



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Kommunicera med patienter i livets slutskede

## Vårdpersonalens upplevelser

Kersti Antonsson

Emilia Arvidsson

Handledare: Elina Mikaelsson Midlöv

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2016

# Kommunicera med patienter i livets slutskede

Kersti Antonsson  
Emilia Arvidsson

## Sammanfattning

**Bakgrund:** När en person drabbas av en obotlig sjukdom sätts palliativ vård in som en åtgärd för att lindra lidande och upprätthålla livskvalitet. Den palliativa vårdens sena fas benämns som vård i livets slutskede. Vid vård i livets slutskede är en god kommunikation viktigt för att minska lidandet för den döende patienten. Kommunikationen kan vara både verbal i form av samtal samt icke verbal vilket innefattar exempelvis beröring och att lyssna.

Kommunikationen kan vara svår och påfrestande för vårdpersonalen och det krävs erfarenhet för att kunna kommunicera med patienter som befinner sig i livet slutskede

**Syfte:** Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede på en vårdinstitution.

**Metod:** Studien gjordes som en litteraturstudie med en kvalitativ ansats. Studien utgick från åtta vetenskapliga artiklar som analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** I resultatet framkom det att vårdpersonalen upplevde att samtalet med patienterna var viktig då detta hjälpte patienterna att må bättre. Vårdpersonalen upplevde att det var viktigt att visa tillgänglighet men ändå låta patienterna själva bestämma när de vill prata. Kommunikationen med patienterna kunde ofta vara väldigt påfrestande för vårdpersonalen då de kunde uppleva ångest och trötthet i de svåra samtalen med patienterna. Trots svårigheten i kommunikationen upplevde vårdpersonalen att samtalen var berikande då de kände att arbetet var meningsfullt. Vårdpersonalen upplevde också hinder för samtalet, så som tidsbrist och brist på avskildhet, dock upplevde de att samtalet kunde förenklas genom att visa öppenhet. Något annat som upplevdes viktigt var att vara närvarande genom den icke-verbala kommunikationen, så som beröring och att finnas där och lyssna.

**Slutsats:** Kommunikationen sågs som en viktig del i vårdandet och därför är det viktigt att uppmärksamma de svårigheter som uppstod när vårdpersonalen kommunicerade med patienter i livets slutskede. I framtida studier skulle det vara av intresse att undersöka om kommunikationen påverkas beroende på vilken miljö vården bedrivs.

**Nyckelord:** kommunikation, livets slutskede, upplevelse, vårdpersonal

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Vård i livets slutskede	5
Vårdpersonalens roll vid vård i livets slutskede	5
Kommunikation	6
Att kommunicera med patienter i livets slutskede	7
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Datainsamling	8
Urval	9
Kvalitetsgranskning	9
Analys	10
Resultat	10
Samtalets betydelse	11
Vikten av att samtala med patienterna	11
Vikten av att respektera patientens självbestämmande i samtalet	12
Känslomässig påverkan	13
Berikande känslor	13
Känsllosamma svårigheter	14
Påverkan på samtalet	16
Öppenhet förenklade samtalet	16
Hinder för samtalet	16
Betydelsen av att vara närvarande	17
Betydelsen av icke-verbal kommunikation	17
Betydelsen av att lyssna	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	23
Slutsats	25
Självständighet	26
Referenser	27
Bilaga 1 Databassökningar	31
Bilaga 2 Artikelöversikt	33
Bilaga 3 Innehållsanalys	35

## Inledning

En central del i vårdpersonalens arbete är att kommunicera med patienter för att de ska få en så god vård som möjligt (Mok & Chiu, 2004). En god kommunikation mellan vårdpersonal och patient leder till att patienten känner tillit och förtroende, vilket gör att patienterna har någon som de kan förlita sig på och någon som de kan uttrycka sina känslor och tankar för. En bra relation leder till att patienterna upplever sig själva som betydelsefulla och detta fyller dem med kraft och minskar deras lidande vilket också kan hjälpa dem att känna en mening med livet (Mok & Chiu, 2004).

Johnston och Smith (2005) visar att utan en god kommunikation och en bra relation mellan vårdpersonal och patient kan inte en god vård i livets slutskede uppstå. Cevik och Kav (2013) menar att majoriteten av vårdpersonalen inte känner sig bekväma med att prata om döden med sina patienter. Vårdpersonalen är rädd för att skrämna upp sina patienter eller göra dem ledsna. De tycker att det är ett svårt ämne att prata om och de känner sig hjälplösa i situationen (Cevik & Kav, 2013). Enligt Razban, Iranmanesh och Rafiei (2013) är det också många av vårdpersonalen som väljer att inte berätta sanningen om patientens dåliga tillstånd för patienten.

Cevik och Kav (2013) och Razban et al. (2013) visar på att det finns svårigheter och brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter som befinner sig i livets slutskede. Boyd, Merkh, Ruledge och Randall (2011) menar att det behövs mer forskning för att få en mer övergripande uppfattning om vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter i livets slutskede. Genom att sammanställa delar av den befintliga forskningen inom området kan detta komma att uppmärksamma svårigheter och problem som kan uppstå i kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter. Att uppmärksamma vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede kan leda till en tydligare bild och större förståelse inom området. Detta kan bidra till ökad kunskap som kan förbättra kommunikationen med patienter i livets slutskede.

# Bakgrund

## Vård i livets slutskede

World Health Organization (2015) menar att när en person diagnostiseras med en obotlig sjukdom kan palliativ vård sättas in som en åtgärd för att förbättra livskvaliteten vid livets slut. Den palliativa vården sätts in för att reducera och förebygga lidande genom att hjälpa patienten att leva ett så värdigt liv som möjligt fram till döden (WHO, 2015). Socialstyrelsen (2013) menar att palliativ vård ges när den kurativa behandlingen gör mer skada än nytta. När ett sådant beslut tas ska läkaren föra en dialog med patient och närstående under flera tillfällen (Socialstyrelsen, 2013). Statens offentliga utredningar (SOU 2001:6) menar att det kan vara svårt att avgöra när palliativ vård ska sättas in eftersom döendet är en process, vilket innebär att det rör sig om en obestämd tid.

Enligt SOU (2001:6) delas den palliativa vården vanligen in i två faser, en tidig och en sen fas. Den tidiga fasen rör sig ofta om en lång obestämd tid, medan i den sena fasen rör det sig om dagar, veckor eller månader (SOU, 2001:6). Socialstyrelsen (2011) menar att när den palliativa vårdens sena fas träder in definieras detta som vård i livets slutskede, då döden blir oundviklig inom en kort framtid. I föreliggande studie kommer vård i livets slutskede att användas som begrepp för den palliativa vårdens sena fas.

## Vårdpersonalens roll vid vård i livets slutskede

Vid vård i livets slutskede arbetar bland annat sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. I föreliggande studie kommer begreppet vårdpersonal att användas för att beskriva de olika yrkesgrupperna. Vid vård i livets slutskede har vårdpersonalen som uppgift att vara stödjande, kommunikativ och relationsskapande (Friedrichsen, 2012). Holst, Sparrman och Berglund (2003) menar att en god vård innebär att vårdpersonalen ska kunna lindra smärta fysiskt, psykiskt och existentiellt. Vårdpersonalen ska vara villig att ta reda på vilka behov patienten har, och detta görs med hjälp av en god kommunikation och ett gott bemötande. Genom en god relation och ett gott bemötande får patienten ett förtroende för vårdpersonalen, vilket gör det enklare för patienten att möta döden på ett värdigt sätt (Holst et al., 2003).

Enligt Eckerdal (2012) kan vård i livets slutskede bedrivas var patienten än vistas, bland annat på hospicehem, vårdhem och på vårdavdelningar på sjukhus (Eckerdal, 2012).

Hospicehem är en vårdenhet där vård i livets slutskede bedrivs utanför hemmet för att främja att den döende ska få ett så rikt liv som möjligt. På hospicehem har patienten alltid tillgång till kompetent personal. Vården kan också erbjudas på sjukhus där patienten är inlagd på en vårdavdelning (Eckerdal, 2012). I föreliggande studie kommer begreppet vårdinstitution att användas som ett samlingsbegrepp för hospicehem och vårdavdelningar.

## Kommunikation

Weaver (2012) framhäver att kommunikation är ett viktigt mänskligt behov och ses därför som en mänsklig rättighet. En bristande kommunikation kan isolera en person och därför är det viktigt att överkomma dessa svårigheter (Weaver, 2012). Enligt Travelbee (1971) uppstår kommunikationen när vårdpersonalen och vårdtagaren samtalar med varandra, men också när de båda är tysta. Kommunikationen sker trots att de kanske inte är medvetna om det. Det finns två typer av kommunikation, verbal och icke-verbal. Verbal kommunikation innebär att något uttrycks med hjälp av ord, antingen skrivna eller uttalade. Icke-verbal kommunikation innebär att information överförs genom att uttrycka sig med hjälp av interaktioner, gester, ansiktsuttryck, beröring och kroppsspråk. Icke-verbal kommunikation uppstår också när personerna är tysta. Då kan känslor överföras mellan personer (Travelbee, 1971).

Weaver (2012) menar att med hjälp av kommunikation kan människor bland annat uttrycka sina behov och känslor, dela information och idéer, socialisera och bygga relationer samt utbyta erfarenheter och ställa frågor. Kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck är exempel på att kommunikation inte bara är vad människor säger till varandra med ord. Att lyssna aktivt och reflektera är ett sätt att visa att kommunikationen uppskattas under kommunikationsprocessen (Weaver, 2012). Fredriksson (2013) antyder att lyssnandet är något annat än att bara höra. Det ställer krav på både patient och vårdare. Lyssnandet innefattar förståelse och tolkning samt att ge tillbaka förståelse till den som talat. Det är vanligt att visualisera kommunikation som ett samtal mellan patient och vårdpersonal. Samtalet kan leda till gemenskap som en del i uppbyggandet av en relation (Fredriksson, 2013).

## Att kommunicera med patienter i livets slutskede

Holst et al. (2003) menar att om vårdpersonalen och patienten ska kunna ha en god kommunikation måste vårdpersonalen vara lyhörd och uppmärksam på verbala och icke-verbala signaler från patienten. För att kunna bemöta och lindra patientens emotionella smärta behöver vårdpersonalen ha en helhetskompetens och ett professionellt förhållningssätt. En inre trygghet, yrkeserfarenhet och livserfarenhet kan göra mötet med patienten enklare. Kommunikationen kan dock upplevas känslomässigt påfrestande för vårdpersonalen (Holst et al., 2003).

En upplevelse är resultatet av en meningsfull tolkning av en erfarenhet (Lee, 2004). Bullington, (2010) antyder att jaget är en upplevelsedimension som är permanent och nödvändig. Det finns alltid någon, ett subjekt, som upplever. En upplevelse har olika kvaliteter beroende på subjektet. En upplevelse förstås som första person och kan förstås som t.ex. sorglig, tråkig, intressant eller rolig. Det upplevs på ett visst sätt av någon som upplever. (Bullington, 2010).

Enligt Moir, Roberts, Martz, Perry och Tivis (2015) känner vårdpersonalen ofta en otrygghet inför att prata med sina patienter om vården i livets slutskede. En lång erfarenhet av att arbeta med palliativ vård visar att vårdpersonalen blir mer bekväma med att prata om vården i livets slutskede (Moir et al., 2015). Razban et al. (2013) menar att vårdpersonalen som är utbildade inom palliativ vård har en mer positiv attityd till vårdandet, samt de som har professionella eller personliga erfarenheter kring ämnet. Enligt McGrath, Yates, Clinton och Hart (1999) är en av de svåraste uppgifterna vid vård i livets slutskede att prata med patienterna om döden. Detta kan kännas påfrestande och obekvämt, vilket kan ge vårdpersonalen en känsla av otillräcklighet som leder till att de undviker samtalen då de inte vet vad de ska svara (McGrath et al., 1999).

## Teoretisk referensram

Joyce Travelbee har skapat en omvårdnadsteori som främst handlar om mellanmänskliga relationer (Travelbee, 1971). Några av de viktigaste begreppen i teorin är kommunikation, mänskliga relationer och lidande. Sjuksköterskan bär ansvaret för att relationen till patienten etableras och upprätthålls, men patienten måste också vara delaktig. En relation mellan människor kan bara finnas mellan verkliga personer och inte mellan abstrakta roller, så som sjuksköterska- och patientrollerna. Ett av de viktigaste redskapen en sjuksköterska har är

kommunikationen, vilket är ett sätt att förmedla känslor och tankar. Kommunikationen är nödvändig för att hjälpa patienten att finna en mening i upplevelsen. Den pågår ständigt när två människor möts, både verbalt och icke-verbalt. För att kommunicera krävs olika färdigheter, bland annat kunskap och en förmåga att kunna använda denna kunskap. Att kommunicera kräver också en känslighet och en känsla för god timing. Det finns också faktorer som kan störa kommunikationen, till exempel att patienten inte ses som en individ (Travelbee, 1971).

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede på en vårdinstitution.

## Metod

### Design

En kvalitativ litteraturstudie valdes som metod. Enligt Kristensson (2014) grundar sig en kvalitativ studie på att varje person är unik och därför ligger fokus på deltagarnas egna upplevelser. Syftet med en kvalitativ studie är att få en detaljerad förståelse för det som undersöks. Vid en litteraturstudie studeras vetenskaplig litteratur i syfte att sammanställa tidigare forskningsresultat. Detta görs genom att ställa en undersökningsfråga för att sedan, på ett strukturerat sätt, söka litteratur för att besvara syftet (Kristensson, 2014). Då en kvalitativ litteraturstudie har som syfte att sammanställa upplevelser valdes denna metod för att för en djupare förståelse för vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede.

### Datansamling

Datansamlingen för litteraturstudien skedde via två databaser, PubMed och CINAHL. Willman et al. (2011) beskriver båda databaserna som stora inom området hälso- och sjukvård, vilket gjorde dessa relevanta för litteraturstudien som grundar sig inom hälso- och sjukvården. Ämnesorden som användes i litteraturstudien var följande MeSH-termer: *Palliative care*, *Terminal care* samt *Communication* och följande CINAHL Headings: *Palliative care*, *Terminal care*, *Nurse attitudes*, *Attitude to death* och *Nurse-Patients Relations*. Willman et al. (2011) menar att referenserna i databaserna tilldelas olika ämnesord



som är relevanta, vilket gör det lättare för den som söker att finna det som är relevant. Även fritextsökningar gjordes i sökningarna, där trunkering användes. Willman et al. (2011) menar att trunkering ska användas för att söka på ett ord med alla tänkbara ändelser. Ett ord i fritextsökning förses med en asterisk (\*) på slutet av ordet och kapar ändelsen (Willman et al., 2011). Sökorden kombinerades med varandra med hjälp av de Booleska söktermerna AND och OR. Kristensson (2014) menar att när två sökord ska kombineras används AND som sökterm, medan OR används för att söka på begrepp som är närliggande varandra, och ökar därför sökningens tillförlitlighet. Sökorden som inte gav några artiklar till resultatet redovisades inte i sökordstabellen (bilaga 1).

## Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle svara på studiens syfte, vara baserade på empirisk forskning, vara skrivna på engelska, innehålla etiska överväganden, inte vara publicerade längre tillbaka än år 2000 samt vara peer reviewed. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) innebär peer reviewed att artikeln har blivit granskad av experter inom området innan artikeln publicerades. Sammanlagt gav sökningarna 797 träffar varav alla lästes på titelnivå. Av dessa träffar lästes sammanlagt 159 abstract och 49 artiklar. Av dessa uppnådde åtta kvalitativa artiklar inklusionskriterierna samt svarade på syftet. Ytterligare två artiklar hittades via similar articles i PubMed. Alla artiklar lästes sedan igenom ett flertal gånger.

## Kvalitetsgranskning

Efter att artiklarna hade valts ut utfördes kvalitetsgranskningen först enskilt för att sedan diskuteras tillsammans. Wallengren och Henricson (2012) menar att kvalitetsgranskning ska ske efter genomfört urval av texter. För att kvalitetsgranska artiklarna användes granskningsmallen CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2013). I mallen ställs tio frågor om artikelns kvalitet som besvaras med alternativen JA, NEJ och VET EJ. De frågor som ansågs mest värdefulla var de två första frågorna och den tionde. De två första frågorna handlade om artiklarnas syfte och metod och den tionde handlade om hur värdefull forskningen var. På grund av värdet i dessa frågor behövde dessa besvaras med JA för att kunna inkluderas i föreliggande studie. Bortsett från dessa tre JA behövdes fyra till sju JA på övriga frågor för hög kvalitet och tre JA för medelkvalitet. Två till noll JA på övriga frågor bedömdes som låg kvalitet. Alla tio artiklar kvalitetsgranskades och av dessa var det två artiklar som inte uppnådde medel eller hög kvalitet, vilka exkluderades från studien. Enligt

Willman (2011) bör artiklar med låg kvalitet exkluderas. Sju artiklar med hög kvalitet och en artikel med medelkvalitet valdes till resultatet (bilaga 2).

## Analys

För att analysera den insamlade datan användes kvalitativ innehållsanalys. En innehållsanalys är enligt Kristensson (2014) en analys av innehållet i texten då skillnader och likheter eftersöks. Dataanalysmetoden som användes var Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen var manifest. Graneheim och Lundman (2004) menar att en manifest analys innebär att det som är uppenbart och synligt i texten analyseras.

Analysen utfördes på följande sätt: Artiklarna lästes igenom flera gånger och diskuterades sedan tillsammans. Efter det valdes meningsenheter ut som svarade på syftet. En meningsenhet är enligt Graneheim och Lundman (2004), ord, meningar eller paragrafer som innehåller aspekter som relaterar till varandra genom dess innehåll. Efter att ha tagit ut meningsenheter översattes dessa från engelska till svenska för att sedan kondenseras vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att meningsenheterna kortas ner samtidigt som kärnan bevaras. Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna vilket Graneheim och Lundman (2004) menar är ett sätt att förkorta ner texten ytterligare, för att sedan dela in dessa i kategorier och underkategorier. Kategorierna skapades genom att de kodade meningsenheterna klipptes ut och lades ut på ett bord. På baksidan av meningsenheterna skrevs vilken artikel som de tillhörde. Detta gjordes för att inte påverkas av vilken artikel meningsenheterna kom ifrån vid kategoriseringen. Meningsenheter med gemensamma nämnare lades tillsammans för att sedan skapa olika kategorier och underkategorier (bilaga 3). Graneheim och Lundman (2004) beskriver kategorier som en grupp med flera koder som har liknande innehåll, vilka sedan också kan bilda underkategorier. Utifrån kategorierna skrevs sedan ett resultat.

## Resultat

I resultatet framkom fyra olika kategorier med två underkategorier var. Huvudkategorierna benämns *Samtalets betydelse*, *Känslomässig påverkan*, *Påverkan på samtalet* och *Betydelsen av att vara närvarande*.



Figur 1: En överblick av resultatets kategorier och underkategorier.

## Samtalets betydelse

Denna kategori delas in i två underkategorier. Den första benämns *Vikten av att samtala med patienterna*, vilken beskriver att vårdpersonalen upplevde att det är viktigt att samtala med patienterna. Den andra underkategorin benämns *Vikten av att respektera patientens självbestämmande i samtalet*. Kategorin handlar om att ge möjlighet till samtal genom att inte påtvinga en konversation. Den handlar också om att både vårdpersonalen och patienterna tar initiativ till att samtala.

### *Vikten av att samtala med patienterna*

Vårdpersonalen på vårdinstitutionerna upplevde att det var viktigt och värdefullt att samtala med de döende patienterna, och inte bara vara närvarande (Trovo de Araujo & Paes da Silva, 2004; De Araújo, Da Silva & Francisco, 2004; Clarke & Ross, 2005). Vårdpersonalen menade att det alltid var viktigt att prata med patienterna eftersom det syntes att patienterna mår bättre av det då smärtan minskade (De Araújo et al., 2004; Keall et al., 2014).

Vårdpersonalen ansåg också att en viktig del i arbetet var att samtala om existentiella frågor (Strang, Heno, Danielsson & Melin-Johansson, 2013). De betonade kommunikationen som en nödvändig del av deras vård då de tillsammans med patienterna fick upptäcka vad de ville göra innan de dog. De hjälpte dem även att planera detta (Clarke & Ross, 2005).

*It is obvious that the (nursing) assistance is important; but to communicate with and talk to the patient is vital* (De Araújo et al., 2004, s. 152-153).

Vårdpersonalen upplevde att allt de kunde göra för att trösta patienterna var värt att göra. De upplevde det viktigt att prata, trösta och lugna patienterna och att varje tröstande ord var viktigt (Trovo de Araujo & Paes da Silva, 2004). Det upplevdes viktigt att normalisera situationen och att berätta för patienten att det är naturligt att vara rädd och känna sig ledsen över sina förluster i livet när du är svårt sjuk. Vårdpersonalen upplevde det även viktigt att vara genuint närvarande under konversationer av existentiell natur. Uttryck såsom “att bara vara där”, “inte överge” och “att fokusera på patienten” upplevdes vara betydelsefulla i dessa samtal (Strang, et al., 2013). Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att det var viktigt att vara öppen och ärlig (Keall et al., 2014) och att det var deras jobb att förtydliga och ge patienten information på ett sätt som lämnar dem med hopp (Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Randall Curtis, 2010). De upplevde också att det var av yttersta vikt att förklara för patienten vad som händer, även om patienten var medvetslös eller inte kunde tala (Trovo de Araujo & Paes da Silva, 2004). Att försöka nå patientens förståelse, klargöra tvivel och att noga svara på frågor upplevdes vara viktigt av vårdpersonalen (De Araújo et al., 2004).

#### *Vikten av att respektera patientens självbestämmande i samtalet*

Vårdpersonalen på vårdinstitutionerna upplevde att det var viktigt att inte påtvinga en konversation eller undvika den, samt att det var viktigt att balansera konversationen genom att erbjuda en möjlighet till att prata, utan att gå in i en djup diskussion (Strang et al., 2013). En god känsla för timing, förståelse för situationen och att kunna lyssna in patientens verbala och icke-verbala vinkar medan vårdpersonalen utförde omvårdnad upplevdes som viktigt för att kunna svara korrekt på patienternas existentiella och spirituella oro (Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2014). De upplevde det också som en utmaning att bedöma hur mycket information patienterna ville ha om sina sjukdomar och lät därför patienterna guida dem till vad de ville veta och till vilken grad (Reinke et al., 2010). Vårdpersonalen upplevde också att du lär dig med erfarenhet att känna in om patienten vill prata om döden eller inte (Clarke & Ross, 2005). Vårdpersonalen upplevde det viktigt att vara tillmötesgående och att inte ingripa för snabbt, exempelvis genom att framföra lösningar till varje problem eller ge goda råd. Det upplevdes också vara viktigt att respektera patienternas integritet och låta patienterna själva

bestämna om de ville prata, samt vara medvetna om och respektera patienternas önskan om att de inte alltid ville prata (Strang et al., 2013).

*It was important to respect the patient's privacy and allow the patient to decide if he/she wanted to talk.* (Strang et al., 2013, s. 564).

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att patienterna ibland tog initiativ till att samtala. Samtalen var oftast spontana och kunde uppstå när vårdpersonalen till exempel la om ett sår. Oftast uppstod samtalen när patienten märkte att vårdpersonalen skulle vara där en längre stund (Strang et al., 2013). Vårdpersonalen upplevde att patienterna ibland nämnde bekymmer om livets slutskede och inledde sådana konversationer under vardagsaktiviteter, så som när de blev hjälpta med att tvättas och klä på sig. Vårdpersonalen upplevde också att äldre patienter hade inlett samtal om döden och döendet först när patienterna själva hade accepterat situationen (Clarke & Ross, 2005). De upplevde också att patienter uppmuntrade till konversationer om sitt liv och hur viktigt det verkade vara att få dela sina livserfarenheter (Browall, Heno, Melin-Johansson, Strang & Danielsson, 2014).

### Känslomässig påverkan

Denna kategori består av två underkategorier. Den första är *Berikande känslor*. I denna kategori beskrivs det hur vårdpersonalen upplevde att kommunikationen kunde berika både vårdpersonalen och patienterna i en positiv riktning. Den andra underkategorin benämns *Känslomässiga svårigheter*, vilken beskriver att vårdpersonalen upplevde svåra känslor när de kommunicerade med patienter i livets slutskede.

#### *Berikande känslor*

Vårdpersonalen på vårdinstitutionerna upplevde att deras möten med patienterna berörde dem (Tornøe, et al., 2014). Vårdpersonalen kände sig tillfredsställda med konversationerna och kände sig hedrade av förtroendet som patienterna visade. Detta berikade vårdpersonalen och gav dem en känsla av att deras arbete var meningsfullt (Strang et al., 2013). En del i vårdpersonalen beskrev att de kände sig speciella när de blivit utvalda av patienten som den som patienten kunde kommunicera med om sina svåra frågor angående döden. I de konversationer där fokus legat på livet och maktlösheten som patienterna kände, upplevde vårdpersonalen en stark känsla av samhörighet och att de hade kraften att hjälpa ännu mer på grund av denna samhörighet (Browall et al., 2014). Genom att visa empati och medkänsla för patientens omständigheter tillät det att relationen djupnade (Keall et al., 2014). Vid

konversationer om meningen med livet upplevde vårdpersonalen att reflektioner ofta ledde till att patienterna gav vårdpersonalen goda råd (Browall et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde att de efter deras många möten med döende människor, uppskattade och omvärderade sina liv och klagade inte längre över småsaker (Strang et al., 2013).

*Some of the nurses described that they felt special; to be chosen by the patient as the one they felt able to communicate with about their most difficult issues concerning death and dying.* (Browall et al., 2014, s. 638).

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att diskussionerna med patienterna gav insikt och kraft i båda riktningarna, både till vårdpersonalen och till patienterna (Browall et al., 2014). De upplevde också att de patienterna som uttryckte sina känslor dog mer fridfullt än de som höll alla tankar och känslor på insidan (Tornøe et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde att när patienterna fick möjlighet att forma sina rädslor till ord så kunde detta hjälpa patienterna att finna egna svar (Strang et al., 2013). Att prata med patienten om livskvalitet upplevde vårdpersonalen var ett sätt att hjälpa patienterna att leva varje dag som de önskade, utifrån de mål som patienten hade (Reinke et al., 2010).

#### *Känslosamma svårigheter*

Vårdpersonalen på vårdinstitutionerna upplevde ibland existentiella konversationer som en börda, vilket kunde tömma dem på energi och utlösa ångest. Vårdpersonalen tvingades i dessa situationer också att möta andra känslor, så som oro, rädsla och uppgivenhet. Flera i vårdpersonalen upplevde att det var påfrestande att prata med svårt sjuka personer och därför använde de tidsbrist som ett sätt att dölja att patienterna ville prata (Strang, et al., 2013). De beskrev att det var specifikt jobbigt att möta yngre patienters upplevelser och vårdpersonalen led över hur orättvist de upplevde den uppkomna situationen (Browall et al., 2014). En i vårdpersonalen berättade om en patient som hade haft metastaser i hela kroppen och att hon hade varit fylld med ångest inför döden. Situationen hade tagit mycket energi från vårdpersonalen och det hade varit fruktansvärt att träffa henne och stötta henne eftersom ångesten fanns runt henne hela tiden (Strang et al., 2013). Vårdpersonalen upplevde svårigheter i att möta patientens känslor för förändring och frustrationen de kände över att förlora sig själva (Browall et al., 2014). De upplevde också att du som vårdpersonal aldrig riktigt kan förstå någon annans upplevelser och att det var jobbigt att inte ha något bra att säga när patienten hade det svårt (Strang et al., 2013).

*He sat there and cried out 'Well, here I am planning my own funeral. I would, of course, rather be out dancing.' What is there to say? No, I can't do anything. I can only agree. It really sucks* (Strang et al., 2013, s. 565).

Vårdpersonalen som var oerfaren upplevde att det var frustrerande och obekvämt att lyssna på och prata om sorg och död eller känsliga ämnen när de var nya, eftersom de kände sig otillräckliga (Strang et al., 2013; Clarke & Ross, 2005; Keall, et al., 2014). Flera i vårdpersonalen upplevde att det var svårt att möta patientens önskan om att dö (Browall et al., 2014). De tyckte det var svårt att veta hur de skulle lyssna, bemöta eller vända en sådan svår konversation (Strang et al., 2013). Dessa möten väckte osäkerhetskänslor hos vårdpersonalen, då de inte visste vad patienterna ville att samtalen skulle handla om (Browall et al., 2014).

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att det var utmanande att plocka upp och tolka patienternas signaler (Tornøe et al., 2014). Några i vårdpersonalen beskrev upplevelsen av maktlöshet när de behövde undanhålla information om undersökningar och testresultat (Browall et al., 2014) Ibland kände de att de fick ta över där läkaren hade slutat och de fick själva upprätthålla patientens hopp (Reinke et al., 2010). Känslan av maktlöshet och rädsla upplevdes också när de tog ifrån patienten deras hopp men de var också rädda för att ge för mycket hopp när detta inte var realistiskt (Browall et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde att det kändes påfrestande när de behövde berätta saker för patienterna som tog ifrån dem hoppet (Strang et al., 2014). En rädsla över vad du kanske avslöjar eller att göra en dålig situation värre upplevdes som en känsla av otillräcklighet av vårdpersonalen (Keall et al., 2014). Rädsla upplevdes återigen när vårdpersonalen inte kunde vara helt ärliga mot patienterna (Browall et al., 2014).

Vårdpersonalen upplevde att de ogillade att prata med vissa patienter även om de visste att de inte borde känna så. De ogillade framförallt att prata med människor som var missnöjda, falska eller aggressiva. Erfaren vårdpersonal kände sig provocerad, trots att de var väl medvetna om att aggression riktad mot personal kan bero på ilska över det faktum att patienten var döende. Vårdpersonalen var medveten om att de inte skulle ta patienternas emotionella utbrott personligen och att de skulle kunna se förbi klagomålen (Strang et al., 2013).

## Påverkan på samtalet

Denna kategori består av två underkategorier. Den första handlar om att vårdpersonalen upplevde att *öppenhet förenklade samtalet* eftersom öppenhet gjorde det enklare att prata om svåra frågor. Den andra underkategorin handlar om att vårdpersonalen upplevde *hinder för samtalet*, exempelvis tidsbrist och brist på avskildhet.

### *Öppenhet förenklade samtalet*

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna beskrev hur en god kommunikationsförmåga var viktigt i samtalet med patienten (Strang et al., 2013). Att visa öppenhet och tillgänglighet i samtalet sågs som en viktig faktor (Tornøe et al., 2014) och vårdpersonalen upplevde att öppenheten gjorde det enklare att prata med patienter om deras bekymmer i livets slutskede (Clarke & Ross, 2005). Ibland blev de tveksamma över hur öppna de skulle vara, men ofta frågade patienterna själva efter raka svar, vilket gjorde det lättare för vårdpersonalen att vara öppna (Browall et al., 2014). Genom att bekräfta att patienten hade det jobbigt upplevde vårdpersonalen att det blev lättare att öppna upp för svåra samtal (Keall, et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde också att när de inte gömde sig bakom en mask eller en uppgift, blev det enklare att vara öppna och sårbara (Tornøe et al., 2014). Vårdpersonalen kände sig lättad när de kunde visa öppenhet i smärtsamma situationer, eftersom öppenheten de visade gjorde det lättare för patienterna att öppna sig för frågor om döden (Browall et al., 2014). De upplevde också att det var lättare när patienterna var väldigt medvetna om sitt sjukdomsförlopp, eftersom det ledde till en mer öppen diskussion (Keall et al., 2014).

*Acknowledging what a tough time people are having.....that it must be frightening and that they must be concerned is a good way of opening up those lines of communication* (Keall, et al., 2014, s. 3200).

### *Hinder för samtalet*

En del av vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att de var stressade eftersom orsaken till bristande kommunikation inte berodde på tid eller personalbrist, utan handlade om prioritering (Strang et al., 2013). Trots det upplevde många i vårdpersonalen att de inte hade tillräckligt med tid till att diskutera med sina patienter på grund av hög arbetsbelastning, vilket gjorde det svårt att hitta en bra balans (Keall et al., 2014). Tidsbristen sågs som en barriär mot att lyssna och samtala med patienter och de var tvungna att avbryta konversationer eftersom det fanns annat som krävde tid (Clarke & Ross, 2005).



*You might see that moment where they've opened themselves up a little... but you've got to go and do six other things, finding that balance in a busy ward can be hard* (Keall et al., 2014, s. 3201).

Vårdpersonalen hade insett vikten av att ge tid åt att lyssna på patientens bekymmer men de upplevde inte att det var möjligt på grund av brist på tid och avskildhet. De upplevde att bristen på avskildhet bidrog till att andra patienter kunde höra vad som sades, även när det viskades bakom stängda gardiner. Vårdpersonalen upplevde också att olika värderingar mellan olika vårdprofessioner kunde förhindra konversationer om livets slutskede med patienterna. Även brist på erfarenhet upplevdes av vårdpersonalen som ett hinder för kommunikation (Clarke & Ross, 2005) och en dålig kommunikation upplevdes göra en svår situation värre (Keall et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde också en rädsla över att patienterna skulle ställa frågor som de var oförmögna att svara på, vilket gjorde att kommunikationen ibland försvårades (Keall et al., 2014; De Araújo et al., 2004).

### Betydelsen av att vara närvarande

I denna kategori beskrivs betydelsen av att vara närvarande och den delas in i två underkategorier. Den första benämns *Betydelsen av icke-verbal kommunikation*, vilket beskriver att vårdpersonalen upplevde tyst närvaro och beröring som en viktig del i kommunikationen. Den andra benämns *Betydelsen av att lyssna* vilket handlar om att det var viktigt att lyssna på patienten.

#### *Betydelsen av icke-verbal kommunikation*

Vårdpersonalen på vårdinstitutionerna upplevde att båda formerna av kommunikation är viktiga: både verbal och icke-verbal (De Araújo et al., 2004) och vårdpersonalen värderade den icke-verbala kommunikationen (Trovo de Araujo & Paes da Silva, 2004).

Vårdpersonalen upplevde att dela tystnaden med patienterna hade en kraftfull, tröstande effekt (Tornøe et al., 2014). De upplevde också att det var viktigt att visa sympati genom att hålla handen och kommunicera genom att vara vid sängkanten (De Araújo et al., 2004).

Vårdpersonalen beskrev hur de försökte lindra patienternas lidande genom att visa tröst genom aktiv närvaro och tystnad, då de upplevde att det enda verktyg du har är dig själv. En i vårdpersonalen menade att när patienterna är så sjuka kan du bara vara där för dem, hålla om dem, och värma dem (Tornøe et al., 2014). De upplevde också att tillit uppstod genom att

vara tillgänglig och närvarande för patienterna (Reinke et al., 2010) och att den tysta kommunikationen kunde ge patienten ro (Strang, et al., 2013).

*One morning, we began helping him and we were silent the whole time. This wordless communication was so cool. (....) Something had been released but it was totally wordless. He found calmness here* (Strang, et al., 2013, s. 565).

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde att det ibland hjälpte med tyst närvaro och beröring för att patienterna skulle öppna upp sig och prata om sina känslor (Tornøe et al., 2014). En i vårdpersonalen upplevde beröring som den viktigaste kommunikationen även om hörseln är det sista som patienten förlorar. Beröring upplevdes som viktigt eftersom det lugnar patienten och därför ger de patienten en hand att hålla i. Vårdpersonalen upplevde att även medvetlösa patienter känner beröring och att de ger patienterna stöd och omtanke genom att röra vid dem. En i vårdpersonalen antydde att beröring var viktigt eftersom genom beröring överfördes uppriktig omsorg till patienten. Detta gjorde att patienten kände en del av vårdpersonalens energi (Trovo de Araujo & Paes da Silva, 2004). Vårdpersonalen uttryckte värdet av icke-verbal kommunikation i situationer av förtvivlan, speciellt förmågan att lyssna, vara tyst vid sängkanten och bara hålla patientens hand (De Araújo et al., 2004). De upplevde också att den tysta kommunikationen var svår men de insåg att det inte alltid var nödvändigt att använda ord (Strang et al., 2013).

#### *Betydelsen av att lyssna*

Vårdpersonalen som arbetade på vårdinstitutionerna upplevde det värdefullt och viktigt att lyssna på de döende patienterna (Clarke & Ross, 2005). Vårdpersonalen upplevde att det var viktigt att kunna fånga upp små antydningar från patienterna, eftersom att patienterna ibland kunde testa sjuksköterskornas villighet att lyssna (Strang et al., 2013). De antydde också att det var viktigt att bara vara där för patienten och de upplevde att patienten uppskattade när de lyssnade (Clarke & Ross, 2005). En del upplevde också att det inte finns några enkla svar (Tornøe et al., 2014) och att det inte heller är nödvändigt att ha alla svaren eftersom patienterna inte förväntar sig det. Att vara genuin och lyssna som en medmänniska var tillräckligt (Keall et al., 2014; Tornøe et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde också att det var viktigt att ha mod att vara känslomässigt intim och ta sig tid att sitta ner och låta patienten berätta sin historia (Browall et al., 2014). De upplevde att patienterna uppskattade när de lyssnade utan att döma. Att inte ändra patientens beslut och att lyssna när patienten vara redo

att prata om spirituella ämnen upplevdes också vara viktigt. (Keall et al., 2014). I situationer där patienterna aldrig gav upp tanken om att de skulle överleva upplevde vårdpersonalen att det var extremt viktigt att lyssna och inte försöka säga så mycket (Browall et al., 2014).

*... Just being there, sharing the pain, and letting them talk, if that's what they need, sometimes that's all you can do* (Tornøe et al., 2014, s. 3).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Som design för studien valdes en kvalitativ litteraturstudie för att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede. Valet av design motiveras av Willman et al. (2011) som menar att när syftet med en studie är att fördjupa förståelsen eller beskriva människors upplevelser inom omvårdnadsvetenskapen är det av relevans att använda en kvalitativ forskningsmetod. Kristensson (2014) menar också att en litteraturstudie är ett bra sätt att sammanställa information och kunskap som sedan kan omsättas praktiskt. På grund av att denna design valdes kunde studiens syfte besvaras.

De databaser som användes var Cinahl och PubMed. Eftersom endast två databaser användes hade relevanta artiklar kunnat hittas i andra databaser vilket hade kunnat leda till en påverkan av resultatet. Cinahl Headings och Mesh-termerna stämde inte alltid överens vilket sågs som en nackdel eftersom det inte var möjligt att utföra identiska sökningar i databaserna. För att finna flera relevanta sökord studerades väsentliga artiklars nyckel- och ämnesord vilket var till hjälp. Trunkering användes på ordet *communicat\** i Cinahl men inte i PubMed då sökning med trunkering i Pubmed gav färre resultat än när MESH-termen *Communication* användes. Användningen av trunkering i PubMed medförde att relevanta artiklar försvann, och därför valdes trunkeringen bort.

Vid sökningarna framkom många träffar då flera sökord kombinerades. Vid försök till begränsning av sökningarna lades söktermen *NOT Homecare* till, eftersom studien endast var avsedd för vårdinstitutioner. Detta ledde dock till att många relevanta artiklar försvann från sökningarna och därför valdes sökoperatören bort. Samma sak hände när *Inpatient* valdes som en limit för att begränsa sökningarna. Enligt Willman et al. (2011) bör forskargruppen vara försiktig med användning av sökoperatören ”NOT” och vara uppmärksam på vad som händer

med sökningen när det används. Flera av artiklarna som framkom i sökningarna i PubMed och Cinahl var samma, vilket innebär att flera av de lästa rubrikerna och abstracten har lästs två gånger.

Artikelsökningarna begränsades till engelska artiklar eftersom Olsson och Sörensen (2011) menar att de flesta vetenskapliga artiklarna är skrivna på engelska för att nå ut till ett så stort antal läsare som möjligt. Dock menar Willman et al. (2011) att hänsyn ska tas till språkliga begränsningar och forskargruppen bör begränsa sig till språken som samtliga personer i gruppen behärskar. Sökningarna gjordes endast på engelska vilket kan ses som en nackdel eftersom svenska artiklar kan ha exkluderats. Dock syftade studien på att få ett bredare perspektiv och därför var detta inte relevant.

En avgränsning gjordes för att studien skulle få ett resultat som kunde appliceras på den aktuella vården och därför söktes endast artiklar som var publicerade från år 2000. Även Friberg (2012) menar att det är viktigt att avgränsa sina sökningar. I resultatet framkom inga väsentliga skillnader mellan artiklarna i resultatet som var publicerade i början och i slutet av 2000-talet och därför kan studien appliceras på den aktuella vården. Begränsningarna kan ha påverkat resultatet då artiklar som svarade på studiens syfte kan ha exkluderats. Om äldre artiklar hade inkluderats hade resultatet kunnat se annorlunda ut, det hade dock varit svårare att applicera studien på den aktuella vården.

Till resultatet valdes artiklar från flera delar av världen eftersom detta kunde ge ett bredare perspektiv av vårdpersonalens upplevelser. Palier (2006) menar att det finns tre olika sjukvårdssystem i världen. Detta gör att vården utformas olika i olika länder. Resultatet kan ha påverkats av de olika vårdsystemen och kulturella skillnader och har därför en begränsad överförbarhet till det svenska sjukvårdssystemet. Hade sökningarna begränsats till exempelvis länderna i Norden kunde resultatet ha sett annorlunda ut och varit mer tillämbart på sjukvården i Sverige. Dock antyder Willman et al. (2011) att flera studier kan öka trovärdigheten i en sammanställning om de olika studiernas resultat visar på liknande fynd, trots att de är genomförda i olika länder.

Från början var studiens syfte att beskriva upplevelserna från sjuksköterskans perspektiv. Detta var inte möjligt på grund av att det fanns väldigt få artiklar som endast beskrev upplevelserna från endast sjuksköterskans perspektiv. Det fanns dock flera artiklar som

beskrev upplevelser från flera vårdprofessioner. I de flesta artiklarna gick det inte att utläsa vem som upplevde vad i de olika vårdprofessionerna och därför ändrades syftet till att beskriva upplevelser från vårdpersonalens perspektiv. Genom att beskriva vårdpersonalens upplevelser kan resultatet ha påverkats på grund av att olika professioner har olika utbildningar. Att beskriva vårdpersonalens upplevelser sågs som en styrka då de flesta deltagarna i artiklarna som valdes till resultatet var sjuksköterskor och undersköterskor. Därav kom de flesta upplevelserna från omvårdnadserfarenheter. I en av artiklarna som valdes fanns även upplevelser från sjuksköterskestudenter. Dessa valdes att exkluderas på grund av att de var under pågående utbildning.

Den redovisade forskningen i artiklarna är utförd på olika vårdinstitutioner vilket också kan påverka att vårdpersonalens upplevelser skiljer sig då Johansson och Lindahl (2011) menar att somatiska vårdavdelningar kan skilja sig från de avdelningar som är avsedda för enbart palliativ vård. De palliativa vårdavdelningar är bättre anpassade för vård i livets slutskede då det ges mer tid och avskildhet, vilket förenklar kommunikationen (Johansson & Lindahl, 2011). Resultatet hade också kunnat se annorlunda ut om det hade begränsats till hemsjukvård istället för vårdinstitution då Birgegård (2012) menar att miljön kan påverka kommunikationen. På grund av att upplevelserna i de olika miljöerna kan skilja kan resultatet vara svårare att tillämpa på vårdpersonalen som arbetar inom hemsjukvård.

Två av artiklarna i resultatet har skrivits av samma forskargrupp då båda artiklarna utgår från en större RCT-studie. Detta sågs först som en svaghet, då det fanns en möjlighet att artiklarna visade samma resultat. Efter att ha läst igenom artiklarna visade det sig att de hade olika syften, deltagare och resultat, vilket gjorde att det inte längre sågs som en svaghet. Trots att artiklarna utgick från en större RCT-studie var de redovisade resultaten i artiklarna endast kvalitativ data. Artiklarna valdes därför att de båda var relevanta och svarade på studiens syfte. Till resultatet valdes också två artiklar från Brasilien med liknande forskargrupper, dock hade även dessa artiklar olika syften och därför ansågs inte detta påverka resultatet. I ett fåtal av de valda artiklarna har vårdpersonal från hemsjukvården deltagit. I dessa artiklar gick det att utläsa vilken vårdpersonal som upplevde vad och därför kunde dessa upplevelser exkluderas. Två artiklar hittades via similar articles. Detta ansågs gynna studien då flera artiklar kunde inkluderas.

Kvalitetsgranskningsprotokollet CASP valdes på grund av att det var enkelt att förstå eftersom det gavs hintar vid varje fråga som förklarade innebörden av frågorna.

Kvalitetsgranskningen utfördes först enskilt för att sedan diskuteras tillsammans för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt, då Kristensson (2014) menar att alla som jobbar med uppsatsen deltar i granskningen och att samtliga studier granskas var för sig för att jämföras och diskuteras. Eftersom kvalitetsgranskningsmallen CASP inte hade förbestämda kriterier för hög, medel eller låg kvalitet valdes gränserna efter vad som upplevdes väsentlig för den föreliggande studien. Kjellström (2012) menar att studenter ibland har begränsade metodologiska kunskaper för att kunna göra rättvisa bedömningar av artiklar. På grund av den begränsade kunskapen samt att kvalitetsgränserna valdes utifrån vad som ansågs väsentligt för den föreliggande studien kan detta ha påverkat kvalitetsbedömningen. Dock lästes metodlitteratur samt bedömningsmallen CASP noggrant för att kunna göra en bättre kvalitetsbedömning.

Innehållsanalysen utfördes manifest vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att texten analyseras textnära. Det är dock svårt att inte göra en tolkning av resultatet eftersom alla människor gör tolkningar (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheterna valdes ut individuellt för att sedan jämföras och diskuteras tillsammans, då Henricsson (2012) menar att detta stärker trovärdigheten. Diskussionen sågs som en viktig del för att ta bort irrelevanta meningsenheter för studiens syfte, samt för att inte missa väsentliga meningsenheter som svarade på syftet, vilket ansågs stärka resultatet. Meningsenheterna översattes tillsammans, samt med hjälp av ett lexikon. Kjellström (2012) menar att studenter ofta har begränsad kunskap i det engelska språket då det finns risk för feltolkningar i översättningen. Vid översättningen kan meningsenheternas innehåll ha påverkats då formuleringen av ord är annorlunda i engelskan och svenskan.

Meningsenheterna kategoriserades utan kunskap om vilken artikel de härstammade ifrån.

Detta för att undvika en påverkan av meningsenhetens ursprung vid kategoriseringen.

Kategoriseringen gjordes tillsammans för att minska risken för att en meningsenhet skulle hamna i fel kategori, samt för att rensa bort meningsenheter som inte svarade på syftet. Detta ansågs stärka trovärdigheten. Kategoriseringen upplevdes som svår och gjordes om ett flertal gånger innan kategorierna upplevdes fulländade. Kategorinamnen bearbetades både under kategoriseringen och när kategorierna var klara för att få ett tydligt beskrivande kategorinamn. Efter att meningsenheterna hade tagits ut tittade handledaren igenom dessa för

att se om de innehöll ett rimligt resultat. Henricson (2012) menar att trovärdigheten stärks då någon utomstående har kontrollerat innehållet i resultatet.

## Resultatdiskussion

Utifrån studiens syfte framkom det tre huvudfynd i resultatet, vilka var att vårdpersonalen upplevde det viktigt att samtala med patienterna, att det var viktigt att vara närvarande för patienterna samt att vårdpersonalen upplevde känslomässiga svårigheter i kommunikationen.

Det första huvudfyndet som framkom var att vårdpersonalen upplevde det viktigt och värdefullt att samtala med de döende patienterna. De upplevde att patienterna tröstades och mådde bättre när de samtalade med dem. Vårdpersonalen betonade samtalet som en nödvändig del i deras vård, vilket stärks av Travelbee (1971) som anser att kommunikationen är ett av de viktigaste redskapen en sjuksköterska har att tillgå. Det är vårdpersonalens ansvar att en relation etableras och upprätthålls men patienten måste också vara involverad (Travelbee, 1971). Johansson och Lindahl (2011) belyser vikten av att trösta och samtala med patienterna. Dock menar de att det är viktigt att hålla distans till patienterna och inte bli för personligt involverad, eftersom det då blir svårare att ge professionellt stöd till patienterna (Johansson och Lindahl, 2011). Även Madeiros de Brito et al. (2014) menar att samtalet med den döende patienten är väldigt värdefullt. Däremot ses den icke-verbala kommunikationen som ännu viktigare för patienten, än själva samtalet (Madeiros de Brito et al., 2014).

Resultatet påvisade att det är av största vikt att respektera patientens självbestämmande i samband med samtalen genom att erbjuda en möjlighet till att samtala om existentiella frågor. Det upplevdes viktigt att vara genuint närvarande under dessa samtal. Dock upplevdes det viktigt att inte påtvinga en konversation. Vårdpersonalen behövde ha en god känsla för patientens verbala- och icke-verbala vinkar, samt en känsla för timing. Travelbee (1971) menar att kommunikationen är viktigt för att hjälpa patienten att finna mening i upplevelsen och det krävs en känslighet för att kunna uppfatta en god timing för att samtala. Johansson och Lindahl (2011) menar dock att vårdpersonalen ofta undviker samtal av existentiell natur eftersom de själva inte vet hur de ska förhålla sig i sådana frågor. Det upplevs också svårt att sätta sig in i den döendes situation. Även Holst et al. (2003) menar att vårdpersonalen ofta tar distans från de döende patienterna för att undanhålla svåra känslor som kan uppstå i samtalen.

Det andra huvudfyndet som gjordes i resultatet var att vårdpersonalen upplevde betydelsen av att vara närvarande genom att lyssna och använda icke-verbal kommunikation. Resultatet belyste vikten av beröring, tyst närvaro och att lyssna som en medmänniska. Det framkom att vårdpersonalen upplevde att ibland hjälpte det med tyst närvaro och beröring för att patienterna skulle öppna upp sig och uttrycka sina känslor. De upplevde också att beröring och närvaro fick patienterna att känna tillit då de upplevde att vårdpersonalen uttryckte uppriktig omsorg, vilket tröstade dem. Enligt Travelbee (1971) pågår icke-verbal kommunikation ständigt i ett möte mellan två människor. Iranmanesh et al. (2009) menar att genom att finnas där för patienten kan ångest och smärta lindras. Beröring är ett sätt att hitta närhet i relationen och används ofta för att trösta patienten. Även Madeiros de Brito et al. (2014) menar att beröring har en stark tröstande effekt. Däremot anses inte icke-verbal kommunikation som en nödvändighet för att kunna utföra en god vård för de döende patienterna. Om patienterna inte alls har förmågan att samtala kan däremot den icke-verbala kommunikationen upplevas viktigare (Madeiros de Brito et al., 2014). I artiklarna i den föreliggande studien framkom det ingen information om patienternas kommunikationsförmåga. Detta kan ha påverkat vårdpersonalens upplevelser eftersom upplevelserna av vad som är viktigt i kommunikationen kan skilja beroende på patienternas förmåga att kommunicera.

I resultatet framkom det tydligt att vårdpersonalen upplevde värdet av att finnas till och lyssna när patienterna ville prata. De upplevde att detta ibland var allt de kunde göra för patienterna. Att bara vara där och dela smärtan genom att lyssna. I resultatet framkom det också att vårdpersonalen upplevde att patienterna uppskattade när de lyssnade på dem utan att döma dem. Iranmanesh et al. (2009) stärker resultatet då de menar att relationen förstärks när vårdpersonalen kan lyssna på patientens bekymmer utan att döma. Även O'Shea (2014) betonar värdet av att lyssna på patienterna när de går igenom något svårt. Tay, Ang och Hegney (2011) menar att det ibland är svårt att lyssna eftersom vårdpersonalen inte alltid har svar på alla svåra frågor. I resultatet framkom det dock att det inte alltid var nödvändigt att ha alla svaren eftersom patienterna inte förväntade sig det. De vill bara att någon ska lyssna när de pratar.

Det tredje huvudfyndet beskrev de känslomässiga svårigheter som vårdpersonalen upplevde i kommunikationen med patienterna. I resultatet framkom det att vårdpersonalen tvingades möta känslor såsom oro, rädsla och uppgivenhet. Resultatet påvisade också att



vårdpersonalen upplevde det svårt att möta döende patienter, då dessa ofta var fyllda av ångest, vilket tog mycket energi från vårdpersonalen. Detta bekräftas även av Kennedy Sheldon, Barrett och Ellington (2006) som menar att vårdpersonalen kan uppleva svåra samt negativa känslor, såsom hjälplöshet och hopplöshet, när de kommunicerar med patienter som befinner sig i livets slutskede. Även Johansson och Lindahl (2011) menar att vårdpersonalen ofta känner att det tar mycket energi att möta döende patienter. Däremot upplever de att de får mycket tillbaka i dessa möten och de känner en bekräftelse och stimulans i arbetet (Johansson och Lindahl, 2011). Även detta stärker studiens resultat då vårdpersonalen, trots alla svårigheter de upplevde i samtalen, också kände sig tillfredsställda och hedrade i konversationerna då de kände att deras arbete blev meningsfullt.

Resultatet påvisade att oerfaren vårdpersonal kände sig otillräckliga och obekväma när de kommunicerade med patienter i livets slutskede. Det framkom också i resultatet att vårdpersonalen upplevde det enklare att kommunicera efter att ha arbetat några år inom området. Resultatet bekräftas av Arantzamendi, Addington-Hall, Saracibar och Richardson (2012) som visar på att vårdpersonalen inte känner sig förberedda inför att prata med döende patienter eftersom de inte har tillräckligt med erfarenhet. Detta gör att de känner sig obekväma i dessa samtal. Valiee, Negarandeh och Denhghan Nayeri (2012) menar att lära sig att kommunicera i svåra situationer är en färdighet som växer fram med erfarenhet. Även Travelbee (1971) antyder att det krävs olika färdigheter för att kommunicera bland annat kunskap och en förmåga att använda den. Eftersom brist på erfarenhet var något som var återkommande i resultatet ansågs detta viktigt att uppmärksamma då vårdpersonalen upplevde att detta försvårade kommunikationen.

## Slutsats

Kommunikationen är en central del för att upprätthålla en god vård vid livets slutskede. Den föreliggande studiens resultat visade på att detta görs genom att vårdpersonalen respekterar patientens självbestämmande, samt visar tillgänglighet och öppenhet. I resultatet framkom det att vårdpersonalen upplevde svårigheter i kommunikationen, så som brist på erfarenhet och känslomässiga svårigheter, vilket kunde förhindra att vårdpersonalen kommunicerade med patienterna.

Resultatet visade också på att vårdpersonalen upplevde kommunikationen som en nödvändig och viktig del i vårdandet. Detta är viktigt att uppmärksamma för att vårdpersonalen ska

kunna utföra en så god vård som möjligt vid livets slutskede. Genom att studien uppmärksammar de svårigheter som vårdpersonalen upplevde, kan denna kunskap leda till att förbättring kan ske inom området. För att få en mer övergripande uppfattning om vårdpersonalens upplevelser av att kommunicera med patienter som befinner sig i livets slutskede är det därför relevant med ytterligare forskning inom området. I framtida studier skulle det vara av intresse att undersöka om miljön påverkar kommunikationen beroende på vilken plats vården bedrivs.

## Självständighet

Kersti A. och Emilia A. har tillsammans, med gott samarbete, deltagit i hela skrivprocessen och tillsammans haft ansvar för hela arbetet. Efter artikelsökningen lästes artiklarna som framkom självständigt av Kersti A. och Emilia A. för att sedan diskuteras tillsammans. Kvalitetsgranskningen utfördes enskilt av både Kersti A. och Emilia A. och jämfördes sedan med varandra. Även meningsenheterna plockades ut självständigt av Kersti A. och Emilia A. och jämfördes sedan för att komma fram till vilka som var relevanta för syftet. Alla delar i studien skrevs och diskuterades tillsammans.

## Referenser

- Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M., & Richardson, A. (2012). Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(12), 597-605.
- Birgegård, G. (2012). Samtalskonst. I P. Strang, & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 110-124). Stockholm: Liber.
- Boyd, D., Merkh, K., Rudledge, D. N., & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 229-239.
- Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielsson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636-644.
- Bullington, J. (2010). Att vara kropp: Världigheten som mänskligt förkroppsligande. I L. Nordenfelt (Red.), *Världighet i vården av äldre personer* (s. 105-138). Lund: Studentlitteratur.
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36 (6), 58-65.
- Clarke, A., & Ross, H. (2005). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), 34-43.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2013). *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Making sense of evidence*. Hämtad 2016-10-06, från <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
- De Araújo, M. M. T., Da Silva, M. J. P., & Francisco, M. C. P. B. (2004) Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51(3), 149-158.
- Eckerdal, G. (2012). Sluten palliativ vård och hospice. I B. Beck-Riis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 162-168). Stockholm: Liber.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet* (Doctoral dissertation, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap). Från <http://doria32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf?sequence=3>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I B. Beck-Riis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 366-372). Stockholm: Liber.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Holst, M., Sparrman, S., & Berglund, A-L. (2003). Det dialogiska förhållandet: Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Nordic Journal of Nursing Research*, 23(2), 46-49.
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043.
- Johnston, B., & Smith, L. M. (2010). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700– 709.
- Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3197-3205.
- Kennedy Sheldon, L., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-147.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur
- Lee, KM. (2004). Presence, explicated. *Communication theory*, 14(1), 27-50.
- McGrath, P., Yates, P., Clinton, M., & Hart, G. (1999). "What Should I Say?": Qualitative Findings on Dilemmas in Palliative Care Nursing. *The Hospice journal*, 14(2), 17-33.
- Medeiros de Brito, F., Pinto Costo, F. C., Geraldo da Costa, S. F., Garrido de Andrade, C., Oliveira dos Santos, K. F., & Pereira Francisco, D. (2014). Communication in death imminence: perceptions and strategy adopted for humanizing care in nursing. *Anna Nery School Journal of Nursing*, 18(2), 317-322.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, J, L. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.
- Mok, E., & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475–483.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

O'Shea, M. F. (2014). Staff nurses' perceptions regarding palliative care for hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 114(11), 26-33.

Palier, B. (2006). *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Razban, F., Iranmanesh, S., & Rafiei, H. (2013). Nurses' attitudes toward palliative care in south-east Iran. *International Journal of Nursing*, 19(8), 403-410.

Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P., & Randall Curtis, J. (2010). Supporting hope and prognostic information: Nurses perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982-992.

Socialstyrelsen. (2011). *Termbanken*. Hämtad 2016-11-10, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=474>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Västerås: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <http://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.

Tay, L. H., Ang, E. & Hegney, S., (2012). Nurses perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of clinical nursing*, 21(17/18), 2647-2658.

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 13(25), 1-8.

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

Trovo de Araujo, M. M., & Paes da Silva, M. J. (2004). Communication with dying patients – perceptions of intensive care units nurses in Brazil. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 143-149.

Valiee, S., Negarandeh, R., & Denhghan Nayeri, N. (2012). Exploration of Iranian intensive care nurse's experience of end of life care: a qualitative study. *Nursing in Clinical Care*, 17(6), 309-315.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-495). Lund: Studentlitteratur.

Weaver, D. (2012). Supporting different methods of communication. *Nursing and Residential Care*, 14(5), 220-223.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World health organization (2015). *Palliative care*. Hämtad 2016-05-09, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

# Bilaga 1 Databassökningar

Sökning i Cinahl 20161020

Sökordsnummer	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	(MH "Palliative Care")	25 289				
2	(MH "Terminal Care")	13 843				
3	End of life	13 809				
4	(MH "Nurse Attitudes")	21 967				
5	(MH "Attitude to Death")	6 489				
6	Nursing experience	7 223				
7	(MH "Nurse-Patient Relations")	22 927				
8	Communicat*	133 302				
9	S1 OR S2 OR S3	41 645				
10	S4 OR S5 OR S6	34 713				
11	S7 OR S8	151 634				
12	S9 AND S10 AND S11	735				
13	S9 AND S10 AND S11 Limiters: Published Date: 20000101-20161231; English Language; Peer Reviewed; Research Article	327	327	92	30	3

Sökning I PubMed 20161020

Sökordsnummer	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	"Terminal Care" [Mesh]	44 419				
2	"Palliative Care" [Mesh]	45 208				
3	End of life	60 478				
4	Nurse attitudes	45 918				
5	Nursing experience	38 293				
6	"Communication" [Mesh]	412 723				
7	S1 OR S2 OR S3	130 553				
8	S4 OR S5	78 699				
9	S6 AND S7 AND S8	638				
10	S6 AND S7 AND S8 Filters: Journal Article; Publication date from 2000/01/01 to 2016/12/31; English	470	470	67	19	3



## Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielsson, E. År: 2014 Land: Sverige	Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end- of-life cancer care.	Kvalitativ data samlades in från en större RCT. Deltagarna skrev själva ner sina upplevelser med hjälp av frågor.	Sammanlagt deltog 83 sjuksköterskor och undersköterskor i studien. 42 var från hospice, 22 från onkologisk mottagning, 12 från kirurgisk mottagning och 7 från det palliativa vårdteamet.	Hög
Clarke, A., & Ross, H År: 2005 Land: Storbritannien	Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine.	Kvalitativ studie där data samlades in med hjälp av diskussioner i fokusgrupper. Samtalen spelades in och transkriberades.	Det var sammanlagt 24 deltagare från en palliativ vårdenhet och 2 medicinavdelningar. De deltagande var 1 ansvarig sjuksköterska, 3 sjuksköterskor, 11 undersköterskor, 5 vårdbiträden och 4 studenter.	Hög
De Araújo, M. M. T., Da Silva, M. J. P., & Francisco, M. C. P. B. År: 2004 Land: Brasilien	Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients	Kvalitativ metod med semi-strukturerade personliga intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	14 sjuksköterskor deltog som arbetade på en hematologisk vårdavdelning.	Medel
Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. År: 2014 Land: Australien	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies	Kvalitativ metod med strukturerade intervjuer. Intervjuerna utfördes både personligen och via telefon. Dessa spelades in och transkriberades.	Sammanlagt deltog 20 sjuksköterskor. 9 av deltagarna arbetade i kommunen, 6 på en avdelning, 4 på ett akutsjukhus och 1 arbetade som distriktsköterska.	Hög
Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P., & Randall Curtis, J. År: 2010 Land: USA	Supporting hope and prognostic information: Nurses perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses.	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer.	De som deltog var 55 patienter, 36 familjemedlemmar, 31 läkare och 22 sjuksköterskor. I denna studie sammanställdes endast sjuksköterskornas upplevelser.	Hög

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., & Melin-Johansson, C. År: 2013 Land: Sverige	Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning.	Kvalitativ data samlades in från en större RCT. Gruppreflektioner utfördes som spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av en kvalitativ analysmetod.	Sjuksköterskor och undersköterskor från tre hospice, sex onkologiska vårdavdelningar och två palliativa vårdteam. 98 personer valde att delta.	Hög
Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. År: 2014 Land: Norge	The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying	Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk metod med intervjuer. Dessa spelades in och transkriberades.	8 hospice sjuksköterskor deltog i studien.	Hög
Trovo de Araujo, M. M., & Paes da Silva, M. J. År: 2004 Land: Brasilien	Communication with dying patients – perceptions of intensive care units nurses in Brazil	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	10 sjuksköterskor deltog i studien som utfördes på både medicinska och kirurgiska intensivvårdsavdelningar.	Hög

## Bilaga 3 Innehållsanalys

Meningsenhet engelska	Meningsenhet svenska	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
All participants acknowledge the importance of ( ... ) talking to dying older people about the end of life.	Alla deltagare bekräftade vikten av att ( ... ) prata med äldre döende människor om livets slutskede.	Alla bekräftade vikten av att prata med äldre döende människor om livets slutskede	Vikten av att prata	Vikten av att samtala med patienterna	Samtalets betydelse
It was important to respect the patient's privacy and allow the patient to decide if he/she wanted to talk.	Det var viktigt att respektera patientens integritet och låta patienten bestämma om hon/han ville prata.	Respektera patientens integritet. Låt patienten bestämma om han/hon vill prata.	Respektera patientens integritet och självbestämmande	Vikten av att respektera patientens självbestämmande i samtalet	
The nurses were very satisfied with the conversations and felt honoured by the confidence shown by patients ( ... ) This enriched the nurses and gave them a feeling that their work was meaningful.	Sjuksköterskorna var tillfredsställda med konversationerna och kände sig hedrade av förtroendet som patienterna visade ( ... ) Detta berikade sjuksköterskorna och gav dem en känsla av att deras arbete var meningsfullt.	Sjuksköterskorna kände sig hedrade av patienternas förtroende och de upplevde att arbetet var meningsfullt	Arbetet upplevdes meningsfullt	Berikande känslor	Känslomässig påverkan
Sometimes the nurses regarded existential conversations as a heavy burden, which drained them of energy and could trigger anxiety.	Ibland betraktade sjuksköterskorna existentiella konversationer som en tung börda, vilket tömde dem på energi och det kunde utlösa ångest.	Sjuksköterskorna betraktade existentiella konversationer som en börda vilket kunde utlösa ångest	Existentiella konversationer utlöste ångest	Känslomässiga svårigheter	

This openness, they felt, made it easier for palliative care unit nurses to talk to patients about their end-of-life concerns.	Den öppenheten som de kände, gjorde det enklare för sjuksköterskorna på den palliativa vårdavdelningen att prata med patienter om deras bekymmer i livets slutskede	Öppenheten gjorde det enklare för sjuksköterskorna att prata med patienter om deras bekymmer i livets slutskede	Öppenhet leder till samtal	Öppenhet förenklade samtalet	Påverkan på samtalet
Many nurses spoke about not having enough time to discuss their patient's concerns due to their concurrent workload.	Många sjuksköterskor pratade om att inte ha tillräckligt med tid till att diskutera patienternas bekymmer på grund av samtidig arbetsbelastning.	Inte ha tillräckligt med tid till att diskutera bekymmer på grund av arbetsbelastning.	Brist på tid för diskussion	Hinder för samtalet	
The nurses experienced that sharing the silence with patients could have a powerful consoling effect.	Sjuksköterskorna upplevde att dela tystnaden med patienterna kunde ha en kraftfull tröstande effekt.	Att dela tystnaden med patienterna hade en tröstande effekt	Dela tystnaden tröstar	Betydelsen av icke-verbal kommunikation	Betydelsen av att vara närvarande
Some patients never gave up on the idea that they would survive ( ... ) The nurses felt that in these situations of hope that it was extremely important to listen and not try to say as much.	Vissa patienter gav aldrig upp tanken om att de skulle överleva ( ... ) Sjuksköterskorna kände att i dessa situationer av hopp var det extremt viktigt att lyssna och inte försöka säga så mycket.	Patienter gav aldrig upp tanken om att överleva. Då kände sjuksköterskorna att det var extremt viktigt att lyssna istället för att prata.	Viktigt att lyssna	Betydelsen av att lyssna	