att ha god kommunikation var något som underlättade då sjuksköterskorna skulle informera patienter och närstående om dåliga nyheter (Abbaszadeh et al., 2014; Griffiths et al., 2015). Barriärer i kommunikationen beskrevs av sjuksköterskorna inte bara som problem relaterat till språkförbistring, utan även då patienter eller närstående hade problem med tal eller hörsel förmågan. Sjukdomar såsom demenssjukdom gjorde att patienter eller närstående hade svårigheter med att ta in och förstå information, vilket påverkade kommunikationen. Närstående kunde ibland bara uppfatta vissa delar av den information som sjuksköterskan gav, som att antibiotika kunde hjälpa mot infektionen, men den del av informationen som handlade om att patienten i slutändan ändå skulle avlida till följd av sin cancersjukdom var något de inte hade uppfattat (Warnock et al., 2016). Sjuksköterskorna ansåg att ha tid eller brist på tid påverkade kommunikationen positivt respektive negativt i situationer då de behövde gå in i svåra samtal (Izumi et al., 2019; Warnock et al., 2016). Om information inte gavs i klartext till patienten, det vill säga när inte ordet för sjukdomen inte klargjordes utan konversationen kretsade runtom ordet istället, kunde det skapa förvirring hos patienten och osäkerhet hos sjuksköterskan vid fortsatta samtal, då det gjorde det svårt för sjuksköterskan att bemöta frågorna på rätt sätt (Tobin et al., 2012). Kommunikationen kunde försvåras om sjuksköterskan, patienten och närstående talade olika språk, detta var ett stort hinder då hen inte kunde veta säkert att all information hade uppfattats rätt och att det då var svårt att hålla prognosrelaterade samtal (McLennon et al., 2013).

Inre faktorer som kan påverka sjuksköterskans upplevelser

Relationsskapande

Att som sjuksköterska ha en relation med patienter och närstående var en faktor som gynnade sjuksköterskan då svåra samtal skulle utföras (Gerard et al., 2012; Livelio et al., 2018; Mishelmovich et al., 2016; Odachi et al., 2017). För att kunna genomföra svåra samtal behövde sjuksköterskan bygga upp en relation med patient och närstående, vilket bestod i både verbal och icke verbal kommunikation, detta skapade i sin tur tillit i relationen för att på kort tid kunna utföra brytpunktssamtal. Sjuksköterskorna upplevde att de ibland behövde föra

patientens talan om information behövde förklaras, detta kunde bara göras om en relation fanns till patient och närstående. Genom att sjuksköterskan hade en konstant interaktion med patient och närstående fick hen insyn i patientens önskemål och tro, denna kännedom underlättade sedan när svåra samtal skulle hållas (Gerard et al., 2012; Liveloo et al., 2018; Mishelmovich et al., 2016). Vid vård av patienter med demenssjukdom var sjuksköterskans relation och interaktion med patienten och närstående extra viktig då patienten ibland inte kunde föra sin egen talan. När svåra samtal skulle hållas utsågs ofta en närstående i familjen som pratade för patienten, (Odachi et al., 2017).

Självkännedom och självkänsla

Faktorer som brist på erfarenhet eller tvivel om att göra fel i samband med svåra samtal kunde leda till osäkerhet och oro hos sjuksköterskan (Griffiths et al., 2015; Karlsson et al., 2010; Liveloo et al., 2018; McLennon et al., 2013; Mishelmovich et al., 2016; Paganini et al., 2015; Tobin., 2012; Warnock., 2016). Att som sjuksköterska inte känna sig förberedd inför svåra samtal och att sakna erfarenhet och kunskap i samtalsteknik skapade osäkerhet, skuld, ångest och tankar om att kanske göra fel eller att inte kunna svara på frågor i mötet med patient och närstående. Osäkerhet skapades även när sjuksköterskan inte visste i vilken omfattning patienten informerats om sin prognos och blev då oroad för att samtalet inte skulle hamna på rätt nivå (Griffiths et al., 2015; McLennon et al., 2013; Warnock et al., 2016). Sjuksköterskor som arbetade med svårt sjuka patienter och som hade lång erfarenhet, använde sin expertis och kunskap för att bygga upp strategier inför svåra samtal. De sjuksköterskor som identifierade sig med patientens sjukdom och situation var mer oroliga och osäkra i samtal än de sjuksköterskor som hade erfarenhet och självkännedom, vilket ledde till att de hade lättare att hålla i samtal. Sjuksköterskans självkännedom och andlighet påverkar hur de upplever och förhåller sig till svåra möten och samtal, det i sin tur väcker empati, respekt, förståelse och tålamod vilket gör att sjuksköterskan känner sig bekväm. Om tid inte fanns för samtal och det överläts till läkare uppstod osäkerhet i teamet och tilliten till varandra påverkades (Liveloo et al., 2018; Mishelmovich et al., 2016; Paganini et al., 2015). Sjuksköterskor som lät sina personliga erfarenheter påverka sin profession kunde leda till en obalans i mötet mellan sjuksköterskan och patienten, vilket bidrog till skuldkänslor hos sjuksköterskan. Distriktssköterskor upplevde vanmakt och frustration i de fall då de saknade stöd och hjälp av sina kollegor i samband med svåra samtal och i bemötandet av närstående och patienter, detta kunde ge dåligt självförtroende och känsla av besvikelse över att de inte kunde hjälpa patienten fullt ut (Karlsson et al., 2010; Tobin, 2012).

Etiskt tänkande

En gemensam faktor som sjuksköterskorna upplevde när de hade ställts inför etiska dilemman var att de i efterhand behövde få diskutera situationen som uppstått (Hernandez - Marrero et al., 2019; Karlsson et al., 2010; McLennon et al., 2013; Seymoure et al., 2010; Warnock et al., 2016). Svåra samtal väckte etiska tankar hos sjuksköterskan som berörde ansvar, integritet, värdighet, empati och omtänksamhet. Sjuksköterskans tankar behövde diskuteras tillsammans med vårdteamet men även tillsammans med närstående och patient (Hernandez - Marrero et al., 2019). Om etiska problem inte diskuterades kunde det uppstå meningsskiljaktigheter på grund av otillräcklig kunskap mellan sjuksköterska, patient och närstående eller om patienten inte blivit helt informerad om prognos, detta kunde leda till stress, dåligt självförtroende och osäkerhet hos sjuksköterskan (Karlsson et al., 2010; McLennon et al., 2013). Det fanns olika typer av etiska dilemman som sjuksköterskorna ställdes inför, det kunde vara att de kände sig osäkra på vilken information patienten fått om sin sjukdom och när rätt tidpunkt var för att hålla svåra samtal. Sjuksköterskorna var rädda för att ta ifrån patienten hoppet, att inse att patienten inte tagit till sig all information eller inte förstått allvaret i sin sjukdom. Ofta upplevde sjuksköterskor att de var tvungna att föra patientens talan om patienten själv inte orkade. Etiska dilemman kunde också uppstå när närstående undanhöll information för patienten då patienten hade rätt att veta, detta ledde till att sjuksköterskan inte kände sig bekväm i situationen (McLennon et al., 2013). Ett annat etiskt dilemma som sjuksköterskorna ställdes inför var när patienten ville vårdas hemma i livet slut, men när familjen inte ville, utan tvekade då de inte trodde sig klara av det. Rädsla för att tala om döden, att dö själv utan närstående, dessa frågor skapade barriärer för sjuksköterskorna och var svåra att bemöta om inte kunskapen fanns i att hålla svåra samtal (Karlsson et al., 2010; Seymoure et al., 2010). Etiska diskussioner uppstod runt patienternas vård, hur information skulle ges till patienter beroende på deras kultur eller religion (McLennon et al., 2013). Sjuksköterskorna kände personligt ansvar för den vård som patienter och närstående fick, de kände sig som patientens advokat. Ansvaret kändes överlag positivt men när saker gick fel så framkom känslor av ångest och skuld hos sjuksköterskorna, de uttryckte att de även kände ansvar över situationer eller händelser som de egentligen inte kunde kontrollera. Då sjuksköterskornas medverkade under svåra samtal väcktes emotionella reaktioner och ansvarskänslan förstärktes, särskilt i de fall där sjuksköterskorna kunde identifiera sig med patienten eller situationen (Warnock et al., 2016).

Strategiska tillvägagångsätt

Strategier kunde användas av sjuksköterskan, de faktorer som framkom var att sjuksköterskan använde sig av sin expertis, överförde trygghet till patienten, ibland undanhölls information till patienten eller så valde sjuksköterskan att endast informera om vissa valda delar (Abbaszadeh et al., 2014; Livelö et al., 2018; McLennon et al., 2013; Nasrabadi et al., 2020; Nikbakht et al., 2020; Paganini et al., 2015; Seymour et al., 2010; Valizadeh et al., 2014). För att sjuksköterskor skulle kunna bemöta patienter och närstående i svåra samtal, samt för att kunna hantera sina egna känslor använde sig de sjuksköterskor som hade arbetat under en längre tid med svårt sjuka patienter eller inom palliativ vård sin expertis inom området och även sina egna erfarenheter. Detta gjorde att dessa sjuksköterskor kände sig trygga med att hålla i svåra samtal (McLennon et al., 2013; Paganini, 2015; Seymour et al., 2010). I vissa länder och kulturer fanns en uppfattning om att patienten bör skyddas från dåliga nyheter, så sjuksköterskornas strategi inför kommande svåra samtal kunde vara att undanhålla information för patientens bästa. När de svåra samtalen skulle hållas var det läkarens uppgift att genomföra samtalen, sjuksköterskorna ansåg att de dels saknade utbildning och att det inte tillhörde deras arbetsuppgifter att hålla i svåra samtal (Abbaszadeh et al., 2014; Valizadeh et al., 2014). Livssyn, religion och kultur kunde vara till stöd för vissa sjuksköterskor då de utifrån sin uppväxt och livssyn beskrev det som något inbyggt naturligt att visa respekt, empati och ha tålmod för familj och patient, vilket gjorde att de kunde bygga upp en trygghet för att senare vara bekväma med att hålla i svåra samtal och uppfylla patientens sista önskan (Livelö et al., 2018). Sjuksköterskan kunde också försöka att prata runt problemet och inte säga hela sanningen. Att försöka lämna över de svåra samtalen till någon av kollegorna var ytterligare en strategi sjuksköterskor använde då de inte visste hur de skulle förmedla de dåliga nyheterna för patienter och närstående (Abbaszadeh et al., 2014; Nasrabadi et al., 2020). Beroende på hur mycket information som fick ges kunde ibland sjuksköterskor ta till så kallade "vita lögn" i de situationer där de inte fick prata om sjukdomar och diagnos. Detta kunde också göras under svåra samtal, det innebar bland annat att sjuksköterskan pratade runt sjukdomen eller inte sa hela sanning utan endast delar av den (Nikbakht et al., 2020).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valts är litteraturöversikt med en kvalitativ ansats vilket innebär att de personer som är med i studien är delaktiga med sin person i till exempelvis intervjuer och samtal, det gör att materialet som framkommer ofta blir stort och flexibelt i svar (Kjellström, 2012; Polit & Beck, 2017). Detta gör att en litteraturöversikt passar bra för att få svar på syftet, vilket var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal i livets slutskede. Syftet som valts är relevant och aktuellt då svåra samtal är vanligt förekommande inom olika kontext i sjukvården. Att hålla svåra samtal är ett ämne som behöver lyftas fram och utvecklas på arbetsplatser då sjuksköterskor arbetar utifrån skilda förutsättningar beroende av arbetsplats och påverkansfaktorer.

Urvalskriterier är redovisade, i inklusionskriterierna ingick artiklar som endast inriktade sig på sjuksköterskans upplevelser, vilket försvårade sökningarna då de i största mån riktade sig endast till läkare alternativt sjuksköterska och läkare. Först prövades sökordet *advance care planning* som är ett sökord för brytpunktssamtal vilket endast gav några träffar. Istället byttes sökordet ut mot *breaking bad news* och *experience*, dessa ord fanns i flertalet artiklar kombinerat med sjuksköterskans upplevelser. Svårigheter fanns i att hitta bra kombinationer på sökord, förutom att söka med MeSH termer användes strategin att läsa andra artiklar för att få idéer på nya sökord. Detta bidrog till många sökningar i olika kombinationer genom fritextsökning för att få fram rätt typ av artiklar som svarade mot syftet. De flesta artiklarna hittades i PubMed, en artikel togs från CHINAL, flera artiklar i CHINAL var dubletter, då dessa artiklar redan valts ut från PubMed uteslöts dessa. En brist i sökningarna var att många sökord användes i många olika kombinationer vilket ledde till att sökningen inte blev specifikt riktad mot syftet, detta kan i sin tur ha påverkat att inte fler artiklar hittades. Efter många sökningar med olika kombinationer upplevdes mättnad då samma artiklar återkom och inget nytt kunde tillföras (Polit & Beck, 2017). Det fanns många passande översiktsartiklar, dock får inte resultatet vara baserat på dessa i en litteraturöversikt (Polit & Beck, 2017). En

brist är att sökningarna kan vara svåra att upprepa, dock är det en styrka att artiklar söktes i två olika databaser med omvårdnadsfokus vilket ökar trovärdigheten (Henricson, 2012). Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes var för sig av författarna som sedan jämfördes, kvalitetsbedömningarna av artiklarna visade sig vara likartade och artiklarna höll i genomsnitt en hög kvalitet vilket påverkade pålitligheten (Henricson, 2012). Deltagarantalet var i de flesta studierna lågt vilket kan ha påverkat resultatet negativt. Dock kan deltagarnas genomförande av studien påverka kvaliteten genom god förmåga av att effektivt kunna reflektera och förmedla sina upplevelser, vilket gör att deltagarantalet i sig inte är avgörande utan hur snabbt datamättnad sker (Polit & Beck, 2017). Sammantaget upplevs artiklarna som trovärdiga, vilket innebär att rätt metod är vald för att svara på syftet och frågeställningar (Petersson & Lindskov, 2012). I vissa studier från andra länder så skiljde sig sjuksköterskors förhållningsätt till samtal i livets slutskede markant åt, men det är viktigt att belysa att olika kulturer kan påverka sjuksköterskors förhållningsätt och upplevelser.

Genom att dataanalysen i viss del gjordes av författarna var för sig så kan det ses som en brist (Henricson, 2012). Genom att författarna kan ha haft en förförståelse av kategorierna så kan de ha påverkats av författarnas tidigare kunskap, antaganden och föreställningar av ordets olika betydelse, detta kan i sin tur ha påverkat hur kategorierna tolkades (Friberg & Öhlén, 2012). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) bör kategorier vara varandra ömsesidigt uteslutande vilket var ett problem, men de beskriver även att denna huvudregel kan vara svår att följa då en text handlar om människors upplevelser. Litteraturöversikten har lästs ett flertal gånger av handledare, kurskamrater och även grupphandledning har hållits vilket kan bidra till ökad trovärdighet och pålitlighet i arbetet (Henricson, 2012).

Artiklarna utgår från olika kulturer och kontext vilket gör att studien kan ge en större förståelse, men det upplevdes även stora skillnader i resultatet beroende på kultur och kontext. En brist kan vara att fler länder kunde varit representerade för att få en större bredd, en orsak till det kan bero på att det inte fanns så många studier inriktade på just bara sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal, detta berörs i fler av de utvalda artiklarna. Om artiklar inkluderats där både sjuksköterskor och läkare var representerade hade möjligen fler länder blivit representerade och fler upplevelser från sjuksköterskans synvinkel kanske hade framkommit.

Delar av resultatet kan vara överförbart till sjuksköterskor i svensk sjukvård, där utbildning och kunskap i att genomföra svåra samtal behöver stärkas. Sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal måste lyftas fram och diskuteras då sjuksköterskan behöver rätt förutsättningar för att hålla svåra samtal. Artiklarna från Iran där sjuksköterskan inte ville hålla i samtal eller att de använde sig av vita lögnar känns inte som de relaterar till dagens sjukvård och det finns därför ingen anledning att diskutera överförbarhet till Sverige. Lärdomar om en ny studie skulle göras är noggrannhet med begrepp i syftet så att rätt sökord används, vilket kan förhindra onödiga sökningar. Även att tänka igenom vilka inklusionskriterier som ska ingå för att bredda sökningen då det valda ämnet är smalt. I vår litteraturöversikt kunde vi breddat sökningen genom att inkludera artiklar med både läkare och sjuksköterskor. Hänsyn måste tas till bias då de utvalda artiklarna kan ha färgats av att båda författarna arbetar inom den palliativa vården. Dessutom är begreppet upplevelse subjektiv och kan därför tolkas på skilda sätt.

Resultatdiskussion

Resultatet från litteraturöversikten visar att sjuksköterskan saknar utbildning i att hålla svåra samtal, sjuksköterskans brist på kunskap kan påverka självkänslan, vilket kan ge uttryck för känslor såsom rädsla och oro. Det framkommer även att flertalet olika faktorer kan påverka sjuksköterskans upplevelser av att hålla svåra samtal, såsom kommunikation, språk, kultur, religion och den miljö som omger patienten och sjuksköterskan. Att som sjuksköterska möta patienter med skilda kulturella bakgrunder vid svåra samtal kan väcka etiska tankar. För att hantera de situationer som kan uppkomma under svåra samtal kan sjuksköterskan använda sig av olika strategier.

Resultatet kan kopplas till Jean Watsons teori och de caritativa faktorerna som bygger på sjuksköterskans upplevelser och omhändertagande i omvårdnaden samt i samspelet med patienten. I resultatet framkommer att samspelet mellan patient och sjuksköterska är föränderligt och påverkas av en mängd olika faktorer. *Känslighet för självet* där etiska dilemman och etiska situationer påverkar sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med patienten och i sin egen roll. Om inte etik diskuteras kan det leda till negativa upplevelser i

mötet med patienter och närstående. *Positiva och negativa känslor* kan kopplas till strategi, självkänsla och självkänedom. Dessa känslor kan upplevas på olika sätt beroende av utbildning och arbetserfarenhet. För att svåra samtal ska kunna genomföras behöver både sjuksköterskan och patienten befinna sig i en *mental, fysisk, social och spirituellt miljö*. Relationer, miljö och kulturella skillnader måste samspela så att deltagarna i samtalet kan känna förtroende och lugn. Ett *kreativt problemlösande* där utbildning och dokumentation är de viktigaste faktorerna för att sjuksköterskan ska vara förberedd och kunna genomföra svårt samtal. Dessa fyra caritative punkter kan tolkas på skilda sätt då upplevelser är föränderliga och upplevs subjektivt av personer beroende av miljö och utifrån det specifika mötet. Watsons teori (1993) bygger på en humanistisk värdegrund vilket innebär att tolkningen av de caritative punkterna kan tolkas med öppenhet och med egna ord. Om samspelet mellan de yttre och inre faktorerna inte fungerar så kan det påverka sjuksköterskans roll, dels i sin egen självkänsla men även i sitt förhållningsätt mot patienten. När sammanställningen av resultatet skulle göras framkom svårigheten att skilja de olika underkategorierna åt. Många av upplevelserna visade sig vara beroende av varandra och påverkade varandra i samband med sjuksköterskans upplevelser, vilket även Watson (1993) menar, att allt som sker i omvårdnaden och i upplevelserna är beroende av varandra och transpersonellt.

Att hålla svåra samtal som sjuksköterska är komplext och det är många faktorer som ska stämma för att kunna känna sig trygg och säker i mötet med patient och närstående. Beroende på om sjuksköterskan är novis eller erfaren i sin yrkesroll så skiljer sig sjuksköterskans förutsättningar åt. I en studie gjord av Moir et al. (2015) framkommer det att sjuksköterskor som arbetat länge och har lång erfarenhet upplever sig tryggare och säkrare i att hålla svåra samtal. Om sjuksköterskan är novis och har svårt att vara professionell kan det leda till att sjuksköterskan identifierar sig med patientens sjukdom, vilket då kan väcka osäkerhet i att hålla samtal. För att stärka sjuksköterskan i samband svåra samtal behövs utbildning i kommunikation. Pennbrant et al. (2015) menar att genom att öka kunskapsnivån så förstärks både sjuksköterskans självkänsla och profession, vilket i sin tur kan öka patientens och närståendes förtroende. Det framkom också att nyutbildade sjuksköterskor upplevde mer stress och osäkerhet då de saknade kunskap i att kommunicera. I en global studie gjord av Alshami et al. (2020) där 40 länder var representerade visar det sig att jämfört med läkare har sjuksköterskor i mindre omfattning utbildning i att hålla svåra samtal och om sjuksköterskan ställdes inför att hålla ett svårt samtal lämnades ofta ansvaret över till annan profession. Det framkom att sjuksköterskor som hade genomgått en formell utbildning och

hade lång arbetslivserfarenhet var tryggare med att hålla samtal. Liknande beskrivs i vår litteraturöversikt där sjuksköterskor kunde lämna över svåra samtal till andra kollegor när de saknade kunskap.

Utbildning och erfarenhet är faktorer som har betydelse för sjuksköterskan i samband med att hålla existentiella och svåra samtal, vilket framkommer i vår litteraturöversikt. Bemötande av patienter och närstående ställer höga krav på sjuksköterskan. Om kunskap saknas i samtalskonst kan det bli svårt att hålla sig professionell och istället börja identifiera sig med patienten och närstående, vilket kan göra det svårt att vara objektiv vilket kan leda till osäkerhetskänslor. Genom att luta sig mot sin profession skapas sjuksköterskans trygghet och säkerhet som kan generera i goda samtal, liknande beskrivs i en studie gjord av Peterson et al. (2010). Detta styrks även av Moir et al. (2010) som menar att lång arbetserfarenhet har betydelse för att kunna känna trygghet i att hålla svåra samtal. Izumi et al. (2019) studie togs med i litteraturöversikten då det finns stor efterfrågan av utbildning och kunskap i samband med svåra samtal i livets slutskede. Att genomföra ett kort utbildningstillfälle i svåra samtal kan stärka sjuksköterskorna genom ökad självsäkerhet och ökad kunskap i att bemöta patienter i samtal.

I litteraturöversikten framkom att dokumentation av svåra och existentiella samtal kan se olika ut. Faktorer som uppfattades som hinder var att det saknas en specifik mall för sjuksköterskor att dokumentera i eller att kunskap saknas i vad sjuksköterskan ska skriva om och vad som får skrivas. Hinder kan även vara att det finns olika journalsystem som inte följer patient under vårdens gång, vilket gör att viktig information missas eller faller bort. I Stewart et al. (2017) studie beskrevs sjuksköterskornas dokumentation som bristfällig och det saknades struktur, dokumentationen var lång och inriktad på symtom och återspeglade inte vården sett ur patientens perspektiv. Efter att ha infört en ny typ av dokumentationsmall inriktad på palliativ vård där patientens upplevelser var i fokus blev dokumentationen inriktad på omvårdnad utifrån ett holistiskt perspektiv. Glasdam et al. (2020); Sekse et al. (2018) beskriver att det holistiska förhållningssättet underförstått används av sjuksköterskor i palliativ vård i omvårdnaden av patienter och närstående. Komplexiteten i handlingarna gör att sjuksköterskan kan ha svårt att sätta ord på och beskriva vad förhållningssättet betyder för deras arbete. Då handlingarna är svåra att omvandla till ett medicinskt språk kan detta leda till att betydelsefulla delar av den palliativa vården kan bli osynliga och därför varken blir prioriterade eller dokumenterade (Glasdam et al., 2020; Sekse et al., 2018).

I samtal och möten med patient och närstående kan sjuksköterskan hamna i olika etiska situationer där det kan uppkomma meningsskiljaktigheter. Wittenberg et al. (2020) beskriver att sjuksköterskor upplevde att ett av det svåraste problem som kunde uppstå var då de behövde hantera konflikter som uppstod mellan sjuksköterskan, patienten och närstående. Dessa etiska situationer och dilemman behöver diskuteras i arbetslaget eller med teamet. Finns inte den möjligheten och samtidig avsaknad av kunskap i kommunikation kan det påverka sjuksköterskans självkänsla, vilket kan innebära att hen kan känna sig otillräcklig och osäker. Karlsson et al. (2013) menar att om öppen kommunikation saknas mellan patient, närstående och sjuksköterska men även personal emellan, så kan det skapa osäkerhet och obehag. Enligt Porr et al. (2019) kan det leda till att det blir svårt att möta patienten på ett uppriktigt sätt. Om etiska dilemman uppstår behöver det lyfts upp och diskuteras för att ge sjuksköterskan stöd att ta rätt beslut. Reaktionen hos patienten och sjuksköterskan kan leda till etiska dilemman. Enligt Schultz et al. (2017) kan det handla om existentiella samtal som kan förnekas av patienten och/eller reagera kraftigt och känslomässigt på informationen. Vid dessa möten väcks tankar som måste diskuteras i teamet. Ett problem som Schultz et al. (2017) såg i studien var att personalen kunde samtala om etiska tankar och döden teoretiskt, men missade att planera för det i den dagliga omvårdnaden som bara flöt på som vanligt.

Att hålla svåra samtal är komplext och en förutsättning är att skapa en relation till patient och anhöriga som sedan genererar i trygghet. Hilding et al. (2018) beskriver att sjuksköterskan använder sig av olika strategier för att underlätta kommunikationen inför svåra samtal, som att försöka skapa relationer med patient och närstående genom att lära känna dem och bygga upp tillit (Hilding et al., 2018). Detta gör att sjuksköterskan har lättare att gå in i existentiella och svåra samtal, för att göra detta krävs också att patienten vill delta i samtal. Vad som kan göra det svårt att genomföra ett samtal är om anhöriga och patient har olika uppfattningar om hur vården framöver ska se ut. Som sjuksköterska måste man då vara beredd att möta dessa frågor på ett tryggt och professionellt sätt. Boot och Wilson (2014) beskriver att relationen till familjen och patienten är viktig och måste byggas upp innan ett svårt samtal ska hållas. Vill inte patienten ha information ska detta respekteras och inte framtvingas. Patienter och närstående kan komma från eller ha en anknytning till olika länder vilket kan mynna ut i skilda kulturer som sjuksköterskan behöver ta hänsyn till. Detta ställer höga krav på sjuksköterskan i bemötande och handläggande av hur information kan ges och hur man ska gå tillväga, vilket i sin tur kan framkalla etiska dilemman. Vissa kulturer accepterar inte att samtal sker med patienten utan att rådfråga närstående. I studien av Ling et al. (2019) beskrivs

att hänsyn ska tas till vad närstående vill och att vissa kulturer utgår från att patienten inte bör veta allt, då patienten mår bättre av det och slipper oroas. Sjuksköterskorna i Ling et al. (2019) studie upplevde att de ställdes inför etiska ställningstagande då deras skyldighet var att patienten skulle ha rätt att få veta sin diagnos och prognos. Detta är i linje med svensk lagstiftning där lagar (SFS 2009:400; SFS 2014:821) stödjer patientens rätt till sekretess, integritet, självbestämmande och delaktighet, oavsett kulturell bakgrund.

Motsägelsefullt utifrån de artiklar från Iran som ingick i litteraturöversiktens resultat är en studie från Iran av Zaare Nahandi et al. (2020) där det framkommer att majoriteten av patienterna vill bli informerade om sjukdomsstatus och där information om dåliga nyheter likställs med medicinsk sekretess, vilket gjorde att patienterna motsatte sig att medicinsk information fick ges till andra utan deras medgivande (Zaare Nahandi et al., 2020). Skillnaden utifrån litteraturöversiktens resultat kan bero på att flertalet av de iranska artiklarna där publicerades runt 2014 och att en utveckling mot en mer personcentrerad vård kan skett. Zaare Nahandi et al. (2020) menar att då patienter i Iran uttrycker att det är en privat sak att få information om sin sjukdom kan det nu vara en förändring i iraniernas tankesätt. Att gå emot patientens sekretess för att lämna dåliga besked till närstående är ett stort problem i Iran då det saknas ett system för att identifiera den närstående som patienten vill ska informeras i första hand. En utbildning har startat för patienter, närstående och vårdpersonal för att förbättra sekretessen för patienter och för att få bukt med de närståendes ibland oetiska förväntningar av att få full information om sjukdomsstatus oavsett patientens önskemål. Vidare beskrivs att ett system kan ge stöd till vårdpersonalen så de slipper känna sig förvirrade inför vad de kan informera om eller inte och till vem (Zaare Nahandi et al., 2020), vilket sjuksköterskor i litteraturöversikten ansåg vara ett problem i Iran.

I resultatet synliggjordes att det kan finnas etiska aspekter på svåra samtal vad gäller ansvar, integritet, värdighet, empati och omtänksamhet men också osäkerhet med bemötande av patienter från olika kulturer. Som sjuksköterska kan det beroende på situation vara svårt att leva upp till autonomiprincipen, icke skada-principen, göra-gottprincipen och rättvisepincipen. Dessa principer kan diskuteras utifrån olika nivåer men diskussionen ska alltid utgå från en humanistisk människosyn, vilket innebär att människan har sin frihet, integritet och sitt självbestämmande (SBU, 2020). Det visar sig också i resultatet att etiska dilemman oberoende av situation måste reflekteras och diskuteras, konsekvensen kan annars bli att det sätter spår i sjuksköterskans vidare profession och bemötande. Silén et al. (2016)

menar att etiska ronder kan bidra till att sjukvårdspersonal kan se problem utifrån andra perspektiv genom att lyssna på andra och även få större insikt gällande etiska problem. Enligt en studie gjord av Cassim et al. (2021) kan svåra samtal leda till etiska ställningstaganden. I studien framkom att det viktigaste för att bemöta patient och närstående och samtidigt skapa förtroende är god kommunikation och att befinna sig i rätt kontext, detta gör att man kan lyckas med att genomföra ett bra samtal (Cassim et al., 2021). Detta framkom även i resultatet, att om miljön där patienten befinner sig i är störande eller om patienten inte är kognitivt intakt kan det leda till att patienten, närstående och sjuksköterskan får svårt att kommunicera.

I studierna från Iran upplevdes en hierarki mellan läkare och sjuksköterskor. Green et al. (2017) menar att hierarki i hälso- och sjukvården kan leda till bristande kommunikation vilket kan påverka patientsäkerheten (Green et al., 2017). Hierarki finns internationellt i hälso- och sjukvården i olika grader, därav finns ett behov av att arbeta mot detta med tanke på hotet mot patientsäkerheten. Detta väcker tankar om normer och värderingar i samhället och på arbetsplatser om vad som kan påverka människors beteenden. Sjuksköterskans möte med patienter från olika kulturer kan påverkas av kunskapsbrist i kulturella skillnader, men om sjuksköterskan är trygg i sin roll så kan hen känna trygghet även i kulturella möten, vilket tydliggjordes i resultatet. Detta kan även ses i Shepard et al. (2019) studie där det framkom att personalen kände sig trygg i bemötande av patienter från olika kulturer trots att de inte fått någon utbildning i förhållningsätt. Men det framkom också att ingen av deltagarna ville nämna eller diskutera ordet rasism eller etiska fördomar. Som sjuksköterska kan man stöta på olika bemötande från patienter som kan bero på etnicitet, kön eller sexuell läggning vilket i sin tur kan påverka arbetsmiljön. För att lyfta detta problem kan tvärprofessionella diskussionsgrupper hållas för att byta erfarenheter och lyfta problem om samhällets syn på normer och jämställdhet, samt hur man som personal kan förhålla sig vid patientmöten (Gill et al., 2018).

Kliniska implikationer

Resultatet från litteraturöversikten kan användas som grund för att implementera ny kunskap som kan inspirera till nya arbetssätt med fokus på hur sjuksköterskans förhållningsätt till svåra samtal kan förstärkas. Att utbilda sjuksköterskor i svåra samtal kan förstärka förhållningssättet till dessa samtal och behöver införas redan på grundutbildningen, även

redan yrkesverksamma sjuksköterskor inom olika kontext behöver erbjudas utbildning. Känner sjuksköterskan sig bekväm med att hålla svåra samtal påverkar det patienter och närstående i hur de ska förhålla sig till tiden framöver.

Specialistsjuksköterskan i palliativ vård ska arbeta evidensbaserat och bidra till att utveckla vården baserat på ny vetenskap. Litteraturöversiktens resultat kan användas som underlag för att lyfta diskussionen om sjuksköterskans upplevelse av svåra samtal, vilket kan leda till införande av etiska ronder. Utifrån studiens resultat kan reflekterande samtal hållas, dels till personal i teamet, dels för sjuksköterskestudenter. Detta för att medvetengöra situationer sjuksköterskan kan uppleva och dess konsekvenser som kan innebära utmattningssymtom och empatitrötthet. Ämnet bör lyftas på arbetsplatser, både för sjuksköterskor som har lång arbetserfarenhet och för sjuksköterskor som är i början av sin yrkeskarriär. Att genomföra svåra samtal med patienter i livets slutskede är komplext och kan väcka etiska tankar. Dessa tankar behöver sjuksköterskan få utrymme för genom diskussion med övriga teammedlemmar, detta gör att erfarenheter skapas och att kunskap utbytes.

Förslag till fortsatt forskning

Ytterligare forskning behövs för att belysa hur sjuksköterskan upplever svåra samtal då forskningen är begränsad i detta ämne, vilket även forskningslitteraturen belyser. Ett forskningsområde skulle kunna vara om olika kulturer kan påverka sjuksköterskans upplevelser av svåra samtal. Resultatet skulle sedan kunna användas som material på arbetsplatsen för att fördjupa personalens kunskap i ämnet.

Slutsats

Att som sjuksköterska kunna hålla svåra samtal i livets slut tas ofta för givet, trots avsaknad av utbildning och kunskap. Genom utbildning ökar sjuksköterskans trygghet i sin profession oberoende av vilken kontext hen befinner sig i. Om kunskap saknas påverkar det sjuksköterskans agerande, känslor och förhållningssätt till patienten, närstående och till sig själv. Även etiska dilemman behöver diskuteras då det kan stärka sjuksköterskan i sin roll. Ämnet är smalt och fler studier behövs, därav behöver ämnet belysas och diskuteras på arbetsplatser för att lyfta ämnets betydelse.

Referensförteckning

*= artiklar som är med i resultatet

* Abbaszadeh, A., Ehsani, R. S., Begjani, J., Kaji, A. M., Dopolani, N. F., Nejati, A., & Mohammadnejad. (2014). Nurse's perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (18). PMID: PMC4263382

Alshami, A., Douedi, S., Avila-Ariyoshi, A., Alazzawi, M., Patel, S., Einav, S., Surani, S., & Varon, J. (2020). Breaking bad news, a pertinent yet still an overlooked skill: A international survey study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 20;8(4), 501.
<http://doi.org/10.3390/healthcare8040501>

Andrade, GB., Pedroso, VSM., & Weykamp, JM. (2019). Palliative care and the importance of communication between nurse and patient, family, and caregiver. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, 11(3), 713-717. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717>

Arias-Casais, N., López-Fidalgo, J., Garralda, E., José Pons, J., Rhee, J.Y., Lukas, R., de Lima, L., & Centeno, C. (2020). Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative medicine*, 34 (8), 1044-1056. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>

Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (3).
<https://doi.org/10.1188/13.CJON.E45-E51>

Benner, P., Tanner, C., & Chesla. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, judgment, and ethics* (2. Uppl.). Spring Publishing Company.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2017a). Relationen mellan familj och sjuksköterskan - ett systematiskt förhållningssätt. IE., Benzein, M., Hagberg och B.-

I., Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (2:3 uppl., ss. 53-64).

Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2017b). Varför ska familjen ses som en enhet? I

E., Benzein, M., Hagberg och B.-I., Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (2:3 uppl., ss. 27-31). Studentlitteratur.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing*. Open University Press.

Boot, M., & Wilson, C. (2014). Clinical nurse specialists' perspectives on advance care planning conversations: a qualitative study. *International journal of palliative nursing*, 20(1), 9-14. <http://doi.org/10.12968/jpn.2014.20.1.9>.

Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugiére, C., Verneuil, L., & Revah-Levy. (2015).

Breaking bad news in oncology: A

metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology*, 33(22), 2437-

2443. <https://doi.10.1200/JCO.2014.59.6759>

Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielsson, E., & Hensch, I. (2010). Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 8(1). 59-68. <https://doi.org/10.1017/S147895150999071X>

Byrne, A-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE* 15(3): e0229923.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31(8). 1-7.

<http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Cassim, S., Kidd, J., Keenan, R., Middleton, K., Rolleston, A., Hokowhitu, B., Firth, M., Aitken, D., Wong, J., & Lawrenson, R. (2021). Indigenous perspectives on breaking bad

news: ethical considerations for healthcare providers. *Journal of Medical Ethics*, (0), 1-5.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106916>

Clark, D., Baur, N., Clelland, D., Garralda, E., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Connor, S., & Centeno, C. (2020). Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59 (4), 794-807.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>

CODEX. (2020). *Regler och riktlinjer för forskning: medicinsk forskning*. Hämtad 24 oktober, 2020, från <http://www.codex.vr.se/forskningmedicin.shtml>

Danies, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International of Palliative Nursing*, 19(12), 593-598.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.12.593>

Engström, I. (2020). Etik, erfarenhet och evidens. IB. Andershed & B-M. Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och Perspektiv i teori och praktik* (2:1. uppl., ss. 121-133). Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur.

Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:3 uppl., ss. 345-368). Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2013). Språkets och samtalets betydelse. IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:3. uppl., ss. 431-442). Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2020). Språkets och samtalets betydelse. IB. Andershed & B-M. Ternstedt. (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och Perspektiv i teori och praktik* (2:1. uppl., ss. 469-480). Studentlitteratur.

Gill, K. G., McNally, J. M., & Berman, v. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. *Healthcare Management forum*, 31(5), 196-199.

<https://doi.org/10.1177/0840470418773785>.

Glajchen, M., & Goehring, A. (2017). The family meeting in palliative care: Role of oncology nurse. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 489-497.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.007>

Glasdam, S., Ekstrand, F., Rosberg, M., & van der Schaaf, A-M. (2020). A gap between philosophy and the practice of palliative healthcare: Sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, 141-152. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09918-2>

Graneheim, U H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research. Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurses Education Today*, 24 (2), 105-112. <https://doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Green, B., Oeppen, RS., Smith, DW., & Brennan, PA. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams- ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 55 (5), 449-453. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>

* Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M., & Grande, G. (2015). Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the district nurse. *Palliative Medicine*, 29 (2), 138-146. <https://doi:10.1177/0269216314551813>

Hemberg, J., & Bergdahl, E. (2020). Dealing with ethical and existential issues at end of life through ca -creation. *Nursing Ethics*, 27(4), 1012-1031. <https://10.1177/0969733019874496>

Henricson, M. (2012). Diskussion. IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (1:3 uppl., ss. 471-479).

*Hernandez - Marerro, P., Fradique, E., & Pereira, S.M. (2019). Palliative care nursing involvement in end –of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. *Nursing Ethics* 26 (6), 1680-1695. <https://doi.org/10.1177/0969733018774610>

Hilding, U., Allvin, R. & Blomberg, K. (2018). Striving for a balance between leading and following the patient and family – nurses' strategies to facilitate the transition from life-prolonging care to palliative care: An interview study. *BMC Palliative Care* 17 (55), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0311-7>

Hökkä, M., Martins Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H., & Hernández-Marrero. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 34 (7), 851-870. <https://doi.10.1177/0269216320918798>

ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor (2017). *Svensk sjuksköterskeförening*. Hämtat från [icns etiska kod för sjuksköterskor 2017.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/etiska-kod-for-sjukskoterskor-2017.pdf)

* Izumi, S., Burt., M., Smith., J., McCord, K., & Fromme, E.K. (2019). Enhancing advance care planning conversations by nurses in a bone marrow transplantation unit. *Oncology Nursing Forum*, 46 (3), 288-297. [https:// doi 10.1188/19.ONF.288-297](https://doi.org/10.1188/19.ONF.288-297)

Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 831-838. [https://: doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x)

* Karlsson, M., Roxberg, Å., da Silva, B. A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: A Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (5), 224-231. [https:// doi.org10.12968/ijpn.2010.16.548143](https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.548143)

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:3 uppl., ss. 69-90). Studentlitteratur.

*Livelo, J.N., Jurado, L-F.M., Hunt, V., & Mintzer, D. (2018). Knowledge, attitudes, and experiences of Filipino-American registered nurses in the US towards end-of-life care. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research*, 8 (1).
<https://doi.org/10.13178/jnparr.2018.0801.0804>

Ling, D-L., Yu, H-J., & Guo, H-L. (2019). Truth-telling, decision-making and ethics among cancer patients in nursing practice in China. *Nursing Ethics*, 26(4), 1000-1008.
<http://doi.org/10.1177/0969733017739783>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. IM. Granskär & B, Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:a uppl., ss.187-201). Studentlitteratur.

Lundquist, G., Rasmussen, B.H., & Axelsson, B. (2011). Information of imminent death or not: Does it make difference? *Journal of Clinical Oncology*, 29(29), 3927-3931.
<https://doi.10.1200/JCO.2011.34.6247>

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of hospice and palliative nursing*, 12(3), 166-174. <http://doi:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee>

McCormack, B., & McCane, T. (2006). Development of framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

*McLennon, S.M., Uhrich, M., Lasister, S., Chamness, A.R., & Helft, P.R. (2013). Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 36(2), 114-121.
<https://doi:10.1097/NCC.0b013e31825f4dc8>

Millberg, A., Liljeroos, M., Wåhlberg, R., & Krevers, B. (2020). Sense of support within the family: A cross-sectional study of family members in palliative home care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00623-z>

*Mischelmovich, N., Arber, A., & Odelius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.006>

Nationella rådet för palliativ vård. (u.å.) *Historik*. Hämtat 16 november, 2020, från <https://www.nrpv.se/historik/>

Nationellt vårdprogram palliativ vård. (2016). Hämtad 15 november 2020 från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/varldprogram/>

*Nikbakht Nasrabadi. A., Joolae, S., Navab, M., Esmaeili., & Shali, M. (2020). White lie during patient care: A qualitative study of nurses` perspectives. *BMC Medical Ethics* 21 (86). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00528-9>

*Odachi, R., Tamaki, T., Ito, M., Okita, T., Kitmura, Y., & Sobue, T. (2017). Nurses` experiences of end-of-life care in long-term care hospitals in Japan: Balancing improving the quality of life and sustaining the life of patients dying at hospitals, *Asian Nursing Resersch*, 11(3), 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.004>

SFS 2009: 400. *Offentlighets- och sekretesslag* hämtad 13 april., 2021 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

* Paganini, C. M., & Bousso. S.R. (2015). Nurses` autonomy in end-of-life situations in intensive care. *Nursing Ethics*, 22 (7), 803-814. <https://doi.org/10.1177/096973301454790>

Parker, M. S., Clayton, M. J., Hancock. K., Walder, S., Butow, N. P., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, H.N.M. (2007).

A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of life-limiting illness: Patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of Information. *Journal of pain symptom Management*, 34(1), 81-93. <https://doi.org/1016/j.jpainsymman.2006.09.035>

- Pennbrant, S., Tomaszewska, M., & Penttilä Lorentzon, G. (2015). Nurses' experience of caring for palliative- stage patients in hospital setting in Sweden. *Journal of the Clinical Nursing Specialists*, 3(2). <https://doi.org/10.5430/cns.v3n2p97>
- Peterson, J., Johnson, M-A., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International journal of Palliative nursing*, 16(4), 181-7. <http://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.47784>
- Petersson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:3 uppl., ss. 289-301). Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Porr, C., Gaudine, A., Woo, K., Smith-Young, J., & Green, C. (2019). How community nurses manage ethical conflicts: A grounded theory study. *Global Qualitative Nursing Researches*, 6(1-3). <http://doi.org/10.1177/2333393619894958>.
- Radbruch, L., Ling, J., Hegedus, K., Larkin, P. (2018). European association for palliative care: Forging a vision of excellence in palliative care in central and eastern European and former Soviet Union countries. (2018). *Journal of pain and symptom management*, 55(25), 117-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.022>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Cege Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care- A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
- Ramritu, P-L., & Barnad, A. (2001). New nurse graduates' understanding of competence. *International nursing review*, 48(1), 47-57. [https://doi:New nurse graduates' understanding of competence \(wiley.com\) https://doi:10.1046/j.1466-7657.2001.00048.x](https://doi:New nurse graduates' understanding of competence (wiley.com) https://doi:10.1046/j.1466-7657.2001.00048.x)

Regionala cancercentrum i Samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-varld/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Reinke, L.F., Shannon, S.E., Engelberg, R., Dotolo, D., Silvestri, G.A., & Randall Curtis, J. (2010). Nurses' identification of important yet under- utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illness. *Journal of Palliative Care*, 13(6). <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0423>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:4 uppl., ss. 429-444). Studentlitteratur.

Sand, L., & Strang, P. (2014). *När döden utmanar livet: Om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Natur & Kultur.

Schelin, M EC., Sallerfors, B., Rasmussen, BH., & Fürst, CJ. (2018). Quality of care for the dying across different levels of palliative care development: A population- based cohort study. *Palliative Medicine*, 32(10), 1596-1604. <https://doi.org/10.1177/0269216318801251>

Schulz, V-M., Crombeen, A-M., Marshall, D., Shadd, L., LaDonna, K-A., & Lindgard, L-L. (2017). Beyond simple planning: Existential dimensions of conversations with patients at risk of dying from heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(59), 637-644. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.041>

Sekse, RJT., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2). <https://doi.org/10.1111/jcon.13912>

*Seymore, J., Almack, K., & Kennedy, S. (2010). Implementing advance care planning: a qualitative study of community nurses' views and experiences. *BMC Palliative Care*, 9 (4). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-4>

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 13 april, 2021 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 13 april, 2021 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtat 16 mars, 2021 från *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043 - Riksdagen*

Shepherd, M, S., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC health services research*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>.

Silén, M., Ramklint, M., Hansson MG., & Haglund, K. (2016). Ethics rounds: An appreciated form of ethics support. *Nursing Ethics*, 23(2), 203-213. <https://doi.org/10.1177/09697330114560930>

Skorpen Tarberg, A., Kvangarsnes, M., Hole, T., Throaens, M., Stöve Madssen, T., & Landstad, B J. (2019). Silent voices: Family caregivers' narratives of involvement in palliative care. *Nursing Open*, 6(4). <https://doi.org/10.1002/nop.2.344>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp*, Hämtat 25 januari, 2021 från *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp (socialstyrelsen.se)*

Socialstyrelsen. (2020a). *Socialstyrelsens termbank: palliativ vård*. Hämtad 24 november, 2020, från <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Socialstyrelsen. (2020b). *Socialstyrelsens termbank: närstående*. Hämtad 19 november, 2020, från <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *Etiska aspekter*, Hämtat 28 april, 2021. 02-0090_sbu_karies_inlaga

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten; en metodbok*. Hämtat 8 november, 2020, från <http://www.sbu.se/metodbok>

Stewart, K., Doody, O., Bailey, M., & Moran, S. (2017). Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. *International journal of palliative nursing*, 23(12), 577-585. <http://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.12.577>

Stone, L., Kinley, J., & Hockey, J. (2013). Advance care planning in care homes: The experience of staff, residents, and family members, *International journal of palliative nursing journal*, 19(11), 550-557. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.11.550>

Strang, S., Henoeh, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin- Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-onkology*23(5), 562-8. <https://doi.org/10.1002/pon.3456.Epub2013Dec9>.

Sudore, L. R., Lum, D H., You, J. J., Hanson, C. L., Meier, E. D., Pantilat, Z. S., Matlock, D. D., Rietjens, C. A. J., Korfage, J. I., Ritchie, S. C., Kutner. S. J., Teno, M. J., Thomas, J., McMahan, D. R., & Heyland, K. D. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of Pain Symptom Management*, 53(5), 821-832. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå*. <https://beta.swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-v%C3%A5rd-2019.pdf>

*Tobin, G.A. (2012). Breaking bad news: A phenomenological exploration of Irish nurses' experiences of cancering for patients whith a cancer diagnosis is given in a acute care facility (Part1). *Cancer Nursing*, 35(6). <https://doi.10.1097/NCC.0b013e318241921d>

Udo, C., Danielsson, E., & Melin-Johansson, C. (2013). Existential issues among nurses in surgical care- a hermeneutical study of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 569-577. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x>

*Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Sayadi, L., Taleghani, F., Howard, A.F., & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experience. *Nursing Ethics* 21 (5), 518-529. <https://10.1177/0969733013511359>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:3. uppl., ss. 429). Studentlitteratur.

*Warnock, C., Buchanan, J., & TOD, M.A. (2016). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advance Nursing*, 73 (7), 1632-1645. <https://doi.org/710.1111/jan.1325>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap*. Studentlitteratur.

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: cartive factors/ Caritas processes as disiplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm, Jornal of the Granduate Program at the Federal University of Santa Catharina.*,16(1), 129-35. [https://Watsons theory of human caring and subjective liv.pdf](https://Watsons%20theory%20of%20human%20caring%20and%20subjective%20liv.pdf)

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ragan, S. (2011). The shift to early palliative care: A typology of illness journeys and the role of nursing. *Clinical Journal of oncology nursing*, 15(3), 304-310. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.304-310>

World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Hämtad 7januari 2021.

Hämtat <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=D83BFD1CCCFE937F65C61E1A5413D0CA?sequence=1>

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Hämtad 5 februari, 2021, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Medical Association. (2018). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 5 november 2020, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L., & Friberg, F. (Red.). (2017). *Informationssökning: Dags för uppsats*. Studentlitteratur AB.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL	advance care planning AND nurse AND experience	110	Svenska/engelska 2010 - 2020	7	2	1
Pub Med	advance care planning [MeSH]AND nurse [MeSH] AND communication NOT physician	15	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	5	5	1
Pub Med	qualitative research* AND breaking bad news AND nurse* AND end of life discussion	1	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	1	1	1
Pub Med	experience* AND qualitative research AND nurse* AND breaking bad news	9	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	6	6	2

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Pub Med	communicating OR communication AND breaking bad news AND nurses*	37	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	11	5	2
Pub Med	discussion making AND end of life* AND nurse* AND qualitative analysis	89	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	15	10	4
Pub Med	“nurses” OR nurs* AND experience AND breaking bad news	15	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	4	2	1

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Pub Med	nurses AND difficulties in advance care planning	31	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	4	1	1
Pub Med	ethics AND nurse AND truth-telling	18	Svenska/Engelska, 2010 - 2020	6	6	2

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Abbaszadeh, A., Ehsani, R. S., Begjani, J., Kaji, A. M., Dopolani, N. F., Nejati, A., & Mohammadnejad.E.	Nurse´s perspectives on breaking bad news to patients and their families: A qualitative content analysis	2014 Iran Journal of Medical Ethics and History of Medicine	Studiens syfte var att undersöka iranska sjuksköterskors perspektiv på hur de upplever det att förmedla dåliga nyheter till patienter och deras familjer.	Design: Kvalitativ studie med semistrukturerade interjuver. Urval: Sjuksköterskor med minst ett års erfarenhet på avdelning. Datainsamling: Deltagarna fick beskriva en dag på arbetet samt beskriva egna erfarenheter av att lämna ut dåliga nyheter Analys: Innehållsanalys.	19	Sjuksköterskorna i studien upplevde att kommunikation är nyckel till att ge information på ett bra sätt, men att patient och anhöriga behöver vara förberedda inför samtalet. Sjuksköterskorna saknar utbildning, färdigheter och grundläggande erfarenheter av att ge dåliga besked då det nästan uteslutande ges av läkare och att det är "deras jobb att göra det" och läkarna har alltid gjort det. Sjuksköterskorna upplevde att de inte ville ge dåliga besked då det kan påverka patienten och familjen negativt., att patienten kan känna sig sämre än vad den är.	II (K)
Griffiths, J.,	Breaking bad news about transitions to dying:	2015 England Palliative Medicine	Syftet med studien var att undersöka distriktsjuksköterskans	Design: Kvalitativa design. Urval: Distriktsjuksköterskor	40	Distriktsjuksköterskorna (dsk) roll i att	II(K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Ewing, G., Wilson, C., Connoly, M., & Grande, G.	A qualitative exploration of the role of the District Nurse		roll i att informera om dåliga nyheter i övergång till livets slutskede.	från innerstad samt förort med i snitt 12,5 års erfarenhet som distriktssjuksköterska. Datainsamling: En intervju som spelades in i fyra fokusgrupper där en ämnesguide användes för diskussioner Analys: Kodning till teman gjordes.		förmedla att patienten var döende var utmanande. Dock var samtalet grundläggande för patientens och närståendes förberedelsen inför att få uppleva en god död. Fyra utmaningar som identifierades av distriktssjuksköterskorna i samtalen var hur patienten reagerade på prognosen, om samtalet gjordes vid rätt tidpunkt, hur den komplexa hemmiljön runt patienten var och hur denna kunde begränsade dsk i att förmedla förberedelse inför döden.	
Hernandez-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, S.M.	Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis	2019 Portugal Nursing Ethics	Studiens syfte var att analysera vilka etiska principer i samband med beslut om vård i livets slutskede som sjuksköterskorna i palliativ vård värderade högst.	Design: Kvalitativ sekundär analys. Urval: Sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård. Datainsamling: Intervjumaterial från tre tidigare studier gicks igenom igen för att få fram nya	32	. Sjuksköterskorna ställdes inför etiska funderingar där vägledning behövdes i svåra beslut. De upplevde även att kommunikation med patienter och närstående angående diagnos väckte etiska	I (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
				frågor och svar i ämnet. Analys: Tre dimensioner av etiska frågeställningar togs fram som delades in i kategorier och ämnen som sammanställdes i en guide.		tankar. Sjuksköterskorna som arbetat länge hade stöd i varandra, deras expertis, kommunikation och arbetslivserfarenhet.	
Izumi, S., Burt., M., Smith., J., McCord, K., & Fromme, E.K.	Enhancing advance care planning conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit	2019 USA Oncology Nursing Forum	Syftet med studien var att öka kunskapen för sjuksköterskor att hålla brytpunktssamtal.	Design: Mixad. Singel - Grupp-pre-/postdesign. Urval: Sjuksköterskor som arbetade på benmärgstransplantations enhet. Datainsamling: Intervjuer. Deltagarna fick svara på frågor före utbildning, efter utbildning samt tre månader efteråt. Analys: Deskriptiv.	60	Sjuksköterskorna fick delta i en utbildning på 30 min om brytpunktssamtal. Detta gjorde att sjuksköterskorna upplevde en ökad trygghet, ökad kunskap man vågade starta upp svåra samtal, man kände sig mer säker i sin roll. Efter tre månaders uppföljning var tiden det största hindret för att starta upp ett samtal. Det framkom också att sjuksköterskans många samtal handlade om patientens mål och vidare planering framåt. Dessa samtal framkom inte i dokumentationen då	I (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
						sjuusköterskan var rädd för vad kollegor skulle tycka om vad de skrivit.	
Karlsson, M., Roxberg, Å., da Silva, B. A., & Berggren, I.	Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study	2010 Sverige International Journal of Palliative Nursing	Studiens syfte var att belysa sjuusköterskor i hemsjukvårdens upplevelser av etiska dilemman i palliativ vård.	Design: Kvalitativ Urval: Sjuusköterskor som arbetar med palliativ vård (4–15 år). Datainsamling: Deltagarna fick svara på tre frågor: ett specifikt dilemma som de upplevt, hur de hanterade dilemmat och om de fick stöd och i så fall av vem och hur. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	7	Sjuusköterskorna som vårdade palliativa patienter upplevde frustration, brist på kunskap och oro. De kände sig otillräckliga både gentemot personal, patienter och närstående. Sjuusköterskor inom kommunen behöver ökad kunskap. Samt även kunna få diskutera etiska dilemman som de kan ställas inför.	I (K)
Livelo, J.N., Jurado, L-F. M., Hunt, V., & Mintzer, D	Knowledge, attitudes, and experiences of Filipino-American registered nurses in the US towards end-of-life care.	2018 USA Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research	Syftet med forskningsstudien var att undersöka kunskaper, attityder och erfarenheter/upplevelser av vård i livets slutskede hos filippinsk-amerikanska sjuusköterskor.	Design: Beskrivande kvalitativ studie. Urval: Filippinsk-amerikanska sjuusköterskor som arbetade med patienter i livets slutskede. Datainsamling: Intervjuer gjordes vid ett tillfälle i fem fokusgrupper, intervjuerna spelades in. Analys: Inspelningarna transkriberades.	15	. Vården baseras på medkänsla, respekt och empati. Sjuusköterskorna förstår när patienten vill släppa taget, då de känner till patientens önskemål. Kultur och religion spelar en stor roll. Då allt arbete sker i nära relation	I (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
				Mönster identifierades. Kodning och kategorier skapades som blev till teman enligt Colaizzi's analytiska method .		med patienterna och deras familjer. Detta gör att sjuksköterskorna känner sig bekväma och vågar gå in i svåra samtal, men de efterfrågade mer utbildning i svåra samtal.	
McLennon, SM., Uhrich, M., Lasister, S., Chamness, AR., & Helft, PR.	Oncology nurses 'narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients	2013 USA Cancer Nursing an International journal for Cancer care research	Syftet med studien var att beskriva hur ofta sjuksköterskor hamnade i etiska dilemman i samband med diagnosrelaterade samtal.	Design: Kvalitativ narrativ studie. Urval: Sjuksköterskor som deltagit i en tidigare studie av samma författare blev tillfrågade igen, av 173 tillfrågade medverkade 137 stycken. Datainsamling: Öppna frågor. Analys: Ord och meningar kodades likande betydelser grupperades i subkategorier som sedan delades in i fyra huvudkategorier	137	Sjuksköterskorna upplevde etiska dilemman i samband med kulturella konflikter och familjekonflikter. Sjuksköterskorna hade strategier för dessa samtal. Men saknade utbildning och etiska diskussioner när det gäller att hantera dessa situationer.	I (K)
Mishelmovich, N., Arber, A., & Odelius, A.	Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists	2016 England European Journal of	Syftet med studien var att undersöka hur specialistsjuksköterskor i onkologi och palliativ	Design: Kvalitativ studie. Urval: Specialistsjuksköterskor i	10	Studien visade att kommunikation är viktigt både den verbala och den icke	I (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
	in cancer and palliative care	Oncology Nursing	vård upplevde att lämna svåra besked till patienter med avancerad cancersjukdom.	onkologi och palliativ vård med 9–20 års erfarenhet. Datainsamling: Individuell semistrukturerade interjuver som spelades in. Analys: Intervjuerna transkriberades och kodades till fyra teman.		verbala. Att kunna följa med patienten i känslor, kunna känna med patienten. Då alla deltagarna i studien hade lång erfarenhet samt utbildning i avancerad kommunikation kunde man använda sig av sin egen erfarenhet och på så vis kunna sätta sig in i patientens situation. I och med att sjuksköterskan kände sig trygg i sin kunskap så kunde den också utvecklas, ju fler brytpunktsamtal sjuksköterskan håller desto mer erfarenhet skapas.	
Nikbakht Nasrabadi. A., Joolae, S., Navab, M., Esmaeili., & Shali, M.	White lie during patient care: a qualitative study of nurses` perspectives.	2020 Iran BMC Medical Ethics	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskornas upplevelse/erfarenhet av att använda sig av "vita lögner" i patientens omvårdnad.	Design: Kvalitativ studie. Urval: Sjuksköterskor från olika sjukhus och olika avdelningar i Iran. Datainsamling: Individuella semistrukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	18	Sjuksköterskorna använde sig av "vita lögner" till patienter som fått dåliga besked i livets slutskede. Till exempel när de skulle ge dåliga nyheter till patienten och familjen och de då	I(K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
						<p>kände att de saknade kunskap om strategier för hur de skulle berätta. De var rädda för att skada relationen till patienten och kände rädsla över hur patienten skulle påverkas emotionellt. Bristande kommunikationsförmåga, kunskap och erfarenhet hos sjuksköterskorna påverkade användandet av "vita lögner".</p>	

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Odachi, R., Tamaki, T., Ito, M., Okita, T., Kitamura, Y., & Sobue, T.	Nurses' Experiences of End-of-life Care in Long-term Care Hospitals in Japan: Balancing Improving the Quality of Life and Sustaining the Lives of Patients Dying at Hospitals	2017 Japan Asian Nursing Research.	Syftet med studien var att klargöra sjuksköterskans arbete med äldre patienter i livets slutskede inom långvarig vård och omsorg.	Design: Kvalitativ studie. Urval: 19 sjuksköterskor som arbetar på geriatriken, akutavdelning och hospice. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med hjälp av intervjuguide. Analys: Grounded theory.	19	Alla sjuksköterskor var måna om att ta vara på hur patienten levde och att se till att patienterna inte kände sig ensamma under vårdtiden. Sjuksköterskorna gav stöd och samtal till närstående. Om svårare beslut skulle tas lämnades beslutet över till chefsjuksköterskan eller läkare. Många sköterskor tror att en lugn död är en bra död. Erfarenheter runt döende patienter utbyttes informellt.	II(K)
Paganini, C. M., & Bousso, S.R.	Nurses' autonomy in end-of-life situations in	2015 Brasilien Nursing	Syftet med studien var att få en förståelse för hur sjuksköterskornas	Design: Kvalitativ studie.	14	Sjuksköterskorna på intensivvården arbetar nära patienterna och	I(K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
	intensive care	Ethics	självbestämmande påverkar beslut i processen om vård i livets slutskede på en intensivvårdsavdelning.	Urval: Sjuksköterskor som arbetar på intensiv vårdsavdelningar Datainsamling: Djupa individuella semistrukturerade intervjuer. Analys: Jämförande analys.		deras familjer och tvingas ofta ta snabba beslut och svåra samtal För att kunna gör det krävs stor expertis och kunskap och trygghet i arbetsgruppen. Om sjuksköterskorna inte har stödet i arbetsgruppen och att de kan lita på varandra eller att de blir ifrågasatta uppstår osäkerhet och otillräcklighet -Om sjuksköterskan får vara delaktig i diskussioner runt patienten leder det till att det blir lättare att ta beslut.	
Seymour, J., Almack, K., & Kennedy, S.	Implementing advance care planning: a qualitative study of community nurses' views and experiences	2010 England BMC Palliative Care	Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård i England ser på införandet av brytpunktssamtal och om utbildning för att hålla brytpunktssamtal	Design: Kvalitativ studie. Urval: Kommunsjuksköterskor som arbetade i palliativ vård. Datainsamling: Diskussioner i fokusgrupper. Analys: Innehållsanalys. Diskussionsunderlaget transkriberades och kodades till kategorier, mönster och teman.	23	Sjuksköterskorna uppfattade ACP (Advance care planning) som en del av en god vård. De kände sig engagerade i att samtala om att vården ändrade fokus mot palliativ vård med patienter och närstående. Hinder för att ha dessa samtal var	I(K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
						resursbrist, brist hos omgivningen om vad ACP innebär och svårigheter med att tala om döden. De önskade att en utbildning skulle innehålla realistiska träningsscenarion, ett flödesschema, praktiska råd om kommunikation och dokumentation samt klinisk praktik.	
Tobin, G.A.	Breaking bad news: a phenomenological exploration of Irish nurses`experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility.	2012 Irland Cancer Nursing	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors uppfattning av att vårda patienter som får dåliga besked i form av cancerdiagnos inom akutsjukvård.	Design: Fenomenologisk kvalitativ studie. Urval: sjuksköterskor som arbetade på akuten med vuxna, tidigare varit med när svåra besked lämnats. Sjuksköterskorna måste vilja lämna skriftliga redovisningar som studien krävde. Datainsamling: Djupa ostrukturerade interjuver. Analys: Koch´s analys användes som ramverk vilket är ett sex stegs process som där analysen går fram och tillbaka mellan datainsamlingen.	20	Sjuksköterskorna upplevde att det viktigast var samspelet mellan sjuksköterskan och patient. Fungerade inte det var det svårt att lämna dåliga besked. Om patienten fått information av läkare utan att sjuksköterskan var med upplevde sjuksköterskan osäkerhet om vad som sagts, ordet cancer användes ofta inte och samtalet blev svårt att bemöta. Kommunikation är av	I(K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
						stor vikt. Ibland kunde de vara svårt att gräns sätta sina egna upplevda händelser vid bemötande av patienten. Kompetens och profession var två centrala begrepp för att känna trygghet.	
Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Sayadi, L., Taleghani, F., Howard, A.F., & Jeddian, A.	Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses`experiences	2014 Iran Nursing Ethics	Studiens syfte var att undersöka iranska sjuksköterskors upplevelser och strategier för att sanningsenligt kommunicera dåliga nyheter till stamcells transplanterade patienter.	Design: Kvalitativ design. Urval: Sjuksköterskor som arbetat mellan 1–21 år från olika avdelningar Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Intervjuerna kodades för att identifiera subkategorier som delades in i underkategorier.	18	I Iran pratade man inte om negativa händelser eller dåliga besked., detta pga. religion. Vilket gör att sjuksköterskorna inte har några brytpunktssamtal då man inte frågar hur informerad patienten är om sin sjukdom. Man nämner aldrig ordet cancer, man vill inte uppröra patienten detta ser sjuksköterskorna som sin plikt. Att ha upprörda patienter påverkar sjuksköterskan negativt. Sjuksköterskorna är också rädda att de ska få frågor de inte kan	II (K)

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
						svara på samt att det inte finns tid för samtal.	
Warnock, C., Buchanan, J. & TOD, M.A.	The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news.	2016 England Journal of Advance Nursing	Syftet med studien var att undersöka upplevelserna av sjuksköterskans och övrig vårdpersonals svårigheter när de deltar i processen i att informera om dåliga nyheter.	Design: Beskrivande kvalitativ undersökande design. Urval: Personal från sjukhus, kommun, hospice och hemsjukvård. Datainsamling: Själv rapporter ande frågor Analys: Ramverksanalys	145	Sjuksköterskor upplevde problem med kommunikation information, miljö och brist på tid, samt efterlyste de mer utbildning och kunskap.	I(K)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga 3.

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia:

Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

<p>8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet?</p>		

(Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		

Totalt (max 36 poäng)	
------------------------------	--

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng