

**SJUKSKÖTERSORS
UPPLEVELSER OCH
ERFARENHETER AV
BRYTPUNKTSSAMTAL HOS
PATIENTER MED CANCER**
LITTERATURSTUDIE

EMILY KOSKINEN
SANDRA MASON

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER OCH ERFARENHETER AV BRYTPUNKTSSAMTAL HOS PATIENTER MED CANCER

LITTERATURSTUDIE

**EMILY KOSKINEN
SANDRA MASON**

Koskinen, E & Mason, S. Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2019.

Bakgrund: Cancer kan uppstå i diverse delar av kroppen. Cancervården använder sig av två faser. Den kurativa fasen där målet är att patienten ska bli botad samt den palliativa fasen där vårdinriktningen är palliativ och sjukdomen inte längre går att bota. Patienter med cancer kan leva flera år i en tidig palliativ fas där behandlings målet är att fördröja sjukdomsförloppet. Därefter träder den sena palliativa fasen in där fokusering på välbefinnande och smärtlindring är huvudändamål. Det är i skiftet mellan de olika faserna som brytpunktssamtalet främst äger rum. Sjuksköterskor kan ha en betydande roll i processen kring brytpunktssamtal. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka och sammanställa sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer *Metod:* En litteraturstudie med systematisk översikt. Tio artiklar med kvalitativ ansats kvalitétgranskades och sammanställdes genom innehållsanalys. *Resultat:* Resultatet identifierades till tre huvudteman; Upplevelser och erfarenheter kring samverkan med patient och läkare, relationer i anknytning till brytpunktssamtal och sjuksköterskans upplevelser av hopp. Sjuksköterskor upplevde att samverkan med läkare samt tydlig kommunikation med patient var av vikt. Relationen till patienter och närstående var en faktor som sjuksköterskor upplevde fanns med i brytpunktssamtalet. Hopp var en känsla som identifierades hos sjuksköterskor under brytpunktssamtal. *Konklusion:* Sjuksköterskor kan i samband med brytpunktssamtal med både för och nackdelar hamna i kläm mellan patienter och läkare. Sjuksköterskor är i behov av tydlig information i anknytning till brytpunktssamtal för att kunna bistå patienter och samverka inom det multidisciplinära teamet runt patienten. Sjuksköterskor oroar sig över att beröva hopp från patienter genom att diskutera och besvara frågor kring sämre prognoser.

Nyckelord: Brytpunktssamtal, Patienter med cancer, Sjuksköterskors erfarenheter, Sjuksköterskors upplevelse.

NURSES' EXPERIENCE IN END OF LIFE COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH CANCER

A LITERATURE REVIEW

**EMILY KOSKINEN
SANDRA MASON**

Koskinen, E. & Mason, S. Nurses' experience in end of life communication with patients with cancer. A literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2019.

Background: Cancer can occur in different areas of the human body. Cancer care consists of two different phases. The curative phase when the goal is to cure the patient and the palliative phase when cure is no longer possible and the goal changes to comfort care. Patients with cancer can live for several years in the early stages of palliative care when the goal is to prolong the patient's life and slow down the progression of the disease. When prolonging life is no longer possible the late palliative phase sets in and the goal of care is to make the patient comfortable and to manage symptoms of the disease. It is in between these phases the discussion called breaking point takes place. Nurses have a meaningful role in the process around breaking point. *Purpose:* The purpose of this study is to explore and compile nurses' experiences of discussion around breaking point with patients with cancer. *Method:* A systematic literature review. Ten articles with qualitative approach were graded and compiled through content analysis. *Result:* The results was identified into three main themes; Nurses experience of cooperation between physicians and patients, relationship within breaking point and the nurses experience of hope. Nurses experienced that cooperation with doctors and evident communication with patients was important. The relationship with patients and relatives was an element that was present during breaking point conversation according to nurses. Hope was an emotion that was identified among nurses during breaking point conversations. *Conclusion:* Nurses can in relation to the discussion around breaking point get stuck in the middle between patients and the physicians which has both advantages and disadvantages. Nurses can through their work with the patient establish a relationship that involves confidence between the patient and the nurse. This relationship can benefit everyone involved in the breaking point discussion. Nurses are concerned about depriving their patients of hope when talking about their worsening prognosis.

Keywords: End of life discussions, End-of-life decisions, Cancer patients, Communication, Nurses experience, Palliative care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Cancer	4
Den palliativa cancerpatienten	4
Brytpunktssamtal	5
Struktur och innehåll i brytpunktssamtalet	5
Sjuksköterskors roll vid brytpunktssamtal	6
Sjuksköterskans kärnkompetenser	7
PROBLEMFORMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Sökstrategi	9
Intresseområde	9
Inklusions- och exklusions kriterier	10
Litteratursökning och urvalsprocess	10
Kvalitetsgranskning av vald litteratur	11
Analys	11
RESULTAT	12
Upplevelser och erfarenheter kring samverkan med patient och läkare	12
Relationer i anknytning till brytpunktssamtal	14
Sjuksköterskans upplevelser av hopp	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
KONKLUSION	22
FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSER	24
BILAGOR	27

INLEDNING

Författarna har utifrån sina erfarenheter från utbildningen skapat ett intresse kring sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. Författarna anser ämnet relevant för den grundutbildade sjuksköterskan på grund av bristen på specialistutbildade sjuksköterskor i Sverige i skrivande stund. Författarna upplever även att sjuksköterskestudenter påträffar patienter med cancer under utbildningens gång och har möjlighet att arbeta inom cancersjukas vård som grundutbildade sjuksköterskor. Kunskapen i medicinsk anknytning tycker författarna berörs under utbildningen men däremot inte kommunikationen och vikten av sjuksköterskans roll för att stödja patienten i anknytning till brytpunktssamtalen. Författarna valde därför att utnyttja tillfället att förbättra förståelsen och kunskapen kring brytpunktssamtal hos patienter med cancer.

BAKGRUND

Cancer

Sjukdomar med maligna tumörer omfattas av samlingsbegreppet cancer. Dessa sjukdomar kan uppstå i diverse delar av kroppen. Utmärkande för cancersjukdomar är huvudsakligen att de omfattas av okontrollerad och obegränsad celltillväxt. Cancercellerna ser också annorlunda ut och förhåller sig inte inom de områden där de normalt är hemmahörande, vilket orsakar spridning i form av metastaser (Malmquist & Lundh, 2016). Patienter med cancer utgör majoriteten av patienter som vårdas med palliativ vårdinriktning i Sverige (Socialstyrelsen, 2013). Kunskap i anknytning till tumörer och tumörsjukdomar samt behandling och diagnostik kring dessa omfattas inom begreppet onkologi (Malmquist & Lundh, 2016).

Palliativ vård

Palliativ vård beaktar döendet som en naturlig process. Vården i palliativt skede avser inte vare sig förlänga livet eller påskynda döden. Intentionen avser lindra smärta och andra symtom som påverkar välbefinnandet i livets slutskede (World Health Organization, 2004). Palliativ vård av hög kvalitet grundar sig utifrån fyra hörnstenar som utgörs av relation inklusive stöd till anhöriga, kommunikation, symtomlindring och multiprofessionellt samarbete (Socialstyrelsen, 2013). Patienter i livets slutskede lider ofta av likartade symptom oberoende av vilken grundsjukdom som är orsaken (Cavalli – Björkman, 2014).

Den palliativa cancerpatienten

Ur historiskt perspektiv grundar sig palliativ vård på patienter med cancer. Cicely Saunders startade det första moderna hospicet för patienter drabbade av cancer. Därmed grundades den moderna palliativa vården som bygger på hospicefilosofin (Fridegren & Lyckander, 2013). Inom onkologi används två faser. En kurativ fas och en palliativ fas (Cavalli-Björkman, 2014). Den kurativa fasen kan övergå i palliativ fas. En cancer kan utveckla metastaser och därav ha en tidig palliativ fas. Det innebär att sjukdomen ej kan botas däremot kan medicinsk behandling förskjuta förloppet och patienten kan leva i flera år. Under den sena palliativa fasen övergår patienten i när ingen antitumoral behandling är aktuell längre. På så vis skiljer sig begreppet palliativ inom onkologin från andra specialiteter (a.a).

Det är vårdpersonalens uppgift att utifrån patientens förutsättningar och tillsammans med de behandlingsalternativ som kan erbjudas, bistå patienten i övergången till palliativ vårdinriktning och förmedla det i ett så kallat brytpunktssamtal (Svenska palliativregistret, 2015). Det är därför förekommande hos patienter med cancer att ha flera samtal av den arten på grund av övergång mellan de olika faserna samt olika behandlingsmetoder och eventuell psykisk stress hos patienten (Edwards, 2005).

Brytpunktssamtal

Det är vårdpersonalens uppgift att utifrån patientens förutsättningar och tillsammans med de behandlingsalternativ som kan erbjudas, bistå patienten i övergången till palliativ vårdinriktning och förmedla det i ett så kallat brytpunktssamtal (Svenska palliativregistret, 2015). Vid tillfällen där patienter med cancer står inför överväldigande förändringar i vårdinriktningen uppstår ett behov av empatiska sjuksköterskor att stödja patienten utan att uppleva situationen obekvämt (Daines m.fl., 2013). Sjuksköterskor har en central roll i anknytning till brytpunktssamtalet. Det är ofta sjuksköterskan som ansvarar för patientens omvårdnad och därmed tillgodoser patient och närståendes behov av fortsatt stöd. En tillförlitlig relation med patienten bidrar till effektiv kommunikation (Bumb m.fl. 2017). Läkaren innehar rollen som medicinskt ansvarig och sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig. Det är fördelaktigt för patienterna när läkaren och sjuksköterskan tillsammans informerar förändringar i brytpunktssamtalet (Sandberg, 2014). Konsekvent användning av gemensamma begrepp och termer är en förutsättning för patientsäkerheten. Dokumentation och informationsöverföring bör ske på ett konsekvent och systematiskt sätt (Socialstyrelsen, 2013). Patienter riskerar förlora förtroendet för vårdgivarna om sjukdomstillståndet försämras och ingen i vårdteamet bekräftar försämringen. Flera brytpunktssamtal är därav fördelaktiga (Edwards, 2005). Varierande känslor som uppstår hos patienter och närstående uttrycks via sjuksköterskors röster i studier kring sjuksköterskors erfarenheter. Rädsla och osäkerhet är förekommande känslor patienter handskas med under sitt sjukdomsförlopp (Daines m.fl., 2013). En bedömning av patientens självmedvetenhet och för att kunna bedöma vad som är viktigt för patienten är det fördelaktigt att be patienten berätta sin version av sjukdomsförloppet. Möjligheten att urskilja eventuella rädslor och orosmoment uppstår ofta i samband med patientens egen version vilket är fördelaktigt att vara medveten kring (Edwards, 2005). Brytpunktssamtal stöds i Patientlagen, 2014:821 (PL) Där framgår det att patienten har rätt till speciellt utformad information angående patientens hälsotillstånd samt det förväntade vård och behandlingsförloppet (3 kap. 1 & 2 § PL). Sjuksköterskor har vid intervjuer uttryckt lättnad av att ha etablerat en relation med patienter där förtroende och effektiv kommunikation underlättar för patienten vid mottagande av känslig information. Genom användning av en tidigare etablerad relation som grund i kommunikationen med svårt sjuka onkologiska patienter, uttrycks av sköterskorna som underlättande omständigheter för att patienterna ska förstå och klara av att ta ställning i beslut av känslig art (Volker m. fl. 2004).

Struktur och innehåll i brytpunktssamtalet

Patienter kallas till brytpunktssamtal vid tillfällen när det sker förändring i deras Vårdriktning (se bilaga 3). Initialt är förändringen att sjukdomen inte längre går att kureras. Under patienters palliativa vård är det förekommande att arrangera fler än ett brytpunktssamtal (Edwards, 2005). Orsaken till flera samtal är att situationen för patienten kan fortsätta förändras och förändringar kan behöva övervägas vid flera tillfällen (Cavalli – Björkman, 2014). Att fastställa tidpunkten

för brytpunkt är i vissa fall komplicerat. Trots att vårdriktningen är palliativ är det möjligt att patienten fortfarande behandlas med livförlängande avsikt. Svarar patienten inte på behandling av sådan art eller biverkningar och annan problematik påverkar patientens livskvalité negativt är det möjligt att det finns anledning att kalla till ytterligare brytpunktssamtal. Eventuella förändringar i patientens vård är möjligen då att övergå från livsförlängande till enbart lindrande behandling (Socialstyrelsen, 2013). Brytpunktssamtalet innehåller således inte alltid besked av progressiv karaktär (Warnock, 2014). Läkaren håller i brytpunktssamtalet med patienten. Samtalet kan vara initierat av behandlande sjuksköterska som gjort bedömningen att patienten blivit försämrad. Provsvar och utredningar som förändrar det kliniska läget utgör också behov av ytterligare brytpunktssamtal (Palliativregistret, 2015a). Värde ur brytpunktssamtalet i förmån åt patienten är att få anpassad information kring sitt sjukdomstillstånd samt att uppnå förutsättningar för delaktighet och valfrihet. Sjuksköterskan bör med fördel närvara för att fortsättningsvis säkerställa kontinuiteten (Palliativregistret, 2015b). Initiativet till samtalet kan även komma från patienten själv. Beslut att avbryta en livsförlängande behandling uppstår vid vissa tillfällen långsamt efter flera återkommande samtal. Även närstående kan delta i övervägande processen (Socialstyrelsen, 2013). Genom att föra samtal med lyhördhet och respekt för patienternas individuella ställning finns möjlighet att bevara patienternas livsgnista och välbefinnande (Cavalli-Björkman, 2014). Erfarenheter dokumenterade av sjuksköterskor berör samtalskvalité i relation till anpassad information framställd uppriktigt och ärligt med uttalande av patientens situation. Patienter behöver möjlighet att ställa frågor. Sjuksköterskor förespråkar ingivelse av hopp med särskild varsamhet kring att inge falska förhoppningar vilket kan påverka patienten negativt (Sandberg, 2014).

Indikationer från sjuksköterskor under vidareutbildning inom palliativ vård i anknytning till otillräcklig formell utbildning angående brytpunktssamtal vilket kan uppfattas som bristande kunskaper inom området råder (Volker m. fl. 2013) Evidensbaserade utbildningsmodeller som riktar sig åt kommunikation vid svåra samtal skulle möjligen påverka effektiviteten och hur patienten upplever framförandet av informationen (Bumb m. fl. 2017). För exempel på brytpunktssamtalets struktur (se bilaga 2).

Sjuksköterskors roll vid brytpunktssamtal

På grund av frekvent och oavbruten kontakt mellan sjuksköterskorna och patienter skapas en ideal position för sköterskor att inta en betydande roll i processen kring brytpunktssamtalen (Boyd m.fl. 2011). Sjuksköterskor har möjlighet att främja patienter i brytpunktssamtal med hjälp av stöttning och närvaro (Cramer, 2009). Vid tillfällen då beslut behöver tas kring situationer som hjärt- och lungräddning. Patienter i sen palliativ fas kan ta ställning till huruvida sjukvårdspersonal ska utföra återupplivningsförsök eller ej. Beslut av sådan art upplevs svåra för patienterna att hantera, sjuksköterskor har möjlighet att stötta patienten i beslutet samt anpassa informationen så patienten lättare förstår innebörden (Volker m.fl. 2004). Patienter är beroende av känslan av hopp och det är viktigt att sjuksköterskan arbetar utefter att hopp fortfarande existerar men då i form av hopp att fortfarande ha kontroll och rätten att i egenskap av patient få delta i beslut kring den egna vården. Tid är en aspekt där hoppet har betydelse i slutskedet. Patienter hoppas på mer tid och att uppnå välbefinnande. Målet är att interventioner från vården ska upplevas av patienten som bättre istället för sämre (Cramer, 2009).

Sjuksköterskans kärnkompetenser

En central del av sjuksköterskans arbete är att bemöta frågor som berör liv, död och lidande (Schuster, 2013). Sjuksköterskans ansvar är bland annat att skydda och värna om människor i utsatta livssituationer. Detta ställer ett etiskt krav på sjuksköterskan att ha en insikt om vad det innebär att vara människa. Den existentiella delen av sjuksköterskans profession innebär att problematisera hur människan skapar mening av sitt liv men även det som är uttryck för det meningslösa. Detta är något som sjuksköterskeutbildningar har ett ansvar att belysa som en viktig del i det som innebär att utföra en god omvårdnad. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är personcentrerad omvårdnad (a.a). Målet med en personcentrerad vård är att skapa ett samarbete mellan patient och vårdpersonal för att uppnå det målet som båda parter har kommit överens om (McCance & McCormack, 2013). Det handlar även om att arbeta med patientens övertygelser, värderingar samt ha en medkännande närvaro och vara engagerad. Grundprincipen i en personcentrerad omvårdnad handlar om att ta reda på vad patienten värderar i sitt liv och hur de förstår sin omvärld. Tillsammans med goda kommunikationssätt och partnerskap underlättar sjuksköterskan patienten möjlighet till delaktighet. Det vill säga genom att inhämta patientens unika perspektiv och betrakta den med en likvärdig giltighet i relation till vårdpersonalen kan en personcentrerad vård uppnås. För att undvika att patienten reduceras till sina symtom eller sjukdom samt att deras existentiella och spirituella behov förbises av vårdpersonal. Därför krävs det även mod av sjuksköterskan att våga se människan och möta deras lidande (a.a).

Teamarbete är en kärnkompetens inom sjuksköterskans profession (Berlin, 2013). Sedan 1970-talet har teamarbetet varit en arbetsform som förfinats och utvecklats inom svensk hälso- och sjukvård. Detta för att kunna tillgodose patientens komplexa behov utifrån olika kunskapsområden och kompetenser inom vårdteamet. Teamarbete har potentialen att underlätta för sjuksköterskan att både sprida och ta emot information från medarbetare. Delning och samordning av arbetsuppgifter tillför en strukturerad arbetssätt och skapar möjlighet att täcka upp för varandra inför oväntade vårdssituationer. Teamarbete skapar även möjligheten att under arbetets gång både kunna analysera vårdprocessen och dess resultat. När vårdteamet delar med sig av varandras kompetenser, information och kunskap skapas det i en utgångspunkt av tillit samt förtroende i teamarbetet. Utmaningar som sjuksköterskor kan möta är att det kan finnas olika uppfattningar om vad teamarbetet ska innehålla. Det krävs även en flexibilitet och färdighet som sjuksköterska att kunna arbeta med olika professioner. Samt utmaningen med att det kan finnas en dominans av det medicinska perspektivet på en arbetsplats vilket kan påverka hur teamarbetet bland vårdpersonalen utformas. I samråd med vårdteamet krävs det av sjuksköterskan att komma fram till vilka arbetsuppgifter som är tillämpliga utifrån patientens behov och situation (a.a).

Informatik inom sjuksköterskans kunskapsområde kallas för omvårdnadsinformatik och berör bland annat insamling, bearbetning samt hantering av data som berör patienten (Liljeqvist & Törnvall, 2013). Ett exempel där sjuksköterskor berör området omvårdnadsinformatik är hanterandet av patientuppgifter vid dokumentation i journalsystem. Journaler kan exempelvis betraktas som en tillgång för vårdteamet. Genom att bland annat ta del av varandras anteckningar under patientens vårdprocess kan det underlätta samarbetet vid att lösa komplexa vårdssituationer. Detta ställer krav på vårdteamet att dokumenteringen sker utifrån patientens vårdprocess samt perspektiv med en gemensam informationsstruktur och terminologi. En enhetlig dokumentation kan betraktas som ett verktyg som kan underlätta vårdpersonalens teamarbete och att gemensamt kunna vara pålästa om patientens olika behov. Eftersom patienten har

tillgång till sin patientjournal kräver det även av sjuksköterskor samt andra professioner i vårdteamet att kunna hantera informationen på ett korrekt sätt (a.a).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning har främst fokuserat på läkarens och patientens upplevelser och erfarenheter av svåra besked (Bumb mfl, 2017). Samtidigt har sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal varit ett relativt nytt perspektiv inom omvårdnadsforskning (Daines m.fl., 2013). Därför kan det vara av relevans att sammanställa forskning som fokuserar på sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta personcentrerat och att låta patienten vara delaktig i utformningen av sin vård. Detta är något som även gäller vid ett kurativt skede som vid ett palliativt. Därför kan det vara av vikt att belysa sjuksköterskor upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka och sammanställa sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer.

METOD

Studien inleds genom att precisera forskningsområde och formulera en frågeställning (Willman m.fl. 2011). I samband med genomgång av stödlitteratur och fördjupning inom ämnet formulerades studiens syfte.

För att svara på syftet har författarna tillämpat metoden litteraturstudie. Enligt Polit & Beck (2014) används en litteraturstudie för att mer noggrant utveckla sina kunskaper inom ett specifikt ämne. Litteraturstudien syftar till att sammanställa och utforska det forskningsmaterial som redan existerar för att skapa frågeställningar till vad som är okänt (a.a). För att kunna sammanställa och tolka upptäckt material på ett opartiskt och metodiskt tillvägagångssätt används fördelaktigt systematisk översikt (Willman m.fl. 2011). Kvalitativ ansats präglas av erfarenhetsmässigt tänkande. Utgångspunkten är att skapa mening och tolka individens upplevelse och erfarenhet av ett fenomen. Det vill säga designen utgår från att tolka och förstå hur människan subjektivt upplever sin omvärld (Forsberg & Wengström, 2015). För att förhindra studien från att återspegla författarnas egna intressen eller åsikter har litteratursökningen skett systematiskt. Systematisk översikt ska vara tillförlitlig och följa principer som minimerar påverkan på resultatet som saknar vetenskapligt stöd (SBU, 2017).

Sökstrategi

Innan ett projekt tar form bör kontroll av existerande projekt kontrolleras (SBU, 2017). Litteratursökningen påbörjas därefter med överblick av möjliga resurser i form av tidsutrymme, kostnader, utbud och tillgång av material samt hjälpmedel i form av databaser, datorer och möjlighet till assistans från en bibliotekarie.

Genom analysering av relevant litteratur samt tidigare forskning används befintliga referenslistor tillsammans med databassökningar och kontakt med sakkunniga inom området för att utforma sökord och leda arbetet framåt (Willman m.fl. 2011). Enligt SBU's handbok (2017) rekommenderas fördjupad användning av minst två olika databaser för att sökningen ska vara tillräcklig för att identifieras som en systematisk översikt (a.a.). Cinahl är en databas som hanterar bland annat omvårdnadsforskning i varierande dokumenttyper på olika språk. Pubmed är en populär databas inom bland annat medicin och omvårdnad. Pubmed innehåller främst artiklar från vetenskapliga tidskrifter på olika språk och har ett längre tidsomfång än Cinahl. De två kompletterar varandra väl för nyttjande i en systematisk sökning inom omvårdnadsområdet (Forsberg & Wengström, 2015). Avgränsningar i sökningen utformades för att passa studiens syfte och problemformulering (Willman m.fl. 2011). För att fullt utnyttja databaserna i sökningarna rekommenderas användning av "MeSH - database" och "Cinahl Headings" för att sökningen ska bli riktigt utförd. Olika databaser använder sig av olika ämnesord och nyckelord därav skulle sökningen kunna missa en del relevanta artiklar genom att inte använda sig av databasens theasur (a.a.).

Intresseområde

För att underlätta strukturen av litteraturstudiens intresseområde samt identifierande av bärande begrepp användes SPICE-modellen (Forsberg & Wengström, 2015). Denna modell valdes eftersom den kunde underlätta utformningen av litteratursökningen och är baserad på forskningsfrågor som har en kvalitativ ansats (SBU, 2017). S står för setting (sammanhang, kontext), P står för perspective (perspektiv), I står för interest (intresse), C står för comparison (jämförelse) och E står för evaluation (utvärdering) (a.a.). Alla komponenter som finns med i SPICE-modellen behöver inte nödvändigtvis representera syftet helt vid en kvalitativ frågeställning (SBU, 2017). Utifrån formulerat syfte kan då vissa komponenter i modellen inte vara tillämpbar. SPICE-modellen kan då snarare betraktas som en guide som kan underlätta strukturen av ens frågeställning och vid litteratursökning (a.a.). I den här litteraturstudien är intresseområdet patienter med cancer och perspektivet identifieras hos sjuksköterskor. Utifrån SPICE-modellen är intresseområdet brytpunktssamtalet och det som utvärderas är upplevelser och erfarenheter hos sjuksköterskorna. De bärande begreppen som kan identifieras utifrån SPICE-modellen är alltså brytpunktssamtal och patienter med cancer samt sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. Eftersom CINAHL och PubMed har främst engelskspråkiga titlar i sina databaser så formades det sökord på engelska utifrån de bärande begreppen. De begrepp som översattes till engelska söktermer var exempelvis nurses (sjuksköterskor), experiences (upplevelser), oncology (onkologi) och end of life transistion (övergång till livets slutskede).

S= Setting <i>Var?</i>	P= Population <i>Vem?</i>	I= Interest <i>Vad?</i>	C= Comparison <i>Jämförande komponent?</i>	E= Evaluation <i>Resultat?</i>
Sjukvårdsinrättningar	Sjuksköterskor	Patienter med cancer	Ej tillämbart	Upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal

Inklusions- och exklusions kriterier

De inklusionskriterier som har identifierats inför sökningar är att de vetenskapliga artiklarna ska beröra brytpunktssamtal hos patienter med cancer. Övergången till palliativ vård kan även ske vid flera olika livshotande sjukdomar som KOL, terminal njursvikt, aids, hjärtsvikt samt parkinsons sjukdom (Socialstyrelsen, 2013). Därför har det gjorts en avgränsning till att artiklarna ska belysa sjuksköterskor som enbart behandlar patienter med cancer eftersom denna patientgrupp är i majoritet inom den palliativa vården i Sverige (a.a.). Artiklarna som används i urvalet är av kvalitativ studiedesign för att kunna belysa sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal (Forsberg & Wengström, 2015). Exklusionskriterierna för urvalet av studier var att dem som hade en kvantitativ studiedesign valdes bort. Även de studier som berörde sjuksköterskor som behandlade patienter med cancer under 18 år var ett exklusionskriterium. De utvalda studierna ska även enbart vara skrivna på engelska eller svenska. Artiklar som är skrivna på ett annat språk blev exkluderade.

Litteratursökning och urvalsprocess

Litteratursökning genomfördes i fritext. Detta för att kunna finna så många relevanta studier som möjligt och även få sökresultat med artiklar som inte hade hunnit bli indexerade (SBU, 2017). Vid sökningen användes boolska söktermer som OR och AND. Boolska söktermen OR användes vid synonymer till sökorden. Mellan de olika sökorden användes den boolska söktermen AND. Sammanlagt från sökningarna i databaserna CINAHL och PubMed identifierades 1062 titlar. Artiklar med relevanta titlar granskades igenom för att kunna identifiera dem som besvarade litteraturstudiens syfte. I CINAHL identifierades det genom 183 titlar och i PubMed identifierades 879 titlar. De artiklar som inte var tillgängliga i fulltext i Malmö Universitetsbibliotek fick väljas bort. Även de artiklar som baserades på en kvantitativ ansats blev exkluderade. Totalt identifierade författarna 39 titlar som verkade vara av relevans utifrån litteraturstudiens syfte samt var tillgängliga att använda i fulltext på Malmö Universitetsbibliotek. Ett antal av dessa artiklar fick exkluderas eftersom de inte berörde syftet när de lästes igenom. Av dessa 39 artiklar ansågs 23 artiklar vara relevanta och lästes igenom ytterligare i relation till syftet. Av dessa 23 artiklar var det tio artiklar som författarna ansåg vara relevanta.

Kvalitetsgranskning av vald litteratur

De tio artiklar som valdes ut lästes igenom noggrant flera gånger samt utfördes det en kvalitetsgranskning på dem. En tabell över litteraturstudiens sökresultat presenteras som (se bilaga 4). För att granska de tio utvalda artiklarna användes SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik (SBU, 2014). Författarna till denna litteraturstudie kvalitetsgranskade artiklarna var för sig med hjälp av denna granskningsmall. Kvalitén på artiklarna bedömdes utifrån att de innehöll ett väldefinierat syfte, relevant urval, tydligt beskriven datainsamling samt etiskt resonemang (a.a.). Andra övergripande kvalitetskriterier var att resultatet var tydligt beskrivet och att artiklarnas författare hade reflekterat över hur deras urval samt datainsamling kunde påverka deras studier (SBU, 2017). Avgränsningen för vilka artiklar som hade en hög eller medelhög kvalitet var bland annat om de hade blivit etiskt granskade och godkända av ett etiskt råd. En annan faktor som påverkade avgränsningen var om artikelförfattarna hade hanterat sin egen förståelse och hur det kunde i sin tur ha påverkat resultatet till artiklarna. Även att artiklar som berörde begreppet överförbarhet betraktades vara av hög kvalitet. Till exempel studier som belyste att resultatet kunde överföras till sjuksköterskor inom annan kontext ansågs vara av hög kvalitet. Det som gjorde att en artikel ansågs vara medelhög berodde på hur metoden och urvalsprocessen hade utformats. Exempelvis om att sjuksköterskorna som hade intervjuats till en studie enbart var kvinnor. En artikelmatris gjordes sen för att redovisa artiklarnas övergripande kvalitéer samt en sammanfattning. Denna artikelmatris baserades även på SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ ansats (2014).

Analys

De tio artiklar som fick genomgå en kvalitetsgranskning och hade en hög kvalitet lästes igenom noggrant ett flertal gånger. Dessa artiklar fick sen genomgå en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys innebär att genom upprepad läsning identifierar meningsbärande enheter som sedan kategoriseras (SBU, 2017). Inget av det utvalda materialet får uteslutas på grund av att det saknas en lämplig kategori (a.a.). En meningsbärande enhet är en konstellation av ord eller påståenden som kan relateras till samma centrala mening i en text (Granheim, 2003). När dessa meningsbärande enheter har kategoriserats så jämförs likheter och skillnader mellan de meningsenheter som har identifierats (a.a.). Författarna läste igenom artiklarna först på egen hand. Därefter gick författarna igenom artiklarna tillsammans och diskuterade de meningsbärande enheter som hade identifierats. Med hjälp av meningsbärande enheter har författarna kunnat identifierat och diskuterat olika centrala teman som hade dykt upp i artiklarna. De meningsbärande enheter som identifierades markerades med markeringspenna i texten men de skrevs även ned i ett dokument där de kodades i olika färger. Meningsbärande enheter som var skrivna på engelska fick i analysprocessen översättas på svenska under kodningen. Även skillnader mellan dem valda artiklarna togs i beaktning under analysen. Det vill säga de teman som berörde sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. De meningsbärande enheter som hade identifierats i artiklarna blev sen kategoriserade till olika huvudteman samt subteman som presenterades i resultatet.

RESULTAT

Tio artiklar inkluderades i studiens resultat. Studierna som redogjordes var empiriska studier av kvalitativ ansats. Samtliga studier berörde sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. Studierna genomfördes mellan 2000 – 2018 och var utförda i olika länder dock främst från USA. Studierna hade olika antal deltagare däremot ej färre än sex deltagare. Samtliga studier var av medel till hög kvalitet. Studierna sammanfattas mer ingående i (se bilaga 1). Resultatet redogörs i form av teman och subteman som presenteras i tabell nedan.

HUVUDTEMA	SUBTEMA			
Upplevelser och erfarenheter kring samverkan med patient och läkare	<i>Hamna i kläm</i>	<i>Avsaknad av tydlig information</i>	<i>Finna tid till att tala om livets slutskede</i>	<i>Behov av klinisk utbildning</i>
Relationer i anknytning till brytpunktssamtal	<i>Anknytning mellan Sjuksköterskor och patienter</i>	<i>Konflikt mellan professionellt och personligt</i>	<i>Bemöta Närstående</i>	
Sjuksköterskans upplevelser av hopp	<i>Bibehålla hopp</i>		<i>Falska Förhoppningar</i>	

Upplevelser och erfarenheter kring samverkan med patient och läkare

Utifrån en kvalitativ studie baserad på 25 kvinnliga samt två manliga sjuksköterskors upplevelser av prognosrelaterad kommunikation hos patienter med svår cancer, framträdde svårigheter för sjuksköterskor kring samverkan mellan patient och läkare (McLennon m.fl., 2012). Sjuksköterskors svårigheter med att hantera rollen mellan patient och läkare var något som identifierades i denna studie (a.a). En kvalitativ studie utförd i Sverige där 15 sjuksköterskor deltog uttryckte deltagarna problematik kring samverkan mellan patient och läkare i anknytning till brytpunktssamtal (Pettersson m.fl., 2014).

Hamna i kläm

Enligt en studie av utmaningar sjuksköterskor ställs inför vid vård av onkologi patienter med förändrad vårdinriktning från kurativ till palliativ vårdinriktning upplevde sjuksköterskor svårigheter (Canzona m.fl., 2018). Svårigheterna bestod av att närstående likväl som patienter ej förstått innebörden av informationen de delgivits i brytpunktssamtalet (a.a). Problematik i anknytning till sjuksköterskors roll i brytpunktssamtalet framkom där sjuksköterskorna uttryckt hur de upplevt att ha hamnat i kläm mellan läkaren och patienten och vid vissa tillfällen även närstående (McLennon m.fl., 2012). Sjuksköterskor upplevde svårigheter vid närståendes reaktioner vid tillfällen då de blivit informerade i brytpunktssamtal men inte uppfattat vad informationen verkligen innebar (Canzona m.fl., 2018). Sjuksköterskor betonade positiva upplevelser av att ”hamna i kläm” mellan läkare och patient vid tillfällen när sjuksköterskor fungerade som medlare i brytpunktssamtal och på så sätt kunde förespråka patienter och deras behov och önskemål samt underlätta och förtydliga vad läkaren säger (McLennon m.fl., 2012). Sjuksköterskor upplevde att det fanns tillfällen då brytpunktssamtalen var

otydliga och patienterna var omedvetna om prognosen. Då upplevde sjuksköterskorna att de hamnade i en situation där de famlade i mörker (Canzona m.fl., 2018).

Avsaknad av tydlig information

En sjuksköterska uttryckte ett behov av sjuksköterskor som förespråkar patienternas behov av tydliga besked kring prognosen (McLennon m.fl., 2012). Otydlig information i brytpunktssamtal försvårade sjuksköterskornas arbete. Vid tillfällen då sjuksköterskor inte heller informerats kring patientens prognos eller ens kunde urskilja huruvida patienten erhållit ett brytpunktssamtal och i så fall vilken information patienten fått kring sin prognos upplevdes som negativt av sjuksköterskor (a.a). Vanligt förekommande problem var att patienterna trots brytpunktssamtal inte hade förstått innebörden av förändringen från kurativ till palliativ behandling och syftet med förändringen (Canzona m.fl., 2018). Utifrån intervjuer med 18 sjuksköterskor på ett stamcellstransplantations center i Iran upplevde sjuksköterskorna ovilja kring delgivning av information till patienten under brytpunktssamtal. Sjuksköterskorna undvek att delge negativ information till patienter på grund av rädsla att orsaka patienterna psykologisk stress (Valizadeh m.fl., 2014). Rädsla upplevdes också av sjuksköterskor när patienter ställde frågor i anknytning till sin prognos. Sjuksköterskorna upplevde rädslan över att ge fel information (McLennon m.fl., 2012). I en studie kring sjuksköterskans erfarenheter av hot mot patienternas mortalitet intervjuades 19 sjuksköterskor från två olika benmärgransplantations enheter. Sjuksköterskorna upplevde det svårt att skingra orealistiska förväntningar kring sjukdomsförlopp. De var ovilliga att beröva patienten känslan av hopp trots att det var grundat på orealistiska förväntningar (Leung m.fl., 2011). I en studie utförd i Sverige där 15 sjuksköterskor deltagit för att belysa sjuksköterskors upplevelser av ställningstagande till HLR nämns att sjuksköterskors arbete underlättades av tydlig information om palliativ vårdinriktning till exempel genom att patienten tagit ställning och ej önskar HLR (Pettersson m.fl., 2014). I en studie utförd i USA intervjuades sjuksköterskor angående olika aspekter av cancervård (Mahon & McAuley, 2010). Det framgick tydligt av flera deltagare i studien att samtliga inom teamet som har kontakt med patienten borde kunna bedöma indikationer på problematik som smärta, nutrition eller övergripande försämring hos patienter. Således borde samtliga inom det multidisciplinära teamet bidra till beslut kring huruvida det finns ett behov av brytpunktssamtal eller ej (a.a).

Finna tid till att tala om livetsslutskede

En studie har utförts på ett sjukhus i Singapore med syfte att utforska sjuksköterskornas utmaningar i att snabbt skriva ut och skicka hem patienter som försämrats så till den grad att livets slut är nära. Deltagare i studien var 14 sjuksköterskor från en onkologiavdelning. Sjuksköterskorna upplevde att utskrivning av den här typen av patienter var problematiska på grund av att brytpunktssamtalen var utförda försent eller inte alls. Därav fanns inga planer eller beslut om vart patienten önskade att dö vilket resulterade i svårigheter för sjuksköterskan att lyckas få hem patienten i tid (Tan & Blackford, 2015). Sjuksköterskor upplevde också enligt sjuksköterskechefer som delger information kring sjuksköterskors upplevelser i form av intervjuer, ett behov av att sammanfatta och koppla in samtliga involverade i patientens vård för att kunna göra upp en plan kring patientens vård. Sjuksköterskorna upplevde detta som viktigt för patienter och närstående. Sjuksköterskor ansåg dock det är svårt att finna tid till att utföra en sådan sammanställning (Wittenberg- Lyles m.fl., 2013)

Behov av klinisk utbildning

Sjuksköterskor var i behov av utbildning och träning kring brytpunktssamtal och kommunikation inom palliativ vård. Då sjuksköterskorna ofta förespråkade patienternas behov och önsknings mellan läkare och patienter samt deras anhöriga (Wittenberg- Lyles m.fl., 2013). När patienter hade ställt frågor till sjuksköterskor i anknytning till sin prognos upplevde sjuksköterskorna osäkerhet kring vad de ska svara och kände ett behov av kompetensutbildning kring situationer av sådan art (McLennon m.fl., 2012). Avsaknaden av regelverk för patienter i behov av snabb utskrivning för att få möjligheten att dö hemma när det ej bestämts eller diskuterats tidigare under sjukdomsförloppet gör att sjuksköterskorna upplevde okunskap kring utförandet av uppgiften samt försvårar samverkan inom teamet (Tan & Blackford, 2015).

Relationer i anknytning till brytpunktssamtal

Vid en studie baserad på intervjuer med tio sjuksköterskor inom cancer och palliativ vård upplevde deltagarna vikten av att forma en relation med patienter (Mishelmovich m.fl., 2016). Att skapa en relation ansågs av sjuksköterskorna i studien som en viktig faktor för att underlätta brytpunktssamtalet (a.a). Utifrån en studie med 27 deltagare uttryckte sjuksköterskor upplevelsen av att skydda patienterna och förespråka patienternas behov och önskemål (McLennon m.fl., 2012).

Anknytning mellan sjuksköterskor och patienter

I en annan studie baserad på intervjuer från sex sjuksköterskor med erfarenhet av cancervård upplevde sjuksköterskorna att deras närvaro och deltagande i moment som brytpunktssamtalet stärkte relationen och tilliten med patienterna vilket hade positiv effekt på patientens uppfattning av att sjuksköterskorna bryr sig om sina patienter (Dunniece & Slevin, 2000). Sjuksköterskor som arbetar inom cancervården kan komma att utforma särskilda band med sina patienter. Det beror på att den typen av patienter ofta kommer regelbundet för behandlingar och följas inom cancervården ofta under en längre tid. Sjuksköterskorna upplever att deras regelbundna kontakt gör att de lättare kan upptäcka förändringar i patientens mående. Sjuksköterskornas erfarenhet var att patienterna hade lättare för att visa sina verkliga känslor under brytpunktssamtalet på grund av deras nära kontakt och trygga relation (Pettersson m.fl., 2014). I brytpunktssamtalet samverkar sjuksköterskorna ofta nära tillsammans med läkare. Sjuksköterskor upplevde ibland svårigheter att utmana eller ifrågasätta läkarens beslut på grund av sjuksköterskornas uppfattning av hierarkin och uppfattningen att sjuksköterskor står för lågt i rang för att kunna utmana läkare i någon större utsträckning (Canzona m.fl., 2018). Sjuksköterskor uppfattade även vid vissa tillfällen att de uteslöts ur brytpunktssamtalet och att uteslutningen skapar svårigheter i deras arbete på grund av ovissheten kring vad som bestämts och exakt vilken information patienten tagit del av (McLennon m.fl., 2012). En sjuksköterskechef upplevde att kommunikationsflödet och insikten i patientens prognos och planering bestämdes av relationen mellan läkare och sjuksköterska (Wittenberg-Lyles m.fl., 2013). Sjuksköterskor ansåg det viktigt i brytpunktssamtal att patienten om möjligt själv är delaktig i beslutet som tas i brytpunktssamtal. Först och främst ansåg sjuksköterskorna att det är patientens beslut men att de kan vara i behov av någon som förespråkar dem och ser deras omvårdnadsbehov (Mahon & McAuley, 2010).

Konflikt mellan professionellt och personligt

Sjuksköterskans behov av balans mellan det professionella och det personliga i relation till vård av patienter med cancer var något som framgick i studier (Canzona m.fl 2018; Leung, D. m.fl 2012; Mishelmovich, m.fl 2016). I samband med att arbeta nära patienter inför brytpunktssamtal och palliativ vård upplevde sjuksköterskor det som stundtals känslomässigt överväldigande (Canzona m.fl 2018). Dessa överväldigande känslor kunde hänga kvar hos sjuksköterskan trots att brytpunktssamtalet hade genomförts sen en tid tillbaka. Känslomässig hantering var något som verkade krävas mer utav de sjuksköterskor som självidentifierade med sin patient (a.a). Det vill säga att patientens cancerprognos blev något som fick sjuksköterskorna att reflektera över hur de själva hade hanterat vid ett brytpunktssamtal (Canzona m.fl 2018). Faktorer som kunde bidra till att sjuksköterskor självidentifierade sig med sin patient kunde bland annat bero på om de var i samma ålder eller haft liknande karriärer (Dunniece & Slevin, 2000). Det fanns även emotionella och personliga erfarenheter hos vissa sjuksköterskor som liknade cancerpatientens vilket i sin tur resulterade i självidentifiering (a.a). Empati och självidentifiering av patientens situation kunde uppstå även om sjuksköterskan inte alls hade en nära relation till dem (Dunniece & Slevin, 2000). När sjuksköterskor försökte sätta sig själva i patientens situation kunde de bli medvetna samt reflektera över sin egen dödlighet (a.a). Utifrån dessa erfarenheter kan den personliga dimensionen i sjuksköterskans profession identifieras (Dunniece & Slevin, 2000).

Balansen mellan det professionella och det personliga i dessa sammanhang kunde handla om en personlig självmedvetenhet och en acceptans inför döden. Denna acceptans fanns både i relation till den palliativa cancerpatienten samt en medvetenhet till sitt eget liv (Leung, D. m.fl 2012; Mishelmovich, m.fl 2016). Även acceptansen inför att ens patient kunde dö beskrevs hos sjuksköterskor som en faktor till att vilja upprätthålla balansen mellan det personliga och det professionella (Leung, D. m.fl 2012).

Behovet av att kunna ha en distans till ens professionella roll var upplevelser och erfarenheter som kunde identifieras hos sjuksköterskor. I en studie beskrevs detta som en svårighet för sjuksköterskan att upprätthålla, specifikt i relation till att samtidigt kunna visa medmänsklighet till sin patient (Canzona m.fl, 2018). Detta var något som kunde identifieras oavsett hur lång arbetserfarenhet sjuksköterskorna hade (a.a). En professionell hållning kunde beskrivas i en annan studie som en balans mellan den yrkesmässiga och den personliga involveringen med ens patienter (Leung, D m.fl, 2012). Även balansen mellan arbete och fritid ansågs vara en viktig aspekt hos sjuksköterskor för att kunna hantera det nära arbetet med patienter med cancer som befann sig i livet slutskede (Leung, D m.fl 2012). Sjuksköterskor med mångårig arbetserfarenhet upplevde att denna balans var särskild viktig för deras kollegor som inte hade lika lång erfarenhet som dem (a.a). Oftast fanns behovet av denna balans i större utsträckning hos sjuksköterskor som upplevde sig befinna i en obalans mellan sitt arbetsliv och sitt privatliv (Leung, D m.fl 2012).

Bemöta närstående

Vid omvårdnad av patienter med cancer som var aktuella för brytpunktssamtal hade sjuksköterskor en roll att bemöta närståendes behov av tydlig kommunikation, information och emotionell stöttning (Wittenberg-Lyles, E. m.fl 2013; Tan, & Blackford, 2015; Pettersson m.fl, 2014; Valizadeh m.fl 2014). Sjuksköterskor upplevde utmaningen med att hantera närståendes känslomässiga reaktioner i relation till informationen som gavs under brytpunktssamtalet (McLennon, S. m.fl 2013). I vissa fall blev närstående chockade över själva

definitionen av palliativ vård. Närstående hade i dessa fall inte någon tidigare förståelse eller fått någon information om att en palliativ vård skulle lindra och inte längre bota deras familjemedlems cancer (Canzona, m.fl, 2018). Ibland upplevde sjuksköterskor att det även fanns orealistiska förväntningar på cancerbehandlingar hos närstående vilket resulterade i att de hade svårt att förstå informationen som berörde att cancerpatienten nu befann sig i livets slutskede (Pettersson m.fl, 2014; Tan & Blackford, 2015). Missförstånd i kommunikationen kunde vara en faktor till att närstående ibland hade det svårt att ta sig till beslutet om palliativ vård (Canzona m.fl, 2018). Det kunde bland annat bero på att sjuksköterskan kände sig osäker över vad läkaren hade informerat om samt bristande dokumentation över vad som tidigare hade sagts till närstående (Pettersson m.fl 2014). Detta kunde leda till en nivå av förvirring och chock hos närstående vilket inte hade uppstått om det hade funnits en tydlig kommunikation om cancerpatientens prognos med dem i ett tidigt skede (a.a). På grund av denna dimension av missförstånd kunde sjuksköterskor vara med om att det ibland kunde skapas konflikter mellan närstående och vårdgivare gällande cancerpatientens omvårdnad (Canzona, m.fl 2018). Sjuksköterskor upplevde att det var deras fel när det hade uppstått missförstånd hos närstående gällande patientens omvårdnads mål och att det kändes som att de hade vilselett dem (a.a). Informationen som gavs under ett brytpunktssamtal kunde ibland vara för känslomässigt överväldigande för närstående att ta emot (Tan & Blackford, 2015). Detta resulterade att sjuksköterskor fick ibland upprepa informationen flera gånger samt ta sig mer tid för att försäkra sig om att närstående hade förstått vad som hade sagts under samtalet (Tan & Blackford, 2015). Uppmuntring och stöttning av närstående till palliativa patienter med cancer uppgav sjuksköterskor som en viktig del i deras arbete (a.a). Även en effektiv och tydlig kommunikation ansågs vara ett verktyg på att minska den stress och oro som kunde uppstå hos närstående under ett brytpunktssamtal (Tan & Blackford, 2015). När sjuksköterskor upplevde att de kunde känna sig nöjda med sitt arbete var när både patientens samt närståendes önsningar kring den palliativa vården kunde bli bemött (a.a).

Sjuksköterkans upplevelser av hopp

Sjuksköterskor har genom studier uttryckt rädsla inför att i anknytning till brytpunktssamtal beröva hoppet från patienter med cancer (McLennon, S. m.fl 2013; Leung, D. m.fl 2012). I en studie från Iran beskrev sjuksköterskor hur de upplevde att dåliga besked och förändringar i vårdinriktningen kunde påverka patienternas hälsa till det sämre (Valizadeh m.fl., 2014). Sjuksköterskorna upplevde att de främjade patienterna genom att inge falska förhoppningar kring deras tillstånd och prognos (a.a).

Bibehålla hopp

I en arbetskultur där det finns ett stort fokus på att bota patienter kan det finnas en olust av vårdpersonal till att frånta patientens förhoppningar gällande sin behandling (Leung, D. m.fl 2012). Sjuksköterskor identifierade att en del av deras arbete med cancerpatienter var förmågan att kunna inge hopp och skapa mening till det mänskliga lidandet (McLennon, S. m.fl 2013; Leung, D m.fl 2012; Mishelmovich M. m.fl 2016). Genom att inge hopp hade sjuksköterskorna ett sätt att hantera patientens lidande samt ångest och ångslan inför att deras cancerprognos hade en dödlig utgång (Leung, D. m.fl 2012). Även om information ansågs vara en viktig del av sjuksköterskans arbete fanns det en ambivalens gällande att hur besvara de frågor som patienterna hade och hur dessa svar kunde eventuellt ta ifrån dem hoppet (McLennon, S m.fl 2013; Mishelmovich, M m.fl 2016). I en studie där sjuksköterskor i Iran intervjuades

fanns det en strävan att bibehålla patientens hopp genom att undvika ge negativa besked till patienter med cancer (Valizadeh m.fl, 2014). Sjuksköterskorna i denna studie övervägde att negativa besked och information om palliativ vård kunde riskera att splittra patientens hopp och drömmar för framtiden (a.a).

Falska förhoppningar

I kontrast till olusten att frånta patienten hopp kunde det även identifieras att brist på information och tydlig kommunikation kunde leda till falska förhoppningar hos cancerpatienten (McLennon S. m.fl, 2013). Vid tillfällen då patienter och närstående kunde ha orealistiska förhoppningar på framtiden fanns det en viss ovilja att beröva dem av det hopp som existerade trots att det var uppbyggt på orealistiska grunder (Leung m.fl., 2011). Sjuksköterskor i Iran valde även vid tillfällen att förneka sanningen till patienterna när det rörde sig om svåra besked. Ytterligare strategier för att undvika informera patienterna kring negativa besked var att inte använda sig av vissa begrepp och namn på sjukdomar samt utesluta information kring negativ prognos (Valizadeh m.fl., 2014).

DISKUSSION

I detta avsnitt presenteras en diskussion utifrån vald metod där styrkor och svagheter lyfts fram. Samt en diskussion utifrån litteraturstudiens resultat.

Metoddiskussion

Kvalitativ metod

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka och sammanställa sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av brytpunktsamtal hos patienter med cancer. Därför valde författarna att fokusera på att samla in artiklar med en kvalitativ ansats. Detta för att författarna ansåg att det var en metodansats som kunde ge en fördjupad förståelse över sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. Vid insamlandet av vetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats gäller att kunna urskilja samt kritiskt granska de kvalitativa metoder som använts i artiklarna (Polit & Beck, 2014). Exempelvis att en artikel som har en fenomenologisk metod har varit konsekvent och att resultatet då har beskrivits utifrån samma metodval (a.a). Det vill säga att forskarna till dem vetenskapliga artiklarna inte har blandat mellan olika kvalitativa traditioner (Polit & Beck, 2014). Detta ställde också kravet på författarna till litteraturstudien att skaffa kunskap och beredskap över hur de olika metoderna formuleras inom den kvalitativa forskningen. Varken kvantitativ eller kvalitativ forskning är förutsättningslös utan präglas av forskarens olika referensramar, kunskap och värderingar (Forsberg & Wengström, 2008). Därför var det av vikt att författarna kunde betrakta sig själva som en potentiell risk som kunde påverka resultatet i litteraturstudien (a.a). Trovärdigheten i en kvalitativ studie är ett viktigt kriterium vid genomförandet av studier med en kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2014). Det vill säga förmåga att kunna påvisa att val av perspektiv och begrepp som anses vara relevanta för syftet. Det gäller även att de artiklar som valdes ut är av relevans. I ett tidigt skede av arbetsprocessen diskuterade författarna kring sin egen förförståelse av det valda ämnesområdet och hur detta kunde påverka arbetsprocessen. Detta var ett sätt att hantera trovärdigheten litteraturstudien och kan betraktas som en styrka. En annan faktor som kan anses vara en styrka är att författarna även identifierade om artiklarna som valdes belyste hur förförståelse kan påverka urval och metod. Samt om det fanns en beskrivning utav studiens begränsningar i dem utvalda artiklarna.

Sökstrategi

De databaser som valdes ut till litteraturstudien var CINAHL och PubMed. Dessa databaser valdes eftersom de presenterar forskning som berör omvårdnad och medicin vilket ansågs kunna underlätta litteratursökningen (Forsberg & Wengström, 2008). Valet av dessa databaser kan betraktas som en styrka eftersom de berör litteraturstudiens valda ämnesområde. Eftersom litteraturstudiens syfte var att utreda och sammanställa forskning som besvarade sjuksköterskors upplevelser av brytpunktssamtal hos patienter med cancer. Enligt SBU's handbok (2017) rekommenderas användandet av minst två databaser för en litteraturstudie. Detta för att uppnå en systematisk översikt (a.a). Det kan betraktas som en svaghet att enbart två databaser användes till litteratursökningarna. Användandet av flera databaser än PubMed och CINAHL hade kunnat ge ett större antal träffar av relevanta artiklar som besvarade litteraturstudiens syfte. De booleska sökverkygen OR och AND har även använts för att kombinera olika söktermer (SBU, 2017). Detta genomfördes för att både få ett större sökresultat med hjälp av booleska söktermen OR. Den booleska söktermen AND användes i sin tur för att ge en sökresultatet mer specificitet. Sökningarna genomfördes i fritext samt med hjälp av indexeringsord. Styrkan med att använda sig av fritextsökningar är att vetenskapliga artiklar som inte hunnit indexeras kommer även med i resultatet. En annan fördel var att om indexeringsorden i databasen var för generella i relation till litteraturstudiens syfte, då var fritextsökning till hjälp (a.a).

Intresseområde

Vid identifierandet av syftets bärande begrepp använde sig författarna av SPICE-modellen. Denna modell var användbar utifrån en kvalitativ metod och kan liknas med PICO modellen (SBU, 2017). Med hjälp av SPICE-modellen kunde författarna identifiera relevanta begrepp som senare kunde utformas till söktermer. Detta kan betraktas som en styrka vid utformandet av en sökstrategi inför litteratursökningar. Genom att precisera bärande begrepp blev det lättare att utföra databassökningar samt att hitta vetenskapliga artiklar som berörde litteraturstudiens syfte utifrån en kvalitativ ansats. Författarna gjorde avvägningen om de skulle använda en annan modell som baserades på kvalitativa frågeställningar för att identifiera bärande begrepp utifrån syftet. Samtidigt togs det till beaktning att det fanns en sannolikhet att samma bärande begrepp hade identifierats oavsett val av modell som är utifrån ett kvalitativt syfte. Användandet av SPICE-modellen ansågs vara en styrka i metoden eftersom den gav en tydlig översikt kring syftets intresseområde och vilka sökord som kunde användas till sökstrategin.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

De inklusionskriterier som har använts inför litteratursökningarna var att de berörde brytpunktssamtal hos patienter med cancer utifrån sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. Exklusionskriterier var bland annat att patienterna med cancer som förekom i dem vetenskapliga artiklarna skulle vara över 18 år. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska eller svenska. Kanske hade urvalet av vetenskapliga artiklar sett annorlunda ut om studier hos patienter med cancer var under 18 år inkluderades. Dessa avgränsningar kan ha påverkat utfallet samt urvalet i denna litteraturstudie. Samtidigt ansåg författarna att dessa avgränsningar var till en fördel och en styrka eftersom det underlättade söka litteratur som berörde syftet med litteraturstudien.

Litteratursökning och urvalsprocess

Vid sökandet av studier med en kvalitativ ansats kan det vara av vikt att uppmärksamma att det kan finnas brister i databasernas indexering och abstrakt (SBU, 2017). PubMed är exempelvis en databas som inte hade möjligheten att erbjuda differentierad indexering av olika studier som försöker fånga upp individens subjektiva upplevelser (a.a.). Det har då funnits en svårighet att utforma sökningar som identifierar specifika kvalitativa forskningsmetoder (SBU, 2017). Detta kan betraktas som en svaghet. Denna typ av utmaning med PubMed som databas kunde identifieras under litteratursökningen eftersom författarna fick resultat som berörde deras syfte men som då var av en kvantitativ ansats. Även faktumet att abstrakten ibland kunde sakna information om studien hade genomförts genom en kvantitativ eller kvalitativ metod var något som upptäcktes under urvalsprocessen. Detta resulterade i att vissa artiklar fick sällas ut under ett senare skede av urvalsprocessen eftersom det visade sig vid djupare läsning att de var kvantitativa. Ett antal av artiklarna som identifierades som relevanta under litteratursökningarna var inte tillgängliga i fulltext vilket i sin tur kan ha påverkat urvalet.

Författarna tog inte någon direkt ställning till vilket land dem vetenskapliga artiklarna skulle vara ifrån. Detta kan i sin tur ha påverkat litteraturstudiens resultat och överförbarhet och kan betraktas som en svaghet. Begreppet överförbarhet syftar till hur resultat från en kvalitativ studie kan vara överförbart till en annan kontext (Polit & Beck, 2014). Den kvalitativa forskningen är ofta beroende av sitt sammanhang och det kan då vara av vikt att fundera över studieresultatens överförbarhet till andra sociokulturella sammanhang (SBU, 2017). En artikel som valdes ut i urvalsprocessen berörde sjuksköterskor från Iran. Specifikt i denna studie gick det att identifiera sociokulturella skillnader mellan synen på att informera patienter med cancer. Samtidigt reflekterade författarna över att de upplevelser och erfarenheter hos sjuksköterskor som togs upp i artikeln ändå hade likheter med andra utvalda artiklar. En annan artikel som identifierades under urvalsprocessen var en som hade intervjuat platschefer på en onkologisk avdelning som besvarade deras perspektiv på hur sjuksköterskekollegor hade upplevt och erfart i omvårdnaden hos patienter med cancer. Detta var något som författarna diskuterade och tog i beaktning kring hur det kunde påverka resultatet. Samt hur användandet av denna artikel kan betraktas som en svaghet i relation till litteraturstudien.

Kvalitetsgranskning av vald litteratur

Med hjälp av SBU's granskningsmall för kvalitativa studier har författarna granskat de utvalda artiklarna (SBU, 2014). För att hantera risken för subjektivitet granskade författarna artiklarna var för sig och oberoende av varandra. Detta kan anses vara en styrka i litteraturstudien. Samtidigt hade SBU's granskningsmall (2014) vissa begrepp som var helt nya för författarna. Detta resulterade i att författarna behövde göra en ytterligare kunskapsinhämtning av kvalitativa forskningsbegrepp för att deras kvalitetsgranskning av vald litteratur skulle kunna genomföras på ett korrekt sätt. Detta var också en kunskapslucka som upptäcktes under arbetsprocessen och kan ha påverkat styrkan i kvalitetsgranskningen av vald litteratur. Begreppet tillförlitlighet innebär att tolkningen av de artiklar som valts ut av författarna skulle vara likadant om den genomfördes vid ett annat tillfälle (Polit and Beck, 2014). Detta kan kopplas till kunskapsluckan över vad som kunde ha modifierats i granskningsmallen utifrån litteraturstudiens syfte. Om det hade tidigare funnits en större förförståelse kring användandet av granskningsmallar hade kanske mallen modifierats. Detta är en aspekt som kan ha påverkat litteraturstudiens tillförlitlighet och kan betraktas som en svaghet.

Författarna använde sig utav sju artiklar som hade en hög kvalitet och tre artiklar med en medelhög kvalitet detta kan också betraktas som en svaghet. Eftersom sju artiklar som kvalitetsgranskades bedömdes vara av enbart medelhög kvalitet.

Analys

De tio artiklar som valdes ut analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. En styrka som kan betraktas i analysen är att författarna först gick igenom alla artiklar på egen hand och tolkade dem. Detta för att kunna tolka samma artiklar men oberoende av varandras tolkningar. Därefter diskuterades innehållet tillsammans samt vilka teman de båda hade identifierat. Författarna fick under sin gransknings- och analysprocess ta ställning till att de utvalda artiklarna kunde påverka litteraturstudiens trovärdighet och överförbarhet i resultatet. Den riskbedömning fanns med under hela arbetsprocessen och var något som författarna fick hitta argument inför. Riskbedömningen som fanns med under arbetsprocessen kan anses vara en styrka för denna litteraturstudie.

Resultatdiskussion

En av studierna är baserad på information från sjuksköterskechefer som svarar på frågor ur sjuksköterskornas perspektiv vilket författarna bedömt ej påverkar resultatets kvalitet.

Samverkan mellan läkare och patienter

Resultatet visade att brytpunktssamtal hos patienter med cancer är en komplicerad process då vård inriktningen kan förändras avsevärt vid flera tillfällen. Samtliga involverade hur patientens vård kunde påverka brytpunktssamtal. Bland annat genom att bidra med tydlig information. Sjuksköterskor kunde samarbeta med läkare och stötta patienterna i brytpunktssamtal och därav var sjuksköterskor värdefulla när de närvarade vid samtalen.

Enligt Socialstyrelsen (2013) omfattar innebörden av kommunikation betydligt mer än endast utbyte av information. Faktorer som ömsesidig förståelse, stöttning och att diskutera svåra situationer är delar av kommunikationsprocessen. Möjligheten att bearbeta svåra skeenden och känslomässiga ärenden kräver ofta en sådan process och samverkan med flera aktörer (a.a). I resultatet framkom sjuksköterskors erfarenheter vid situationer då sjuksköterskor varit trängda mellan oklar information av vad patienten blivit underrättad och begränsningar i kunskaper vad gäller resultat av undersökningar och dylikt. Sjuksköterskors arbete påverkas negativt av ovisshet av sådan art (McLennon m.fl., 2012). Författarna anser att samverkan mellan samtliga i anknytning till brytpunktssamtalet är viktigt för att bidra till patientens välbefinnande. Sjuksköterskor kan stöta på osäkerhet och kunskapsluckor dagligen i sitt arbete. Däremot kan sjuksköterskor om de närvarar i samtalet eller delges tydlig information vara beredda på att patienten har frågor eller undrar över saker som diskuterats tidigare. Enligt socialstyrelsen (2013) är det en förutsättning för god palliativ vård att alla involverade är införstådda med vårdriktningen och vad denna innebär (a.a). Enligt svenska palliativregistret (2015a) är sjuksköterskans närvaro under brytpunktssamtal värdefull. Sjuksköterskor kan stötta patienten samt besvara frågor som eventuellt uppstår efteråt. Att reflektera över samtalet och stämna av med vad som informerades och hur patient och eventuella närstående hanterade innehållet av samtalet. Därav har även läkaren stor hjälp av sjuksköterskan (a.a). Författarna anser att sjuksköterskor bör vara närvarande vid brytpunktssamtal där det sker större förändringar i patientens vårdinriktning. Resultatet enligt McLennon m.fl. (2012) visade sjuksköterskors egna erfarenheter av arbete mellan

patient och läkare var att det fanns tillfällen då det inte påverkade deras arbete negativt utan de upplevde att de kunde förespråka patienterna i brytpunktssamtalet och därmed kunde läkaren klargöra prognos och vårdplanering (a.a). Sjuksköterskor har uttryckt frustration kring otydliga brytpunktssamtal där de inte kan avgöra vad patienten blivit informerade om. I resultatet framkom det att sjuksköterskor har svårt att bemöta patienter vid sådana tillfällen. Sjuksköterskorna upplever att de famlar i mörker (Canzonas m.fl., 2018). Möjligheten att använda sig av en tidigare etablerad relation mellan patient och sjuksköterska under brytpunktssamtalet kan underlätta vid svåra beslut då patienten har förtroende för sjuksköterskan och vågar diskutera sina orosmoment och farhågor (Volker m.fl., 2004.)

I resultatet framkom det att sjuksköterskor undvek att namnge och diskutera patienters tillstånd på grund av att de ansåg att patienterna varit på läkarbesök på andra enheter och därav antog sjuksköterskorna att patienterna blivit informerade av utredande läkare (Valizadeh m.fl. 2014). Brytpunktssamtal underlättar för patienter och närstående genom att i de fall då de fortfarande finns tid och funktion hos patienten att kunna förbereda och klargöra hur de vill ha praktikaliteter efter sin död. Brytpunktssamtalet har därför möjlighet att understryka i vilken riktning sjukdomen utvecklas och vad patienter och närstående behöver förbereda sig på (Wittenberg- Lyles m.fl., 2011).

Relationer

Resultatet visade hur sjuksköterskor betonade vikten av deras yrkesroll i samverkan kring patienter med cancer. I rollen som sjuksköterska inom cancervården krävs samarbete och samlad information inom vårdteamet. Möjligheten att diskutera och planera patientens omvårdnad inom det multidisciplinära teamet kan stötta sjuksköterskornas arbete (Daines m.fl. 2013). I resultatet framkom att det multidisciplinära teamet borde vara delaktiga och bidra kring beslutsprocessen som sedan diskuteras i brytpunktssamtal (Mahon & McAuley, 2010). Sjuksköterskor som arbetade för att hjälpa patienter och närstående att acceptera eller fatta beslut i samband med brytpunktssamtal har ett behov av samlad information kring planering av patientens vård som ger ett helhetsperspektiv. Vilket blir ett väldigt komplicerat och tidskrävande arbete för sjuksköterskorna att samla in (Wittenberg- Lyles m.fl., 2013).

I resultatet framkom att det är av stor vikt för sjuksköterskorna att forma en relation med patienterna där de kunde samtala om viktig information i anslutning till brytpunktssamtal (Mishelmovich m.fl., 2015). Det är ofta sjuksköterskor som får möjligheten att etablera en meningsfull relation med patienten genom den frekventa kontakt de ofta får i samband med behandlingar och omvårdnad (Edwards, 2005). Det är ofta sjuksköterskor som stöttar patienten och närstående under vårdförloppet vilket gör att brytpunktssamtalet påverkar deras arbete med patienter och närstående i samband med brytpunktssamtal (Bumb m.fl., 2017). Information kring hur patienten föredrar att bli vårdad och huruvida det finns särskilda önskemål eller behov bör med fördel samlas in för att göra det möjligt att anpassa vården efter patientens önskemål (Mishelmovich m.fl., 2015).

Sjuksköterskor hade svårt att begränsa intensiteten av deras involvering i patienternas lidande när deras prognos försämrades. Vissa sjuksköterskor behövde distansera sig emotionellt och balansera privata känslor med professionell involvering. Andra sjuksköterskor föredrog att balansera arbetslivet med privatlivet för att orka stötta patienterna (Leung m.fl., 2011). Sjuksköterskor kunde få svårt separera det personliga och privata med det professionella vid

tillfällen då de vårdade patienter som var vid liknande ålder som de själva (Dunniece & Slevin, 2000). Författarna anser att det är svårt att bibehålla balans mellan att skapa en meningsfull relation och att samtidigt begränsa intensiteten av involvering i patienternas lidande. Insikten av att privatlivet är utformat på ett sätt där sjuksköterskor kan återhämta sig emotionellt är viktig.

Författarna anser även att sjuksköterskor bör arbeta effektivt för att involvera närstående i brytpunktssamtal. Närstående har ofta en god kännedom av patienternas vardagliga liv och de eventuella problem som uppstår i patienternas dagliga miljö sådan information kan vara värdefull att ha i åtanke vid planering av förändringar i vårdinriktning.

Sjuksköterskors upplevelser av hopp

Att undvika att delge all information i brytpunktssamtal kan skapa falska förhoppningar kring att bli botad. Ofta önskade patienter att bli informerade sanningsenligt även om prognosen var dålig (Bumb m.fl. 2017). I resultatet framkom det att sjuksköterskor upplevde rädsla för patientens utveckling i samband med att informera sanningen kring patienters sjukdomstillstånd. Rädslan uppstod i samband med uppfattningen att det kunde påverka patienten negativt och orsaka försämring (Valizadeh m.fl. 2014). Resultatet visade att sjuksköterskor kände osäkerhet kring huruvida de i samband med brytpunktssamtal besvarade eventuella frågor sanningsenligt. Sjuksköterskor övervägde om de informerade patienten utförligt, huruvida det kunde påverka patienten negativt genom att ta ifrån patienten allt kvarvarande hopp (Leung m.fl. 2011). Hopp kan fungera som motivation för patienter och närstående. Brytpunktssamtalet kan förstöra de realistiska förhoppningarna kring att bli botad från sjukdomen. Resultatet visade att hopp kan fortleva i form av hopp om längre tid och god funktion under den tid som finns kvar eller också kan det finnas hopp för ett mirakel vilket kan motivera och hjälpa patienter och närstående att kämpa vidare trots negativa besked (Wittenberg- Lyles m.fl., 2011). Författarna anser att hopp är essentiellt för patienterna att orka leva med sin sjukdom och få möjlighet att finna välbefinnande i slutskedet av sitt liv. Det är därför viktigt att sjuksköterskor visar hänsyn till patienternas behov av hopp utan att undanhålla information från patienterna.

KONKLUSION

Sjuksköterskornas kommunikationsarbete underlättas vid tillfällen då de är närvarande i brytpunktssamtal. Den centrala roll sjuksköterskor besitter kring patientens vård och omsorg gör att sjuksköterskor kan förespråka patienten i brytpunktssamtalet på grund av sjuksköterskors breda insyn i patienters tillvaro. Relationen som sjuksköterskor har möjlighet att bygga upp med patienter de träffar kontinuerligt är värdefull vid tillfällen då patienter informeras i anknytning till förändringar i vårdinriktningen. Sjuksköterskor besitter även en värdefull position då de i regel träffar samma patienter ofta och kan besvara eventuella frågor och funderingar efterhand angående vad information som mottagits under brytpunktssamtal innebar samt hur situationen förändrats för patienterna. Sjuksköterskor upplevde problematik kring tidsaspekten då patienter befann sig i livets absoluta slutskede och avsaknaden av information kring patienternas önskan i anknytning till vård i livets slutskede, gjorde att sjuksköterskor upplevde tidspress. Det är viktigt att patienter förstår den information de delgivits för att undvika falska förhoppningar om tid och bot. Det är även viktigt för patienterna att bibehålla hopp kring sjukdomen. Närstående har vid tillfällen då oklarheter kring brytpunktssamtalets innebörd kunnat reagera starkt vilket har skapat

svårigheter i sjuksköterskans arbete. God kommunikation och samverkan inom vårdteamet kunde reducera känslostormar.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Litteraturstudien har gett författarna fördjupad kunskap om vilka upplevelser och erfarenheter sjuksköterskor möter i sitt arbete hos patienter som är aktuella för brytpunktssamtal. Sjuksköterskors upplevelser av vilka utmaningar som måste hanteras under brytpunktssamtal har kunnat identifierats av litteraturstudiens författare. Det kom bland annat fram att det fanns en osäkerhet och rädsla att informera patienten och närstående om negativa prognoser som kan skapa svåra känslor. I resultatet av litteraturstudien har det kommit fram att samtal samt information till patienter med cancer i ett palliativt skede är en komplex del av omvårdnadsarbetet. I rollen att informera patienter och närstående får sjuksköterskor även hantera de svåra känslor som uppstår i samband med det som förmedlas. Vikten av att sjuksköterskor då har en god kommunikation och en nära relation till patienten är något som har belysts i resultatet. Denna litteraturstudie belyser även sjuksköterskors behov av att få fler verktyg till ett lyckat brytpunktssamtal, men även vikten av samverkan mellan sjuksköterskor, närstående och läkare för att uppnå ett samförstånd. Detta är inte minst viktigt gällande sjuksköterskors uppgift att ge patienten en personcentrerad omvårdnad.

En ökad kunskap och förståelse för det som sjuksköterskor upplever är en utmaning med brytpunktssamtal kan vara en grund till förbättringsarbete. Därför hade fler forskning inom detta ämnesområde varit önskvärt. Detta hade i sin tur kunnat leda till att sjuksköterskor kunde få ökad trygghet i sin roll att besvara patientens svåra frågor om det som berör livets slutskede. Ytterligare forskning hade kunnat vara till grund för ett förbättringsarbete som lägger fokus på hur sjuksköterskor kan hantera kommunikation som handlar om att ge svåra och negativa besked. Kanske hade en fortsatt kunskapsutveckling lett till fler verktyg för sjuksköterskor att använda sig av för att förbättra kommunikation och samverkan med patienter. Kunskapsutvecklingen hade kunnat vara av vikt för att öka tryggheten hos sjuksköterskor att våga samtala om svåra ämnen som med patienter och närstående.

REFERENSER

- Berlin, J (2013). *Teamarbete- ett livsviktigt samspel*. I: Leksell, J & Lepp, M. (red) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1a upplagan. Stockholm: Liber AB.
- *Boyd D., Merkh K., Rutledge N.D. and Randall V., 2011. Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*, 38 (3), pp. E229 – E239.
- *Bumb M., Keefe J., Miller L. and Overcash J., 2017. Breaking Bad News. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (5), pp. 573- 580.
- **Canzona R.M., Love D., Barrett R., Henley J., Bridges S., Koontz A., Nelson S., Daya S. 2018. "Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *Journal of Clinical Nursing*, 2018 (27), pp. 4158- 4167.
- Cavalli – Björkman N., 2014. *Vård av våra sjukaste hur ska doktorn orka?* Lund: Studentlitteratur AB.
- *Cramer F C., 2009. To Live Until You Die, Quality of Life at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), pp. 53 – 56.
- *Daines P., Stilos K., Moura S., Fitch M., McAndrew A., Gill A. and Wright F., 2013. Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), pp. 593- 598.
- ** Dunnicue U., Slevin E. 2000. Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), pp. 611-618.
- *Edwards P., 2005. An overview of the end-of-life discussion. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (1), pp. 21- 27.
- Fridegren I., Lyckander S., 2013. *Palliativ Vård*. Liber AB. 3e upplagan.
- **Leung D., Esplen J.M., Howell D., Rodin G., Fitch M. 2011. How haematological cancer nurses experience the threat of patient's mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), pp. 2175- 2184.
- Liljeqvist, D & Törnqvist, E (2013). *Informatik och eHälsa*. I: Leksell, J & Lepp, M. (red) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1a upplagan. Stockholm: Liber AB.
- **Mahon M.M., McAuley J.W. 2010. Oncology nurses' personal understandings about palliative care. *Oncology nursing Forum*, 37(3), pp. E141 – E150.
- Malmquist J., Lundh B., 2016. *Medicinska ord det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- McCance, T & McCormack, B (2013). *Personcentrerad omvårdnad*. I: Leksell, J & Lepp, M. (red) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1a upplagan. Stockholm: Liber AB.
- **McLennon M.S., Lasiter S., Miller R.W., Amlin K., Chamness R.A., Helft R.P. 2012. Oncology nurses' experiences with prognosis-related communication with patients who have advanced cancer. *Nurs Outlook*. 2013(61), pp. 428- 436.
- **Mishelmovich 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, 2016(21), pp. 153- 159.

Nationella rådet för palliativ vård, 2017. *Vad är palliativ vård?* [Webpage] <https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/> [Accessed 2 November 2018].

Patientlag, 2014:821. Kap 3 § 1 & 2.

**Pettersson M., Hedström M., Höglund T.A. 2014. Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*, 21 (8).

Polit & Beck (2014), *Essentials of nursing research - appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sandberg H., 2014. *Sjuksköterskans samtal professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur AB.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2014. *Metod för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. [pdf] Stockholm: SBU Available at: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_relevans.pdf [Accessed 2 November 2018].

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017. *Litteratursökning*, [pdf] Stockholm: SBU Available at: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf [Accessed 1 January 2019].

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017. *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. [pdf]. Stockholm: SBU. Available at: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf [Accessed 28 November 2018].

Schuster, M (2013). *Det mellanmänskliga mötet - vårdandets existentiella dimension*. I: Leksell, J & Lepp, M. (red) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1a upplagan. Stockholm: Liber AB.

Socialstyrelsen, 2013. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. [pdf] Västerås: Edita Västra Aros. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf> [Accessed 1 November 2018].

Svenska Palliativregistret, 2015. *Vad bör ett brytpunktssamtal innehålla och när ska det genomföras?* [pdf] Kalmar: Svenska Palliativregistret. Available at: <http://media.palliativ.se/2015/08/Brytpunkt20111.pdf> [accessed 27 October 2018].

Svenska Palliativregistret, 2015a. *Brytpunktsbedömning och brytpunktsamtal - lathund för läkare* [pdf] Accessed at: <http://media.palliativ.se/2015/08/BPS-slutversion-131119.pdf> [viewed: 14 November 2018].

Svenska Palliativregistret, 2015b. *Vad bör ett brytpunktssamtal innehålla och när ska det genomföras?* [pdf] Viewed at: <http://media.palliativ.se/2015/08/Brytpunkt20111.pdf> [viewed: 14 november 2018].

** Tan Y.Y, Blackford J. 2015. Rapid discharge': issues for hospital-based nurses in discharging cancer patients home to die. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp.

2601- 2610.

**Valizadeh L., Zamanzadeh V., Sayadi L., Taleghani F., Howard A.F., Jeddian A. 2014. Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 21(5), pp. 519-529.

*Volker L.D., Kahn D. and Penticuff H.J., 2004. Patient Control and End-of-Life Care Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31 (5), pp. 945- 953.

*Warnock C., 2014. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), pp. 51- 57.

Willman A., Stoltz P. and Bahtsevani C., 2011. *EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

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), pp. 304- 310.

** Wittenberg – Lyles E., Goldsmith J., Ferrell B. 2013. Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), pp. 152- 158.

World health Organization, 2004 [pdf] Accessed at:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf?ua=1
[viewed: 13 november 2018]

*Vetenskapliga artiklar i bakgrunden

** Vetenskapliga artiklar i resultatet.

BILAGA 1

Author Year Country	Purpose of Study	Participants	Method	Results	Quality of Study.
Canzona R.M., Love D., Barrett R., Henley J., Bridges S. & Koontz A. 2018 United states of America.	Investigate challenges nurses face when providing care for oncology patients transitioning from curative to palliative care and to identify educational and support for nurses.	28 nurses participated. 14 worked in oncology and 14 worked in palliative care settings.	Data was collected through semi structured interviews conducted over telephone. Open ended questions was used. To analyse the data the constant comparative method was used.	Four themes were identified in the study. Nurses experienced challenges related to patients reactions, family relationships and emotional burden of end of life care.	High Strengths: Themes reached saturation. Weakness: Can not be generalised to a wider population. May merge and diverge with other clinical contexts.
Dunniece U. & Slevin E. 000. Ireland	Describes the experiences of nurses who were present with a patient when they received a diagnosis of cancer, cancer recurrence or prognosis of terminal cancer	Six nurses who had experience of caring for patients with cancer in an acute surgical setting.	Semi-structured interviews were conducted Data were analysed using a phenomenological descriptive approach	Seven core themes emerged. The major findings emphasized on nurses that were present when patients received a diagnose of cancer had a deep and profound experience.	Medium. Strength: An in-depth study of the experience of nurses who were present when patients received a cancer diagnosis Weakness: Study was performed 18 years ago which may affect its value in terms of how the process has changed since then.

<p>Leung D., Esplen J.M., Peter E., Howell D., Rodin G. & Fitch M. 2011 Canada</p>	<p>Explores how cancer nurses experienced the threat of patients' mortality on malignant haematology units of one institution in Ontario, Canada.</p>	<p>Nineteen registered nurses were recruited from two inpatient bone marrow transplant units.</p>	<p>Interpretive phenomenology. By analysing individual interviews and observations. To move from a descriptive to interpretive explanation of the data a thematic analysis and hermeneutic circle were used. By mapping out chunks of text named and put into patterns Thematic analysis supported descriptive comprehension and synthesis. Theoretical analysis involved examining the intentions of nurses' actions in the context of their stories.</p>	<p>The major findings emphasized nurses' internal conflict related to their simultaneous need to help patients fight their disease and to prepare them for the possibility of letting go.</p>	<p>High Strength: Findings can be transferable to other settings where patients experience lifethreatening or serious enduring illnesses Weakness: Participants included 18 women and only one man</p>
<p>Mahon M.M. & McAuley J.W. 2010 United States of America</p>	<p>Examine how oncology nurses define palliative care, views about who should and should not receive palliative care, and beliefs about palliative care decision making, including who should be involved and how decisions should be managed.</p>	<p>12 nurses within different aspects of oncology nursing.</p>	<p>An interview guide was employed to ensure that specific topics were covered. Interviews were transcribed verbatim. Qualitative analysis consisted of independent, multiple reviews of the transcripts to share</p>	<p>Three themes that resulted from the questions were relatively narrow and simple. Confusion between palliative care and hospice care. What type of patients and at what stage</p>	<p>High Strenghts: In depth questions to comprehend personal understandings. Weakness: Nurses were handed a lits of areas of concern that should be addressed. By</p>

			initial findings and identify, refine, and reach consensus on major themes and subthemes.	they should receive palliative care. Who should make decisions about palliative care was considered patient and or the physician.	doing so the nurses might have been lead into their answers by the list rather than speaking freely out of their own thought process.
McLennon M.S. Laister S., Miller R.W., Amlin K., Chamness R.A. & Helft R.P. 2012 United States of America.	To describe nurses' experiences with prognosis related communication with patients who have advanced cancer.	27 registered nurses with at least 1 year experience of oncology nursing currently working in an oncology setting.	Audio recorded interviews that was thematic analysed. After data coding themes was identified and a thematic map developed.	Six themes was identified. Shortcomings in prognosis related communication with patient who have advanced cancer may contribute to negative outcomes between nurse and patient.	High Strengths: Large amounts of participation. Focus on providing a diverse group of participants. Recruitment of participants was performed in a systematic recruitment process were all interested that fit the criteria was considered early in the recruitment process. Weakness: The findings may not be transferable to other populations of oncology nurses.
Mishelmovich N., Arber A. & Odelius A 2015	Explore specialist cancer and palliative care nurses experience of delivering significant news to patients with advanced cancer.	10 clinical nurse specialists working in one acute trust.	Semi structured interviews	Four themes emerged. The major findings emphasized that clinical nurse specialists has	High Strength: The findings may be transferable to nurses working in cancer and palliative care.

United Kingdom				become more directly involved in breaking significant news to those with advanced cancer.	Weakness: Only female participants.
Pettersson M, Hedström M & Höglund T.A. 2014. Sweden.	To investigate haematology and oncology nurses experience and perception of DNR orders, in order to achieve better understanding of the nurses	15 nurses from 8 wards in 4 different hospitals in Sweden working with haematology and oncology patients for at least 1 year in the department	Data was collected through conducted interviews, recorded and transcribed verbatim. Data was analysed using thematic content analysis.	Hindrances for good care were identified by nurses as; unclear and poorly documented decisions. Uninformed patients and relatives. Disagreements between caregiver and family. Nurses expressed a need for ongoing discussion on DNR decisions including all concerned parties.	High Strengths: Different ages on participant and gender. They have worked on the ward for mixed amount of time but at least 1 year. Good amount of participant and tried about questions before in pilot. Weakness: Participation through manager might effect their decision in regards of participation.
Tan Y.Y., & Blackford J. 2015 Singapore	To explore issues for hospital-based nurses in arranging rapid home discharge for imminently dying cancer patients in a Singapore acute hospital.	14 nurses of which 13 were female. They had coordinated terminal discharge of a cancer patient. Was working on the designated ward and had at least one year	Purposive sampling, from an oncology ward in a Singapore hospital recruited to participate in individual, semi-structured interviews Quantitative study.	Findings included the limited amount of time to prepare and get everything ready. Conversations around prognosis and place of death was performed late or absent.	High Strengths: The authors state the limitations of the study. Weakness: Findings may not be applicable in other

		experience within oncology care.		Terminal discharge in the last minute, how to prepare the family for end of life care at home.	patient populations or settings.
Valizadeh L., Zamanzadeh V., Sayadi L., Taleghani F., Howard A.F. & Jeddian A. 2014 Iran	Explore the experiences and strategies used by Iranian nurses related to truth-telling and communicating bad news to hematopoietic stem cell transplantation patients.	The participants included 10 nurses from the adult HSCT wards, 2 from the pediatrics HSCT ward, and 6 from the hematology-oncology wards. All were women, aged 25–53 years, and their work experience in HSCT patient care ranged from 1 to 21 years.	Content analysis methods, coding categories in the study were derived directly and inductively from the interview data. interview was reviewed several times to obtain a sense of the whole and was coded line by line to identify the subcategories.	Two main themes and seven subthemes emerged. Iranian HSCT nurses used several strategies to not talk to patients about their disease and potential negative outcomes. Practice guidelines needs to be developed to further guide HSCT nurses.	Medium Strength: An evident description of the categories and concepts that describe the HSCT nurses experience Weakness: Interviews was conducted in Persian language and later translated into English. This could have effect on the content. Only female participants.
Wittenberg-Lyles E., Goldsmith J. & Ferrell B. 2013 United States of America.	Explore communication barriers reported by seven nurse managers to identify communication skills needed for oncology nurses to practice patient centred care.	7 Oncology clinical care supervisors and managers recruited by personal invitation. Focus group .	Nurses was prompted to share their thoughts on the role of nurse communication throughout the cancer trajectory. Focus group. Transcripts produced through audio tapes.	Two identified themes: Communication barriers and importance of patient centred communication skills. Additional research should explore content for nurse	Medium. Strengths: Transcripts produced from audio tapes recorded during focus group session. Usage of theme analysis. Weakness: All participants were women.

				communication training and curriculum assessment.	Nurse managers perception of nurses communication skills. Results would be stronger if participants used their own profession as outline for the questions.
--	--	--	--	---	---

BILAGA 2

Exempel på struktur för brytpunktssamtal	
Tid	Att boka en tid i förväg ger patienten möjlighet att förbereda sig samt ta med någon närstående. Fördelaktigt om även omvårdnadsansvarig har möjlighet att delta.
Plats	Boka en passande lokal fördel med lugn miljö utan störningsmoment.
Förberedelser	Det är viktigt att både medicinskt ansvarig och omvårdnadsansvarig är väl pålästa om patientens sjukdomshistoria och kan stötta varandra under samtalets gång.
Plan	Att i förväg ha en agenda av vad som behöver tas upp. Kan vara HLR status, nutrition, behandling, smärtstatus etc.
Samtalet	Var lyhörd, tydlig, trovärdig, ge hopp, pausa ofta, ge utrymme för känslouttryck och sammanfatta. Fördelaktigt om det planeras in uppföljning om patienten befinner sig sent i slutfasen och inga fler intentioner planeras kan en kort telefonavstämning bokas för att patienten inte ska känna sig bortglömd.
Dokumentera	Dokumentera enligt lokala rutiner.
Reflektera	Över tankar och känslor med personal som deltagit.

(Tabellen är skapad utifrån information hämtad från Svenska Palliativregistret, 2015a)

BILAGA 3

Exempel på hur en cancerpatients sjukdomsförlopp kan se ut.				
	Symtom →	Presentation →	Utredning →	Diagnos →
Kurativ fas	Progress sjukdom →	Kan inte längre botas. Brytpunkt		
Tidig palliativ fas	Underhålls behandling →	Progress sjukdom →	Inga fler behandlingsalternativ. Brytpunkt	
Sen palliativ fas	Behandling av symtom	Progress → Brytpunkt	Död.	

Orangefärgade fält är tillfällen då brytpunktssamtal kan behöva planeras.

BILAGA 4

Databas	Sökblock	Inklusionskriterier	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal granskade Artiklar	Antal valda Artiklar
CINAHL	Nurses experience AND communication AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	63	63	3	3	2
PubMed	Nurses experience AND communication AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	313	313	8	7	3
CINAHL	Nurse experiences AND end of life communication AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	5	5	1	0	0
PubMed	Nurse experiences AND end of life communication AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	29	29	5	5	1

CINAHL	Nurses experience AND descision making AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	33	33	3	2	0
PubMed	Nurses experience AND descision making AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	140	140	3	3	1
CINAHL	Nurse patient-relations AND truth disclosure AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	13	13	13	0	0
PubMed	Nurse patient-relations AND truth disclosure AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	112	112	3	3	2
CINAHL	Nurses experience AND transition to palliative care AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterskans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	2	2	2	2	0

PubMed	Nurses experience AND transition to palliative care AND oncology	Kvalitativa studier, sjuksköterkans perspektiv, samtal gällande livets slutskede, patienter med cancer, patienter över 18 år, text på svenska eller engelska	10	10	2	2	1
TOTALT			720	720	43	27	10