

Kommunikation mellan sjuksköterska och patient

En viktig del i vårdmötet

FÖRFATTARE	Malin Bengtsson Charlotte Brems
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad OM 5250 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Mollberg
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Kommunikation mellan sjuksköterska och patient En viktig del i vårdmötet
Title:	Communication between nurse and patient An important part of the healthcare encounter
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Kursbeteckning:	OM 5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Malin Bengtsson Charlotte Brems
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Tommy Johnsson

SAMMANFATTNING

Kommunikation är en central del i vårdmötet mellan sjuksköterska och patient. Det finns flera anledningar till att kommunikationen måste fungera, för att patienten ska få möjlighet att vara delaktig i vården och för att få information om behandling.

Syftet med arbetet är att kartlägga vad som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. **Metoden** är en litteraturstudie baserad på 13 artiklar som vi fick fram via sökning i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus.

Kvalitetsgranskning har utförts utifrån kriterier utformade efter Willman, Stolt och Bahtsevanis (2011) mall. **Resultatet** I resultatet framkom fyra teman:

kommunikation nödvändig för att bygga en relation, kommunikationen är inte personcentrerad, patientens syn på kommunikation och kommunikationshinder. Resultatet visar att sjuksköterskorna har kunskap om hur kommunikation skall utföras. För att kommunikationen ska vara så god som möjligt krävs en relation mellan sjuksköterska och patient. Resultatet av studien visar även att det finns flera faktorer som spelar in på hur kommunikationen utförs, så som tidsbrist, barriärer hos sjuksköterska, patient eller läkare samt organisationens upplevda krav och förväntningar. Resultatet visar även på att sjuksköterskornas och patienternas syn på kommunikationen är lika. **Slutsats** För att kunna kommunicera på ett bra och effektivt sätt behövs det en relation mellan patient och sjuksköterska. För att kunna bygga en bra relation behövs kontinuitet bland sjuksköterskorna, en gemensam värdegrund, respekt och ett gott bemötande. Kunskapen för det goda samtalet finns bland sjuksköterskorna men upplevd tidsbrist och organisatoriska krav leder till att kommunikationen med patienterna försummas.

Nyckelord: kommunikation, relation, personcentrerad vård, kommunikationshinder

FÖRORD

Vi vill tacka Malins svärfar Teologie Dr Ingvar Bengtsson för det goda stödet och hjälpen med att granska vår text. Ingvar har under hela arbetet gång kommit med konstruktiv kritik och stöttning som hjälpt oss framåt i vårt skrivande.

Malin Bengtsson och Charlotte Brems, Göteborg 7 maj 2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
KOMMUNIKATION	1
Verbal och icke-verbal kommunikation	1
Verbal kommunikation.....	1
Icke-verbal kommunikation	2
Kommunikationsmodeller	2
Vad är ett samtal	2
Hinder för det goda samtalet	3
PERSONCENTRERAD VÅRD	3
Kommunikation inom vården.....	4
Individuellt anpassad information	4
Att lyssna.....	5
Delaktighet.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
DATAINSAMLING	6
DATAANALYS	7
FORSKNINGSETISKT GRANSKADE	8
RESULTAT	8
KOMMUNIKATION FÖR ATT BYGGA EN RELATION	8
Värdighet.....	9
Respekt.....	9
Bemötande.....	10
KOMMUNIKATION OCH PERSONCENTRERAD VÅRD	10
PATIENTENS SYN PÅ KOMMUNIKATION	11
Ålderns betydelse för kommunikation	12
KOMMUNIKATIONSHINDER	12
Barriärer hos sjuksköterskan	12
Barriärer hos patienten.....	12
Barriärer skapade av läkare	13
Tidsbegränsning som kommunikationsbarriär	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Relation som leder till kommunikation.....	16
Personcentrering	16
Upplevd brist på tid	18
SLUTSATS	18
REFERENSER	20

Bilaga 1 - Databassökning

Bilaga 2a - Granskningsmall för kvantitativa artiklar

Bilaga 2b - Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Bilaga 3 - Mall för kvalitetsgranskning

Bilaga 4 - Artikelöversikt

INLEDNING

Många personer som träffat vårdpersonal har gått från vårdmötet och funderat på vad som egentligen blev sagt. ”Vad sa läkaren, vad menade sjuksköterskan och hur sa sjukgymnasten att jag skulle göra den här övningen?” Kommunikation i vården sker både mellan vårdgivare och patient och mellan de olika yrkesgrupperna inom vården. I alla leden kan det gå fel och kommunikationen kan leda till missförstånd när det gäller exempelvis medicinering, omläggningar och träningsprogram. Problemet med bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patienter kan få allvarliga konsekvenser. Kommunikationsproblem kan exempelvis bestå av dålig språkkunskap, ett icke anpassat språk eller hinder mellan dem som kommunicerar.

Vi har under våra verksamhetsförlagda utbildningsperioder kunnat se exempel på att kommunikationen inte fungerar i den aktuella vårdsituationen. Vi har också båda arbetat inom hemtjänsten. Vi har även i den vårdsituationen märkt att patienterna inte alltid har förstått, eller kommit ihåg, de instruktioner de fått med sig hem från sjukhuset. Mot bakgrund av våra erfarenheter och vårt intresse har vi valt att fokusera vår uppsats på kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

BAKGRUND

KOMMUNIKATION

Kommunikation kan i den enklaste formen beskrivas som ett utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Inom vården kommunicerar vi i en relation. Begreppet relation kommer från latinets ”relatio” som anger att ett objekt står i förbindelse med ett annat objekt. Denna typ av kommunikation är en process med minst tre element, två personer och de tecken eller det budskap som förmedlas mellan dem. Dessa personer har ett ömsesidigt påverkans- och utbytesförhållande till varandra och budskapet kan bestå av flera typer av tecken (Eide & Eide, 2009). Rimal och Lapinski (2009) menar att kommunikation är hjärtat i vår mänsklighet. Det är vårt sätt att utbyta information och det visar också på vår symboliska kapacitet. Kommunikationen fyller en avgörande roll i förmågan att skaffa oss kunskap men den fyller också en rituell funktion som speglar människor som medlemmar av en social gemenskap. Kommunikation kan alltså definieras som det symboliska utbytet av delade meningar och alla kommunikativa akter har både en överföringskomponent och en rituell komponent.

Verbal och icke-verbal kommunikation

Kommunikation kan vara både verbal och icke-verbal.

Verbal kommunikation

Fossum (2007) och Eide och Eide (2009) menar att det verbala uttrycket handlar om de ord som kommer till uttryck men kan också handla om det som inte sägs med ord. Nilsson och Waldemarson (2007) benämner det som det ”insagda”, vilket är det som sägs mellan raderna eller som är osagt men som ändå sägs med tonläge, betoningar, röstläge och pauser. Eide och Eide (2009) menar också att ord sällan är entydiga, vilket leder till att orden måste tolkas. De kan vara dubbelbottnade, spydiga, ironiska,

vänliga, sårande och fientliga. Orden måste förstås i sitt sammanhang och även tolkas efter hur de uttalas.

Icke-verbal kommunikation

Icke-verbal kommunikation består av flera olika delmoment såsom ansiktsuttryck, kroppsspråk, ögonkontakt, röstläge och beröring. Genom rörelser förmedlas också ett budskap. Det kan vara stora rörelser och gester eller bara små uttryck i ansiktet. Genom olika kroppsrörelser förstärks ofta omedvetet det som förmedlas. Men det kan också ge ett motsägelsefullt intryck på den person som lyssnar eftersom kroppen kan säga en sak och orden en annan sak. Det är av vikt att vara medveten om vad vårt kroppsspråk säger när vi kommunicerar (Baggens & Sandén, 2009).

Kommunikationsmodeller

Den enklaste av kommunikationsmodellerna beskrivs som en sändare och en mottagare och mellan dessa två finns ett brus, en störning som påverkar kommunikationen. Detta är en mycket förenklad modell då den kan ses som asymmetrisk, det vill säga att kommunikationen går åt ett håll och blir ensidig. För att kommunicera inom vården finns det modeller som är mer användbara, till exempel self-efficacy och patient-centrering (Fossum, 2007). Enligt Fossum handlar self-efficacy om tilltron till den egna förmågan, det vill säga vilken tro individen har på att genomföra en handling i en viss situation. Som sjuksköterska gäller det att stärka denna tilltro hos patienten. Har patienten ingen tilltro till att klara en handling så försämras möjligheten till att handlingen kommer att lyckas. Enligt Larsson, Palm och Rahle Hasselbalch (2008) klarar en person med hög self-efficacy större utmaningar än en person med låg self-efficacy. Personer med hög self-efficacy klarar av att anstränga sig mer och klarar motgång mycket bättre än de med låg self-efficacy. De senare ger lättare upp och har en större känsla av misslyckande, vilket kan leda till ökad oro och nedstämdhet hos dessa personer.

Fossum (2007) menar att patient-centrering handlar om att se komplexiteten när det gäller kommunikation i vården. En sjukdom kan ses både objektivt och subjektivt. Disease är det objektiva begreppet vilket är det medicinskt definierade tillståndet för en sjukdom som kan undersökas genom anamnes och ses genom exempelvis blodprov och röntgen. Det subjektiva, illness, är patientens sätt att uppleva sin sjukdom och de obehag denna medför. För att kommunicera på ett bra och tydligt sätt gäller det för vårdpersonalen att ta reda på både disease och illness. Patienten har ofta en förförståelse om vad sjukdomsbesvären beror på och för att uppnå en ömsesidighet gäller det som vårdgivare att ta reda på patientens tankar om symtomen. Samtidigt behöver patienten få tillfälle att förstå vårdgivarens uppfattning om disease. Genom att förstå båda sidor ökar möjligheten för att få en god relation mellan parterna och komma till gemensamma beslut om vård och behandling.

Vad är ett samtal

Skillnaden mellan samtal och annan typ av kommunikation kan vara svår att definiera. Enligt Fossum (2007) är de flesta samtalen kunskapssökande. Människor talar med varandra för att få ny kunskap och på detta sätt förs samtalet vidare. Samtalet ses oftast som en symmetrisk relation där båda parter är involverade, till skillnad från prat där en person kan tala utan att involvera den andra parten och talar utan något unikt innehåll. Samtalet fokuserar oftast på innehåll, vad samtalet ska handla om, men det innebär också ett möte och ett verbalt utbyte som i regel sker på ett gemensamt språk. Varje samtal är speciellt och existerar beroende av sitt

sammanhang, sina deltagare och sina villkor. För alla samtal finns det vissa karakteristiska kännetecken; man går in i ett samtal med någon form av förförståelse. Samtal uppstår på olika nivåer eller universellt. Varje samtal är inneslutet i andra samtal vilket betyder att inget samtal är en enskild händelse. Varje samtal har syfte, förväntningar och avsikter som alla de involverade bidrar med. Varje talat samtal innehåller även inre, parallellt pågående tysta samtal inom varje deltagare.

Hinder för det goda samtalet

Det är inte alltid kommunikationen fungerar mellan patienter och sjuksköterskor. Detta kan ha flera olika orsaker. En studie av McCabe (2004) visar att sjuksköterskor har en god kunskap för en tydlig kommunikation med patienten men att de kan känna att de inte har tillräckligt med tid till att utföra den. De är så fokuserade på att utföra den praktiska omvårdnaden, såsom såromläggning eller medicinadministrering, att de missar att kommunicera med patienten. Därigenom missar de att se och reflektera över helheten av patientens välmående. McCabe (2004) pekar på att detta kan vara en ledningsfråga som handlar om hur kommunikation och samtal värderas i relation till praktisk omvårdnad. Sitter sjuksköterskorna hos patienterna och samtalar så anses det ofta ta för mycket tid i anspråk.

Det kan även finnas mer praktiska orsaker till att kommunikationen brister vad gäller språket. Patienten hade kanske behövt en tolk eller så missar sjuksköterskan att anpassa sitt språk efter patientens behov. Även brist på utrustning kan vara ett hinder då individen som söker vård hör dåligt eller inte ser ordentligt. Det är många delar som skall fungera för att det skall bli en god kommunikation där båda parter får en god utdelning av samtalet (Carlsson, 2009).

Fossum (2007) menar att det är viktigt att tänka på språkbruket vid kommunikation inom sjukvården. Dialekter och brytningar kan göra det svårt för vissa patienter att förstå vårdpersonalen. Även rösten och tonfallet är av stor vikt. Låter sjuksköterskan stressad inbjuder inte det patienten till att ställa frågor eller berätta om saker som kräver tid och engagemang. Som vårdpersonal är det lätt att använda sig av medicinska uttryck och sjukhusslang såsom ”ta blod”, ”sätta nål” eller ”ta socker”. För den som inte är insatt är det lätt att missförstå, vilket i förlängningen kan skapa missuppfattning och onödig oro.

PERSONCENTRERAD VÅRD

Personcentrerad vård är en vård som strävar efter att se hela personen, såväl de andliga, sociala, psykiska som de fysiska behoven. Personen är inte enbart en individ utan finns i ett sammanhang, ett socialt sammanhang där personen är beroende av sin partner, sina närstående eller andra för denne person betydelsefulla personer. Vid personcentrerad vård inkluderas även dessa personer i begreppet. Hälsa och ohälsa är sällan något som påverkar enbart individen utan hela det sociala nätverk som gör individen till den person han eller hon är. Vid personcentrerad vård är personens egen upplevelse av sjukdom och ohälsa, illness, lika viktigt som vårdgivarnas perspektiv på sjukdomen och ohälsan, disease. Detta betraktelsesätt bör få till följd att personens eget perspektiv på sin ohälsa ges lika stor vikt som det professionella perspektivet. En personcentrerad vård innebär att ge personen de bästa möjliga förutsättningarna till att göra adekvata och optimala val i relation till sin hälsa. Det innebär också en bevarad respekt även om personen inte gör de val som

vårdpersonalen själva skulle ha gjort och som kan anses vara evidensbaserade (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Vid personcentrerad vård är fokus på patienten som person. Det gäller att se hela personen och inte bara den sjuka delen av kroppen. Patienten är en person och inte ett benbrott på sal två eller han med diabetes. Genom att inte använda dessa uttryck ökar möjligheterna hos personalen att se hela personen och inte bara det sjuka. När sjuksköterskan ser en person framför sig och inte bara en patient med en diagnos, ökar möjligheterna till att sjuksköterskan ger en god omvårdnad och lyssnar till patientens hela behov. Sjuksköterskan måste låta varje individ få styra sin vård och låta personen ge uttryck för vad som är viktigt för just denne individ. På detta sätt får sjuksköterskan en ökad förståelse för personen bakom patienten och hur just denne person upplever sin sjukdom. Genom att använda sig av personcentrerad vård ger sjuksköterskan patienten bekräftelse och respekt för vad som är viktigt för att just denne person ska uppnå god hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Kommunikation inom vården

God kommunikation är en av de viktiga hörnstenarna i en sjuksköterskas arbete. Om sjuksköterskan inte kan kommunicera med sina patienter på ett för dem begripligt sätt är risken stor att det som förmedlas inte kommer fram i sin helhet till patienten. En fråga som ofta ställs bland vårdpersonal är varför patienten inte gör som de blivit tillsagda. Frågan som egentligen borde ställas är: vad borde jag som sjuksköterska ha gjort annorlunda för att göra det lättare för patienten att göra det som är bäst för denne? Det är lätt att som vårdpersonal säga att det är en icke-följsam patient istället för att vara lyhörd för om patienten har fått fullgod information som denne har kunnat ta till sig (Hansson Sherman & Friberg, 2009). Genom god kommunikation ges patienten större möjlighet att fatta adekvata beslut utifrån den kunskap denne fått om sina valmöjligheter. Patienten har ett egenansvar för de beslut som denne fattar angående sin vård, men för att kunna fatta dessa beslut riktigt behövs tillräckligt med adekvat kunskap. En sådan kunskap kan patienten i allmänhet få genom en god kommunikation med den vårdpersonal som har hand om patienten ifråga (Hansson Scherman & Runesson, 2009; Socialstyrelsen, 2012). Det ställs stora krav på att vårdpersonalen kan kommunicera på rätt sätt. Vårdpersonal ställs inför många olika personer som alla har olika förutsättningar att ta till sig den information som ges (Fossum, 2007).

Individuellt anpassad information

Informationen är individuellt anpassad om den förmedlas på ett sätt som passar den individs förmåga som skall ta emot informationen. All information måste därför anpassas till patientens hälsotillstånd, mognad, erfarenheter, språkkunskaper, kulturella aspekter, eventuell funktionsnedsättning och kognitiva förmåga. För att veta att informationen är individuellt anpassad bör den som ger informationen kontrollera med följdfrågor och återkoppling att informationen har tagits emot på rätt sätt. Har detta inte skett behöver den ges på nytt och kanske på ett annat sätt. Det är viktigt att få veta vilka förväntningar patienten har på sin vård då detta spelar stor roll i hur vården skall förmedlas och hur kommunikationen ska vara. Den information som ges till patienten är viktig eftersom den skall vara anpassad för just denne person. Detta är nödvändigt för att patientsäkerheten skall kunna uppfyllas (Socialstyrelsen, 2012).

Att lyssna

I yrket som sjuksköterska är de personliga mötena med patienter många. Det är hela tiden viktigt att i varje möte känna av personen framför sig för att kunna lämna information på rätt sätt (Swenurse, 2010). Lyssnandet utgör basen till en god kommunikation. Vår förmåga att lyssna är något som vi utvecklar över tid genom övning och goda förebilder, och inte minst genom den goda upplevelsen av att själv ha blivit lyssnad till. Genom lyssnandet visas ett intresse för patienten och vad som är bäst för denne. Det handlar om att ta del av patientens berättelse utan att ha förutfattade meningar om denne. Därigenom ökar möjligheten att kunna dela med sig av sin egen kunskap på ett sätt som passar just denne person (Andersson, 2007). En patient som blir lyssnad på känner sig ”sedd”, vilket leder till en ökad trygghet. Patientens och dennes tankar bekräftas därigenom. Detta kan minska den stress och oro som patienten upplever, vilket medverkar till att läkeförmågan förbättras. Både stress och oro försämrar läkningen och påverkar immunförsvaret negativt vilket i sin tur kan leda till längre vårdtid (Enqvist, 2007).

Eide och Eide (2009) menar att vi genom aktivt lyssnande visar uppmärksamhet, både genom vårt kroppsspråk men också genom att svara med små ord såsom ja, nej, ok eller hummande. På detta sätt uppmuntras den vi lyssnar på till fortsatt berättande. Delaktighet och intresse i berättelsen kan också visas genom att ställa frågor. När vi visar känslor för patientens berättelse visar det för patienten att vi förstår patientens känslor över det denne berättar. Genom att sammanfatta patientens berättelse visar vi att vi har uppfattat berättelsen riktigt vilket också ger patienten en möjlighet att korrigerar sådant som vi kan ha uppfattat fel. Nilsson och Waldermarson (2007) poängterar att enbart höra på vad den andra personen säger är inte samma sak som att lyssna. Att lyssna innebär att vara uppmärksam på både det som sägs men också på all icke-verbal kommunikation. Sjuksköterskan ska lyssna till det som sägs men också till det osagda, det vill säga det som den andra personen undviker medvetet eller omedvetet.

Lyssnande, och så även tystnad, kan användas på flera olika sätt. Genom tystnad och kroppsspråk kan patienten uppmanas att berätta vidare. Det signalerar även att jag begrunder det som du berättat och tar det till mig. Tystnad kan även användas på andra sätt i kommunikationen, den ger möjlighet till reflektion för de deltagande. Den kan även ge ökad möjlighet att hantera känslor för att orka gå vidare i samtalet. Det är också ett sätt att visa för den andre att det är dennes tur att fortsätta samtalet (Eide & Eide, 2009).

Delaktighet

Med delaktighet menas att alla patienter har rätt att ta del i de beslut som fattas angående deras egen vård och behandling. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) ska alla patienter ges möjlighet att uttrycka sin vilja och på så sätt kunna vara delaktiga i de beslut som fattas rörande deras vård. Detta innebär att alla patienter måste få individuellt anpassad information så att de förstår innebörden av den vård som erbjuds eller de olika alternativ för behandling som finns. Eldh (2009) menar att patienten ges en känsla av autonomi genom att de kan vara delaktiga i sin vård. För att detta ska vara möjligt måste en relation skapas mellan vårdgivare och patient och denna relation etableras med hjälp av kommunikation. Genom relationen får sjuksköterskan den kunskap om patienten som behövs för att kunna ge patienten information på den nivå som passar just patienten ifråga. Det är viktigt för patienten

att informationen förmedlas på rätt nivå för att patienten ska kunna vara delaktig i sin egen vård. Enligt Larsson et al. (2008) ställs det större krav på ett individanpassat bemötande och på delaktighet än tidigare då patienterna förväntades vara nöjda och tåliga. Det finns också ett tydligt samband mellan hur patienten förmår ta till sig informationen, känslan av trygghet, delaktighet och behandlingsresultat. En patient som har informerats på ett bra sätt har lättare att känna sig trygg och får en bättre läkningsprocess än den patient som inte har förstått den information som givits. Då informationen ger insikt om sjukdomen ökar förståelsen hos patienten vilket gör det lättare att förstå de olika hälsotillstånd som uppstår under läkningsprocessen.

PROBLEMFORMULERING

Kommunikation är en central del i vårdmötet mellan sjuksköterska och patient. En viktig anledning till att kommunikationen måste fungera är att patienten ska få information om erbjuden behandling och därigenom få möjlighet att vara delaktig i vården. En dålig kommunikation kan ge problem på flera sätt med missnöjda patienter, patienter som riskerar att inte följa givna ordinationer och i förlängningen äventyras patientsäkerheten. Kommunikationen innefattar många delar såsom verbal och icke-verbal kommunikation och att lyssna. Det finns flera hinder för att det ska bli ett bra samtal. Sjuksköterskan kan genom att använda sig av personcentrerad vård öka sina möjligheter till att kommunicera på ett bra och effektivt sätt med patienten.

Vi vill kartlägga vad som främjar en god kommunikation och vilka resurser och barriärer som finns, både hos sjuksköterskor och patienter. Vad är det för faktorer som spelar in i hur kommunikationen mellan patient och sjuksköterska faller ut, och vad har de olika faktorerna för betydelse eller påverkan på kommunikationen. Vi tycker det är viktigt att belysa dessa faktorer för att öka medvetenheten om dem och deras betydelse för kommunikationen i de dagliga möten som sker mellan sjuksköterska och patient.

SYFTE

Syftet med denna studie är att kartlägga vad som påverkar kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

METOD

Vi har använt oss av Fribergs (2006) struktur för examensarbeten. Denna studie började med en tanke och en fråga som ledde fram till en litteratursökning. Under litteratursökningen fick vi mer kunskap om ämnet. Denna kunskap förde vidare till en problemformulering som innefattade valt ämnesområde. Därefter formulerades ett syfte. Detta syfte ändrades under databassökningen då det fanns begränsat med artiklar för det ursprungliga syftet. Därefter började den egentliga litteratursökningen som efterföljdes av dataanalysen. Dataanalysen ledde till ett resultat som slutligen diskuterades.

DATAINSAMLING

Datainsamlingen gjordes via databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. Vi har valt att använda dessa tre databaser då de har en inriktning som passar för studiens syfte. PubMed har en medicinsk inriktning och valdes för att få med den medicinska inriktningen på omvårdnaden. Cinahl har en omvårdnadsinriktning och har valts

eftersom det är det som är det huvudsakliga området för studien. Scopus har en bredare inriktning där såväl omvårdnad, medicinsk och psykologisk inriktning ingår. Valet att använda alla tre databaserna gjordes för att få en bredd i de artiklar som hittades och även öka möjligheten att komma åt så mycket forskning som möjligt som kan passa in på problemområdet. Fyra av de valda artiklarna hittades via sökmotorernas rekommenderade artiklar eller upptäcktes manuellt vid läsning av andra uppsatser inom samma tema. Ytterligare tio artiklar genomlästes via sekundärsökning men passade inte in på vårt syfte eller höll inte i kvalitetsgranskningen.

De sökord som valdes för att fånga in problemområdet hämtades från svensk MeSH där de tänkta orden kontrollerades mot relevanta sökord. Där och via andra skrivna artiklar inom området fick vi flera förslag som kombinerades på olika sätt. De sökord som till slut användes och som redovisas i söklistan (bilaga 1) var communication, nurse, patient, nursing, communication skills, behavior, attitude, nurse and patient, experiences, consultation, compliance och patient satisfaction.

Vi har även använt oss av trunkering av ordet nurse för att på så sätt få flera olika ändelser av ordet. Enligt Östlund (2006) bör man trunkera sina sökord för att inte missa några ändelser av ordet. Denna typ av sökning gav vid de flesta tillfällen för många träffar för att vara användbar och redovisas därför enbart en gång i tabellen. Sökorden gav olika många träffar i olika kombinationer. För att minska antalet träffar använde vi oss av inklusions- och exklusionskriterier. Östlund (2006) menar att genom att göra avgränsningar kan urvalet underlättas genom att dokument som inte tillhör intresseområdet sorteras bort. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara peer reviewed, engelskspråkiga, ha omvårdnadsfokus och innefatta kommunikation. Exklusionskriterierna var barn och ungdomar, psykiatrisk vård, demens och intensivvård där patienterna inte kan svara själva. För att få så ny forskning som möjligt valdes ett tidsintervall på max tio år, 2004-2014.

DATAANALYS

Under alla sökningar läste vi alla titlar på artiklarna. De titlar som kunde svara mot syftet generade i genomläsning av abstrakten. De abstrakt som uppfattades svara mot syftet resulterade i att artikeln lästes i sin helhet. Totalt valdes 43 artiklar för genomläsning. De artiklar som efter genomläsningen ansågs svara mot syftet kvalitetsgranskades enligt Willman, Stolt och Bahtsevanis (2011) mall för granskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar (bilaga 2a, 2b och 3). Beroende på granskningsresultat delades artiklarna in i hög, medel eller låg kvalitet. De artiklar som svarade helt mot syftet och innehöll alla kriterier erhöll hög kvalitet, även en artikel som saknade ett kriterium men var av god kvalitet för syftet erhöll hög kvalitet. De artiklar som saknade en eller flera kriterier eller inte var helt förenliga med syftet erhöll medelkvalitet. Saknades ett flertal kvaliteter eller att syftet med artikeln inte helt höll för studien erhöll artikeln låg kvalitet och uteslöts ur studien. Av de 19 artiklar som kvalitetsgranskades erhöll 13 artiklar hög- eller medelkvalitet och har medtagits i studien. Åtta av de valda artiklarna är kvalitativa och fem är kvantitativa (se bilaga 4).

Analysarbetet delades upp i tre faser enligt Dahlborg-Lyckhages (2006) struktur. I den första delen lästes varje artikel igenom flera gånger för att vi skulle bli bekanta med innehållet. I den andra fasen fokuserade vi på artiklarnas resultat och

huvudfynden i de olika artiklarna skrevs ner. I den tredje fasen sammanställde vi alla huvudfynd. Likheter och olikheter i artiklarna analyserades och på så sätt framkom teman och därefter subteman. Dessa teman och subteman ligger till grund för resultatet av studien.

FORSKNINGSETISKT GRANSKADE

Nio av de använda artiklarna uppges vara granskade och godkända av en etisk kommitté. När det gäller Hayes (2007), Berry (2009) och Pytel, Fielden, Meyer och Albert (2009) är det etiska resonemanget otydligt beskrivet i artikeln. Där anges istället att artiklarna är granskade och godkända av en granskningsnämnd men inte vad denna granskning innebär. Berg och Danielsson (2007) nämner ingenting i sin text om någon etisk bedömning överhuvudtaget.

RESULTAT

I resultatet framkom teman och subteman på faktorer som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och patient, se tabell 1.

Tabell 1. Översikt över teman och subteman

Teman	Subteman
Kommunikation nödvändig för att bygga en relation	Värdighet Respekt Bemötande
Kommunikation är inte personcentrerad	Kunskap om personcentrering åsidosätts
Patientens syn på kommunikation	Ålder har betydelse för kommunikation
Kommunikationshinder som inverkar negativt	Barriärer finns hos sjuksköterskan Barriärer finns hos patienten Barriärer skapade av läkare Tidsbegränsning är en kommunikationsbarriär

KOMMUNIKATION FÖR ATT BYGGA EN RELATION

Berg och Danielsson (2007) visar att det är viktigt att bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterskor och patienter för att kunna ge en god vård och detta görs genom kommunikation. Genom kommunikationen får sjuksköterskan veta mer om patientens tankar och funderingar, och när dessa tas i beaktande inom vården känner sig patienten sedd och lyssnad på. Detta leder till att ett förtroende byggs i vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienten. För att bibehålla denna relation är det viktigt med kontinuitet bland vårdpersonalen. *“I’d like to have one nurse that you can go to. Not just ‘have you spoken to that one and that one?’ but have some sort of relationship you can trust when you come in and you are sick”* (a a s 503). Ferguson, Ward, Card, Sheppard och McMurtry (2013) visar att täta byten mellan vårdgivarna betyder att patienterna inte lär känna personalen och att de behöver etablera nya relationer ofta. Ett viktigt villkor för att patienterna ska kunna ta beslut

och vara engagerade i sin vård är att de känner förtroende för sin vårdpersonal och det är svårare om det är ny personal hela tiden.

Stajduhar, Thorne, McGuiness och Kim-Sing (2010) visar i sin artikel att kommunikationsinsatser som stärker relationen mellan vårdgivare och patient efterlämnar en känsla hos patienten av att vara omhändertagen och prioriterad. Detta är särskilt viktigt vid svåra sjukdomar där många patienter oroar sig för att de är ointressanta eftersom de har diagnos med dålig prognos. Det behöver inte vara språklig kommunikation utan det finns andra sätt att visa ett omvårdande förhållningssätt som lugnar patienten och visar att denne är betydelsefull. Sådana insatser är gester som röjer en psykologisk innebörd, såsom att sitta ner på patientens sängkant vilket ofta är uppskattat. Dock får inte gesterna vara för överdrivna; en diskret kram eller en klapp på handen är ofta tillräckligt.

Värdighet

Woolhead, Tadd, Box-Ferrer, Krajcik, Schmid-Pfahler, Spjuth, Stratton och Dieppe (2006) skriver om vikten om att behandla patienten med värdighet för att skapa en god relation. Kommunikationen mellan patient och sjuksköterska spelar stor roll för patientens upplevelse av sitt eget människovärde. En viktig del i hur patienternas värdighet bibehålls är hur patienterna tilltalas. Att tilltalas med sitt förnamn eller ett smeknamn utan att patienterna samtyckt om det visade på brist på respekt hos sjuksköterskorna. Patienterna upplevde detta som förödmjukande och nedlåtande. Det förstärkte också upplevelsen av ojämlikhet i relationen mellan sjuksköterska och patient. Många äldre menade att användandet av förnamn visar på en djupare relation och detta är något som de inte har med majoriteten av vårdpersonalen. Om personalen skulle fråga efter hur patienterna vill bli benämnda så skulle ett sådant bemötande däremot visa på respekt. Bara för att en i personalen har rätt att tilltala en patient med förnamn gäller inte den rätten hela personalstyrkan. Undersökningen visade att i Sverige har införandet av "du-reformen" bidragit till bristen på respekt för äldre personer. Patienterna vill inte heller bli benämnda som en uppgift vilket visar på brist på respekt. *"I have got three bed baths left to do" or "I have got three rheumatoids to see"* (a a s 367). Att behandla patienten som en människa och inte ett objekt eller en uppgift är viktigt för patientens känsla av delaktighet. Patienten ska inte bara bli en rutinåtgärd som ska utföras. Sjuksköterskorna som deltog i studien poängterade det viktiga i att ge äldre patienter tid och att verkligen lyssna på vad de har att berätta. Genom att låta patienterna vara delaktiga i sin vård ökar deras känsla av värdighet och genom att inkludera patienten i sin egen vård ökar dennes autonomi (a a). Även Stajduhar et al. (2010) och Ferguson et al. (2013) visar på att patienterna uppskattade när de fick vara delaktiga i sin vård. Därigenom visade sjuksköterskorna att de värdesatte deras tankar och dem som personer. *"too often, doctors were coming to tell me what's going to happen, not to ask what I think should happen"* (Ferguson et al., 2013 sid. 286). När patienterna inte görs delaktiga reduceras effektiviteten i kommunikationen (a a).

Respekt

Ferguson et al. (2013) och Woolhead et al. (2006) visar att den viktigaste faktorn för en god relation är ömsesidig respekt. Vid kommunikation med patienterna är det viktigt att respektera de svar som dessa ger (Woolhead et al., 2006). Patienten vill kanske inte bada just nu eller vill vårdas av en manlig sjuksköterska istället för en kvinnlig. Genom att i möjligaste mån respektera patientens rimliga önskemål visas respekt för patienten som en egen tänkande person. Även om sjuksköterskorna hade

denna syn på patienterna så gavs inte alltid alternativ som gjorde det möjligt för patienterna att utöva sin autonomi (a a).

Ferguson et al. (2013) menar att respekten kommer av att patienterna känner att de blir lyssnade på och att vårdgivarna respekterar deras åsikter även när det inte helt går att tillmötesgå deras önskemål. Sådan respekt behöver tillämpas mellan alla inblandade parter så som patient, familjemedlemmar och vårdgivare. Respekt är något ömsesidigt som måste fungera åt båda hållen för att patienten skall kunna vara delaktig i den egna vården. Den ömsesidiga respekten gjorde att vårdgivare och patient lärde känna varandra bättre vilket ledde till att patienten i högre grad upplevde sig som en person. I förlängningen kunde detta leda till personligare kontakt mellan sjuksköterskorna och patienterna och därigenom resultera i en personligare vård.

Det är inte bara genom att lyssna på patienterna som sjuksköterskorna visar respekt. Det kan även märkas i till synes små detaljer, som gör skillnader. Genom att vara vänlig och artig visar sjuksköterskorna respekt för patienten. Ett exempel på detta är att fråga om lov för att genomföra undersökningar eller tillhandahålla information. En så enkel åtgärd som att knacka på dörren innan man går in till patientens rum, eller att bibehålla ögonkontakt, är konkreta sätt att visa respekt. Detta medför samtidigt att förutsättningarna för en god kommunikation förbättras (Woolhead et al., 2007).

Patienterna uppfattar brist på respekt när de inte blir involverade i de beslut som rör vården om dem själva. Samma känsla kan uppstå om familjerna behandlas som att de är påträngande och deras anhöriga inte får vara delaktiga i diskussionerna, om patienterna blir behandlade som simulanter eller om de inte får reda på hela sanningen om sin sjukdom (Ferguson et al., 2013).

Bemötande

Patienterna önskar att bli bemötta på olika sätt beroende på olika omständigheter. Ibland behövs ett professionellt bemötande medan det i andra stunder snarare behövs kommunikation på ett mer personligt plan för att få stöd att klara ett svårt besked eller annan situation. Många patienter känner rädsla när de får en allvarlig sjukdomsdiagnos med dödlig utgång. Genom att kommunicera denna rädsla kan de hitta en strategi som blir dem till hjälp. Viktigt vid denna kommunikation är dock att den kommuniceras på ett sätt som passar patientens emotionella tillstånd. Försöker vårdgivaren skämta bort rädslan hos patienten kan det vid ett tillfälle ses om opassande medan det vid ett annat tillfälle kan vara till hjälp. En vårdgivare som genom sitt ansiktsuttryck förmedlar empati, även till den grad att det kommer tårar, ses som genuin och vänlig. Så länge som de inte går över gränsen för sin professionalitet, tolkas detta som tecken på medkänsla och omsorg. Genom att som vårdgivare erkänna patientens rädsla kan denna rädsla också lättas (Stajduhar et al., 2010).

KOMMUNIKATION OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Fakhr-Movahedi, Salsali, Negharandeh och Rahnavard (2011), Berry (2009) och Bolster och Manias (2010) visar i sina artiklar att personcentreringen inte fungerar fullt ut och att sjuksköterskor inte alltid använder sig av personcentrering i vården. Fakhr-Movahedi et al. (2011) visar på att sjuksköterskornas kommunikation istället

för att styras av patientens behov styrs av andra faktorer såsom läkarens ordinationer och administrativa krav. Med detta följer att sjuksköterskorna fokuserar på sina egna behov och utför sina rutiner utan att lyssna på patienternas önskemål. De talar heller inte alltid om vilka åtgärder de utför och varför.

Berry (2009) menar att sjuksköterskorna ofta har en så kallad åtgärds kommunikation med patienterna. Sjuksköterskorna vet att en personcentrerad vård är att föredra men det är inte så många av dem som omsätter denna kunskap i praktiken. För att kunna arbeta patientcentrerat behöver sjuksköterskorna söka information av patienterna och inte som nu enbart leverera information.

Enligt Bolster och Manias (2010) har alla sjuksköterskor samma syn på vad meningen med personcentrerad vård är, så som att lära känna och etablera en relation med patienten för att kunna ge en individanpassad vård. Sjuksköterskorna tyckte även att det var avgörande att lära känna sina patienter för att kunna förstå deras behov och förväntningar. Trots detta försummade flera sjuksköterskor att förvissa sig om patientens tidigare kunskap inom området för att få reda på vad de behövde informera om och vilken nivå informationen skulle läggas på.

En strukturerad utbildning om informationen som ska ges kan höja informationsnivån enligt Ben-Morderchai, Herman, Kerzman och Irony (2010). Sjuksköterskor som ska informera patienter före utskrivning från sjukhus har lättare att få med allt som är väsentligt om patientens vård om det finns konkreta punkter uppställda på en kom-ihåg-lista. På detta sätt kan sjuksköterskan stämma av med patienten vad denne har uppfattat och förstått, vad denne ska komma ihåg och vad som fungerar och inte fungerar med hjälp av informationen vid varje punkt på listan, informationen blir därigenom mer personcentrerad. Patienter som fått denna typ av information före hemgång/utskrivning var mer nöjda, både med kommunikation och information, än de patienter som hade fått sedvanlig information.

PATIENTENS SYN PÅ KOMMUNIKATION

Pytel et al. (2009) visar att för patienternas del är det viktigast att sjuksköterskan håller patienten informerad om vilka tester och behandlingar som utförs. Sjuksköterskan ska också svara på patienternas frågor, lyssna på patienternas problem, visa patienterna respekt och visa medkänsla. Deras undersökning visar också att sjuksköterskor är duktiga på att ge personligt anpassad information på ett språk som patienten förstår.

Hayes (2007) skriver att det huvudsakliga antalet patienter i studien var mycket nöjda med sin kommunikation med sjuksköterskan. De områden som hade betydelse för om patienten skulle följa sjuksköterskans råd var att patienterna hade ett förtroende för sjuksköterskan, litade på dennes kompetens och hade en önskan att uppnå bättre hälsa. Exempel på sådant som gjorde att patienterna inte alltid följde de råd som gavs var att de inte var givna på ett begripligt sätt för patienten eller anpassade efter patientens förmåga. Sjuksköterskorna kontrollerade inte heller alltid vad patienten önskade och vad denne hade för motivation att utföra de råd som sjuksköterskan gav. Det kunde även vara andra saker, såsom ekonomi, som gjorde att patienterna inte följde de råd som gavs.

Ålderns betydelse för kommunikation

Personer över 65 år är mer nöjda med sin kommunikation med sjuksköterskorna än yngre enligt Hayes (2007). De som är mest missnöjda med kommunikationen är personer under 25 år. Enligt Ferguson et al. (2013) kan detta bero på att yngre begär mer information och vill vara mer delaktiga i besluten än de äldre som istället är tillfredsställda med den vård som ges. Enligt samma artikel är män mer nöjda än kvinnor. Woolhead et al. (2006) visar att i vissa länder känner sig vårdpersonalen inte komfortabel med att involvera äldre personer i diskussioner om deras behandling. Deras åsikt är att äldre personer ska vara nöjda med sin behandling och ta emot råd utan förklaringar.

KOMMUNIKATIONSHINDER

Barriärer hos sjuksköterskan

Ruan och Lambert (2008) har i sin undersökning rankat kommunikationsbarriärer mellan sjuksköterskor och äldre patienter. Den barriär som rankas högst både hos sjuksköterskor och patienter är att sjuksköterskorna inte har en uppriktig attityd. Därefter kommer att sjuksköterskan inte visar respekt för äldre patienter, vilket enligt både Ferguson et al. (2013) och Woolhead et al. (2006) är en mycket viktig del. Det kan handla om att sjuksköterskan är ovänlig, förmedlar en känsla av uppgivenhet till patienten och inte förklarar ordentligt om procedurer och behandlingar. Detta visar att förståelse från sjuksköterskan är viktig för att kommunikationen ska bli bra (Ruan et al., 2008).

Tay, Ang och Hegney (2012) framhåller att sjuksköterskors egen rädsla kan försvåra kommunikationen, speciellt när de inte kan svara på patientens frågor eller när de behöver förmedla ofördelaktig information. Stajduhar et al. (2010) visar dock att patienterna uppskattar när vårdgivaren kan stå för att de inte har all den specialkunskap som krävs för att exempelvis svara på svåra, detaljerade frågor. Detta visade för patienterna att vårdgivarna också är människor och inte kan allt. Patienterna kände att detta fick dem att ta större ansvar för sin egen vård och söka mer information någon annanstans.

Tay et al. (2012) visar att ytterligare en barriär i kommunikation kan vara att sjuksköterskor har problem med att tala om död och om sexualitet. Detta kunde bero på kulturella svårigheter. Stajduhar et al. (2010) visar att patienterna anser att om sjuksköterskan har valt att arbeta med till exempel cancerpatienter så ska denne vara komfortabel med att tala om livshotande sjukdomar och död. Sjuksköterskan måste kunna hantera sådana omständigheter på ett respektfullt och känsligt sätt.

Barriärer hos patienten

Fakhr-Movahedi et al. (2011) och Tay et al. (2012) visar att kulturella skillnader kan leda till kommunikationssvårigheter. Enligt Tay et al. (2012) begränsar sjuksköterskorna sin kommunikation när patienterna kommer från andra religioner. Även språkförbistringar leder till kommunikationssvårigheter, både när det gäller olika språk men även dialekter och uttryck. Fakhr-Movahedi et al. (2011) visar att patienterna istället för att följa sjuksköterskans råd ofta följer sina egna kulturella föreställningar och traditioner såsom att ta örtmediciner och tillämpa annorlunda dieter istället för ordinerade mediciner. Sjuksköterskorna anser att de sociokulturella skillnaderna leder till merarbete. De behöver förklara och repetera information fler gånger om patienterna kommer från ett lågstatusområde. Detta tog mer tid för

sjuksköterskan varvid arbetsbördan ökade. Kontakt med patienternas familjer kan innebära kommunikationssvårigheter, både genom att de försvarar kommunikation med patienten rent fysiskt men också genom att de tar upp sjuksköterskans tid. Chan, Jones och Wong (2012) pekar dock på det motsatta; genom att samtala med patientens familj lär sjuksköterskan känna patienten som en person och inte enbart som ett objekt. Woolhead et al. (2006) visar att en så enkel detalj som att se till att patienten har sina tänder, glasögon och hörapparat kan utgöra skillnaden på en bra och dålig kommunikation. Ändå är detta något som många sjuksköterskor erkände att de glömde att kontrollera.

Barriärer skapade av läkare

Många patienter anser att det som läkaren säger är mer rätt och viktigt än det som sjuksköterskan säger. Detta framgår av de studier som gjorts av Tay et al. (2011), Ferguson et al. (2013) och Fakhr-Movahedi et al. (2011). I Tay et al. (2011) visas att sjuksköterskorna uppfattar att patienterna har inställningen att läkare är de enda vårdgivarna med verklig kunskap och att de som sjuksköterskor inte fullt ut blir behandlade som professionella utan som "vilka arbetare som helst". Enligt Ferguson et al. (2013) förväntade sig patienterna diagnosinformation från läkarna och omvårdnadsinformation från sjuksköterskorna. Patienterna ställde frågor som innehöll vägledning om vilken typ av information de förväntade sig av personalen. Fakhr-Movahedi et al. (2011) visar att en kommunikationsbarriär mellan sjuksköterska och patient orsakas av att läkarna lägger restriktioner på sjuksköterskorna om vad de får tala om och inte tala om. Sjuksköterskorna får inte tala med patienten om dennes sjukdom och behandling. Ytterligare en barriär var inkonsekvensen mellan läkarens och sjuksköterskans förklaringar till patienten. Sjuksköterskan förklarade utifrån sin kunskap om patienten medan läkarens förklaring var annorlunda. Detta ledde till en känsla av dikotomi hos patienten och brist på förtroende för sjuksköterskan då patienterna föredrog att lyssna på läkarens rekommendation.

Tidsbegränsning som kommunikationsbarriär

Bolster och Manias (2010), Berg och Danielson (2007), Fakhr-Movahedi et al. (2011), Chan et al. (2012), Berry (2009) och Tay et al. (2012) benämner alla tidsbristen som ett hinder för sjuksköterskornas möjligheter att uppnå god kommunikation med patienterna.

I studien av Bolster och Manias (2010) hävdar sjuksköterskorna att tidsbristen är ett avgörande hinder i möjligheten att engagera sig i patienterna och för att etablera goda relationer med dem. Det som sjuksköterskorna angav som de mest avgörande faktorerna till tidsbristen var den höga arbetsbelastningen och vårdandet av allvarligt sjuka patienter. I både Woolhead et al. (2006), Fakhr-Movahedi et al. (2011), Berry (2009) och Tay et al. (2012) identifieras organisationen som ett hinder för att sjuksköterskorna ska kunna ge den omvårdnad som de skulle vilja ge. Organisationens fokus ligger till stor del på utförda åtgärder och kostnaderna för dessa. Pengar och tid ska sparas för att göra vården kostnadseffektiv. Sjuksköterskorna ges inte tillräcklig tid till att sitta ner och samtala med patienterna, vilket hindrade en öppen kommunikation. De menar att organisationen bara vill se de mätbara resultaten och de specifika åtgärder som syns. Kommunikation är ett icke mätbart mål som inte ses som lika viktigt.

Chan et al. (2012) visar också att tidsbristen leder till att kommunikation med

patienterna ses som trivialt medan andra uppgifter bedöms som viktiga. Sjuksköterskorna väljer därför bort kommunikation med patienterna för att hinna med att utföra de andra ”viktigare” sysslorna. Det visade sig att de sjuksköterskor som kom och skulle ta över arbetet inte uppskattade att alla sysslor inte var utförda av det skälet att sjuksköterskorna som lämnade över hade tagit sig tid till att kommunicera med patienterna. Sjuksköterskorna hade istället lärt sig att kommunicera under tiden som de utförde rutinåtgärder; till exempel under tiden som de hjälper till att klä på en patient kan de informera och undervisa patienten. Ytterligare en tidsbesparande kommunikationsaspekt är att sjuksköterskorna använde sig av icke-verbal kommunikation under procedurer för att uppmärksamma patienten. Enligt Fakhr-Movahedi et al. (2011) kan sjuksköterskorna få mycket information om patientens problem genom patientens ansiktsuttryck och övriga kroppsspråk. När patienterna verbalt och icke-verbalt kommunicerar sina behov måste sjuksköterskorna kommunicera med dem och försöka lösa deras problem. Att patienten uttryckte oro över sin hälsostatus var i många fall det som resulterade i fördjupad kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

Berry (2009) visar att antalet patienter som sjuksköterskorna ska träffa på en dag styr kommunikationen. Då schemat ofta är komprimerat blir samtalen korta med mindre delaktighet från patienten och mindre information till patienten. Enligt Berg och Danielson (2007) upplevde sjuksköterskorna svårigheter att få tiden att räcka till för att skapa en relation och för att kunna sätta sig in i patientens situation. Dessutom hände det ofta att de blev avbrutna under samtal vilket försvårade arbetet. Chan et al. (2012) menar att den belastning som sjuksköterskorna utsätts för medverkar till att de upplever skuld när de inte hinner med att skapa en god relation med patienten. Det kan leda till att nya rutiner utfärdas för att underlätta arbetet, men det kan också leda till att sjuksköterskan arbetar mer på rutin och inte på samma sätt gör patienten delaktig i vården.

Enligt Stajduhar et al. (2010) känner patienterna av den tidspress som sjuksköterskorna arbetar under. Under sådana omständigheter är det extra viktigt att sjuksköterskorna visar att de trots allt har tid med patienten även om det inte är många minuter. Det är inte antalet minuter som sjuksköterskan tillbringat med patienten som är det viktigaste utan vad de gör med den begränsade tid som de har med patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan tänker på hur patienten kan uppleva situationen och vad som kan göras för att minska patientens uppfattning av den tidsbrist som sjuksköterskan har.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I arbetet med denna studie har vi valt att arbeta strukturerat genom att först söka bakgrundsfakta till det område vi valt för vår studie. Genom detta ökar förståelsen och kunskapen för ämnet samtidigt som kunskapsbristerna kan identifieras. Vi var väl medvetna om att genom att skaffa oss en ökad kunskap inom området ökade också risken för att vår förförståelse skulle spela in i studiens resultat. Vi har använt oss av Fribergs (2006) struktur för examensarbeten som är framtagen främst för examensarbeten inom vårdvetenskap. Genom att följa denna struktur flöt vårt arbete bättre och risken att tappa fokus minskade.

Datasökningen genomfördes i tre databaser, Cinahl, PubMed och Scopus, vilket gav en bra bredd inom sökområdet eftersom de har olika fokusområden. Sökorden som användes hämtades från svensk MeSH. Dessa sökord kontrollerades även mot Cinahl headings för att öka träffsäkerheten i Cinahl. Genom att läsa abstrakt tillkom fler sökord som prövades i olika varianter. Även trunkering användes men gav ett oöverskådligt resultat och de sökningarna lästes inte fullt ut, med ett undantag som redovisas i tabellen för databassökningen (bilaga 1). Det kan ha påverkat resultatet att denna metod valdes bort eftersom vi därmed kan ha missat någon relevant forskning. Vi valde även att avstå från de artiklar som inte fanns att tillgå i fulltext utan måste beställas genom biblioteket. Dels var det ekonomiskt ohållbart att ta fram artiklar som kanske ändå inte höll vid en kvalitetsgranskning och det är även mycket tidskrävande att beställa fram material. Detta bidrog till beslutet vilket även detta kan ha lett till att relevant forskning missats.

Från början hade vi sökintervall på fem år men utökade det till tio år eftersom vi behövde mer textmaterial för vårt ämne. Det kan ha påverkat sökresultatet att inte alla sökningar gjordes med exakt samma avgränsningar. Att vi tagit med upp till tio år gamla artiklar har naturligtvis påverkat sökresultatet. Vi menar att det har blivit positivt för resultatet, eftersom vårt syfte inte är lika beroende av den allra senaste forskningen som det rent medicinska området.

Alla artiklar som valts ut lästes och granskades separat av båda författarna till föreliggande uppsats, vilket ökar granskningsvärdet. För att passa för vår litteraturstudie har vi använt oss av en granskningsmall som utarbetats med Willman et al. (2011) (bilaga 2a och 2b) som grund. Både kvalitativa och kvantitativa studier ingick i studien vilket gav en större bredd i forskningen. En gemensam granskning och diskussion av artiklarna gjordes där kvaliteten på artiklarna diskuterades. Artiklarna poängsattes inte utan med hjälp av en kriteriemall utarbetad efter Willman et al. (2011) (bilaga 3) och granskningsmallen (bilaga 2a och 2b) diskuterades artiklarna efter våra redovisade kriterier och delades in i hög, mellan eller låg kvalitet. De med låg kvalitet togs bort från studien. Det var den sammansatta helheten som bedömdes på artiklarna som avgjorde vilken kvalitet de höll.

Sett i efterhand kunde litteratursökningen ha genomförts mer strukturerat. Det påverkades av att syftet ändrades under arbetets gång. Vi har dock sett att slutresultatet blivit bättre, fastän fokus och struktur i den ursprungliga databassökningen ändrades. Genom detta har vi också lärt oss mera om de problem som kan uppstå under denna typ av arbete, en erfarenhet vi kan ha nytta av för framtiden.

RESULTATDISKUSSION

Artiklarna i resultatet har visat att det krävs en relation mellan sjuksköterska och patient för att få en bra kommunikation. För att skapa denna relation krävs det värdighet, ett gott bemötande och en ömsesidig respekt. Barriärer för att få en bra kommunikation kan finnas hos sjuksköterskan, hos patienten eller mellan de olika yrkesprofessionerna. En av de större barriärerna är den tidsbrist som sjuksköterskan upplever som skapas av organisationen.

Relation som leder till kommunikation

Kommunikation bygger på ett samspel mellan sjuksköterska och patient. I detta samspel är det flera faktorer som behöver samverka för att det ska fungera och bli en givande kommunikation för båda parter. Resultatet visar att en viktig del för att få en så bra kommunikation som möjligt är att bygga en relation mellan sjuksköterska och patient. För att relationen ska bli bra krävs uppmärksamhet för den andra, respekt, värdighet och ett bra bemötande. Berg och Danielson (2007) visar i sin studie att en bra relation byggs genom kommunikation och en någorlunda kontinuerlig kontakt med samma personer bland vårdpersonalen.

Woolhead et al. (2006) visar på vikten av att behandla patienter med värdighet för att skapa en bra relation. En så enkel sak som hur patienten tilltalas kan leda till att patienten känner värdighet eller känner sig förödmjukade. Det visades på att i Sverige har införandet av ”du-reformen” bidragit till att äldre personer känner en brist på respekt vilket kan leda till att sjuksköterskor omedvetet förödmjukar en äldre person genom att tilltala denne som ”du”.

Som sjuksköterska är det också viktigt att inte behandla patienterna som en uppgift som ska utföras vilket visar brist på respekt. Att behandla en patient som en människa och inte ett objekt är viktigt för patientens självkänsla. Blir patienten behandlad som ett objekt minskar möjligheterna för patientens delaktighet. Woolhead et al. (2006) och Berg och Danielson (2007) visar på samma sak som Eldh (2009), att det behöver skapas en relation mellan vårdgivare och patient och att detta sker med hjälp av kommunikation. Genom att patienten får vara delaktig ges denne en känsla av autonomi.

Ferguson et al. (2013) menar att en mycket viktig bit för en god relation är respekt. Respekten kommer av att patienterna känner att de blir lyssnade på och att deras åsikter blir respekterade. Andersson (2007) menar att lyssnandet är basen till en god kommunikation. Genom att lyssna på patienten visar sjuksköterskan på intresse. Enqvist (2007) menar att en patient som blir lyssnad på känner sig sedd och detta leder till trygghet vilket kan minska patientens stress och oro och öka läkeförmågan. Som sjuksköterska är det viktigt att lyssna vid varje möte med patienten. Genom att delta i den basala omvårdnaden och se och lyssna på den verbala och även den icke-verbala kommunikationen kan sjuksköterskor få många ledtrådar till hur patienten mår. Det är också av stor vikt att patienten känner sig lyssnad på för att en ömsesidig respekt ska kunna uppstå. Om respekten finns ökar chanserna till att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient ska fungera.

Personcentrering

I flera av artiklarna visar resultatet att sjuksköterskorna inte använder sig av personcentrering i vården trots att de vet att det är en viktig del. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) menar att genom personcentrering ser sjuksköterskan personen bakom sjukdomen och har möjlighet att kommunicera på det sätt som passar denna person bäst. Varför arbetar inte sjuksköterskorna mer personcentrerat när de har de kunskaper och färdigheter som behövs. Något både Bolster och Manias (2010) och Berry (2009) menar att de har. Kan det vara barriärer i kommunikationen hos sjuksköterskan som hindrar den personcentrerade vården? Flera av studierna visade på att sjuksköterskan inte behandlar och kommunicerar med patienten på det sätt som denne önskar. Ruan och Lambert (2008) skriver att den största barriären

som sjuksköterskor har i sin kommunikation med patienterna är att de inte har en uppriktig attityd. De menar att sjuksköterskan inte möter patienten med respekt och värdighet och att de inte ger den information patienten behöver på ett personanpassat sätt. Även Woolhead et al. (2006) och Ferguson et al. (2013) visar på att sjuksköterskorna kan vara otrevliga mot patienterna och förmedla en känsla av uppgivenhet till dem. Detta är barriärer som hindrar sjuksköterskorna i användningen av personcentrerad vård. Kan anledningen till sjuksköterskornas beteende vara att de inte känner sig lyssnade på av ledningen/organisationen, vilket leder till att de i sin tur utför ett mindre bra arbete gentemot patienten. Sjuksköterskorna behöver stöd i sitt arbete för att kunna arbeta personcentrerat. Om inte sjuksköterskorna får detta stöd av ledningen utan hela tiden får höra att de ska hinna mer och kosta mindre blir varje patient de möter ett hinder på vägen mot målet. Detta kan leda till att sjuksköterskorna inte handlar på det sätt som de vet är det bästa för patienten.

Andra barriärer har i studierna visat sig vara att sjuksköterskorna känner rädsla och inte är trygga med att tala om sexualitet och död såsom Tay et al. (2012) påtalar. I ett yrke där både patienter och anhöriga behöver stöttning i dessa frågor finner vi det anmärkningsvärt att flera sjuksköterskor känner denna rädsla och därmed undviker dessa frågor. En annan rädsla är att som sjuksköterska inte alltid veta svaret på patienternas frågor, men Stajduhar et al. (2010) visade i sin studie att om sjuksköterskorna visade att de inte kunde alla svaren så visade det på mänsklighet vilket uppskattades av patienterna. Det är något som vi anser är viktigt att ha med sig i sin yrkesroll, det är i sin ordning att inte kunna allt och berätta det för patienten. Det kan hjälpa sjuksköterskorna att känna sig bekvämare i kommunikationen om död och sexualitet om de har kunskapen att de inte måste veta alla svaren.

Fakhr-Movahedi et al. (2011), Tay et al. (2012) och Carlsson (2009) visar att kulturella skillnader är en kommunikationsbarriär. Som sjuksköterska gäller det att vara lyhörd och informera sig om patientens kulturella värderingar för att kunna ge råd och information på det sätt som passar just denne patient. Om sjuksköterskan inte har egen kunskap om de olika kulturernas betydelse i vården måste sjuksköterskan använda sig av personcentrerad kommunikation för att få kännedom om vad som är betydelsefullt för varje individ och vad kulturen har för inverkan på dennes liv. Utgår sjuksköterskan från sina egna kulturella värderingar minskar möjligheten att patienten ska följa råd och rekommendationer.

I de redovisade artiklarna visas tydligt att kommunikationen är av stor vikt i sjuksköterskans dagliga arbete. Därför är det av största betydelse att sjuksköterskan har förmåga att upprätta och behålla en så god kommunikation som möjligt. Det är också viktigt att kommunikationen sker på ett sätt som är begripligt för båda parter (Hayes, 2007; Hansson Scherman & Friberg, 2009). Patienterna följde inte alltid de råd som givits dem på grund av att de inte förstätt dem vilket visade att sjuksköterskorna inte hade använt ett anpassat språk (Hayes, 2007). Enligt Socialstyrelsen (2012) skall all information som ges till patienterna anpassas till just den individen så att informationen blir begriplig. Detta ställer krav på sjuksköterskan att använda sig av personcentrering för att kunna anpassa språket på rätt nivå för patienten.

Upplevd brist på tid

Det var flera studier som visade att sjuksköterskorna upplevde tidsbrist och att organisationen inte uppmuntrade till kommunikation, istället var det de mätbara sysslorna som var viktigast. Den upplevda tidsbristen utgör ett hinder för kommunikationen enligt McCabe (2004), Bolster och Manias (2010), Berg och Danielson (2007), Fakhr-Movahedi et al. (2011), Chan et al. (2012), Berry (2009) och Tay et al. (2012). De visade alla att sjuksköterskorna såg tidsbristen som en av anledningarna till att kommunikationen inte används på ett för patienterna bra sätt. Det är särskilt intressant då detta är studier som har utförts över hela vår sökperiod. Det visar att sjuksköterskorna har upplevt detta problem länge och att det inte blivit bättre.

Enligt Bolster och Manias (2010) upplevde sjuksköterskorna en hög arbetsbelastning och vård av svårt sjuka patienter som en starkt bidragande orsak till tidsbristen. Detta antyder att tidsbristen är delvis en organisationsfråga då större personaltäthet skulle underlätta i båda dessa avseenden. Det kan även delvis vara en prioriteringsfråga då Chan et al. (2012) visar att sjuksköterskorna prioriterar de mätbara sysslorna först, före kommunikationen med patienterna. Detta för att de inte vill belasta sina kollegor med uppgifter som de själva inte hinner med under sina arbetspass på grund av att de kommunicerat med patienterna. Även McCabe (2004) menar att sjuksköterskorna har en god kunskap för att kunna utföra den personcentrerade kommunikationen men att de är så fokuserade på att utföra den praktiska omvårdnaden att de missar att kommunicera med patienterna. Det behövs en förändring i synsättet om kommunikationens betydelse för vården, både hos den enskilda sjuksköterskan och hos ledningen. Sjuksköterskorna måste få tid till att kommunicera med patienterna utan att känna att de försummar andra uppgifter. Kommunikation måste bli lika viktigt som att ta ett blodprov.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) framhåller att om en patient känner att han/hon blir lyssnad på ökar möjligheterna att rätt information kommer fram. Detta leder till att komplikationer kan upptäckas på ett tidigare stadium och förhindras eller motverkas, vilket sparar en hel del tid för sjuksköterskorna och andra i vårdpersonalen. Patientens stress och oro kan minskas vilket leder till att läkeförmågan ökar, chansen att sjuksköterskorna upptäcker förändringar hos patienten tidigare ökar och sjuksköterskorna ökar möjligheterna att arbeta personcentrerat. Genom att sjuksköterskorna lägger tid på att kommunicera med patienten kan de spara pengar för organisationen genom att antalet vårddygn för patienten kan komma att minskas, vilket kommer inte bara organisationen utan också patienten tillgodo.

SLUTSATS

För att kunna kommunicera på ett bra och effektivt sätt behövs en relation mellan patient och sjuksköterska. För att kunna bygga en bra relation behövs kontinuitet bland sjuksköterskorna, en gemensam värdighet, ömsesidig respekt och ett gott bemötande. Kunskapen för det goda samtalet finns bland sjuksköterskorna men upplevd tidsbrist och organisatoriska krav leder till att kommunikationen med patienterna försummas.

Vi anser att fortsatt forskning behöver göras kring hur bristfällig kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter påverkar patientsäkerheten. Även forskning

kring organisationens påverkan på kommunikationen mellan sjuksköterska och patient skulle vara bra, då sjuksköterskorna har god kunskap om hur kommunikationen bör utföras men inte känner tillräckligt stöd från organisationen.

REFERENSER

Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. I: B, Fossum (red) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (sid 101-134). Lund: Studentlitteratur.

Baggens C., & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I: F, Friberg., & J, Öhlén. (red) *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. (sid 201-236). Lund: Studentlitteratur.

* Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., & Irony, A. (2010) Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 14, 66-74.

* Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients´and nurses´experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21, 500-506.

* Berry, J. A. (2009). Nurse practitioner/patient communication styles in clinical practice. *The Journal for Nurse Practitioners*. 5(7), 508-515.

* Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 47, 154-165.

Carlsson, E. (2009). Kommunikation. I: A-K, Edberg., & H, Wijk. (red) *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. (sid 511-538). Lund: Studentlitteratur.

* Chan, E. A., Jones, A., & Wong, K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses´ work. *Journal of Advanced Nursing*. 69(9), 2020-2029.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I F, Friberg (red) *Dags för uppsats – En vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (sid 139-147). Studentlitteratur: Lund

Eide, H., & Eide, T. (2009). Omvårdnadsorienterad kommunikation. *Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Upplaga 2 Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I: A-K, Edberg., & H, Wijk. (red) *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. (sid 44-62). Lund: Studentlitteratur.

Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I: B, Fossum. (red) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (sid 409-424). Lund: Studentlitteratur.

* Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*. 58, 171-180.

* Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013). Putting the patient back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice*. 13, 283-287.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I: B, Fossum. (red) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (sid 23-40). Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2007). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I: B, Fossum. (red) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (sid 187-198). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. Friberg, F. (red) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (sid 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Hansson Scherman M., & Friberg F. (2009). Patienten gör inte som vi vill. I: M, Hansson Scherman., & U, Runesson. (red) *Den lärande patienten*. (sid 15-38) Lund: Studentlitteratur.

Hansson Scherman M., & Runesson, U. (2009). Som patienten ser det. I: M, Hansson Scherman., & U, Runesson. (red) *Den lärande patienten*. (sid 87-113) Lund: Studentlitteratur.

* Hayes, E. (2007). Nurse practitioners and managed care: Patient satisfaction and intention to adhere to nurse practitioner plan of care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 19, 418-426.

Larsson I., Palm L., & Rahle Hasselbalch, L. (2008). *Patient-kommunikation i praktiken*. Falun: Norstedts Akademiska förlag

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experience. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 41-49

Nilsson, B., & Waldemarson, A-K. (2007). *Kommunikation, Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

* Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 35, 406-411.

Rimala R N., & Lapinski M K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*. 87, 247.

* Ruan, J., & Lambert, V. A. (2008). Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China. *Nursing and Health Sciences*. 10, 110-116.

SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad tom SFS 2013:1141) Stockholm: Socialdepartementet: Elders Gotab.

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad från WWW 14-03-12: www.socialstyrelsen.se

* Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuiness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context advanced cancer. *Journal of clinical nursing*. 19, 2039-2047.

Svensk Sjuksköterskeförening (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad från WWW 14-03-21: www.swenurse.se

* Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 2647-2658.

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

* Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J. A., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., Stratton, D., & Dieppe, P. (2006). "Tu" or "Vous?" A european qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling*. 61, 363-371.

* ingår i resultatet

Bilaga 1 Databassökning

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Abstrakt lästa	Hela artiklar lästa	Valda artiklar
140325	Scopus	"patient satisfaction" AND "communication"	386	5 years, subject area: nursing	19	6	Ferguson, L M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013), Stajduhar, K I., Thorne S E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010)
140325	Cinahl	communication AND nurse and patient AND patient Satisfaction	64	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. Age: 19-65	12	3	0
140325	Cinahl	communication AND nurse and patient AND attitude	55	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. Age: 19-65	10	3	Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011)
140326	Cinahl	nurse and patient AND communication AND time	147	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. References available	15	5	Chan, E A., Jones, A., & Wong, K. (2012)
140326	Cinahl	communication AND nurse and patient AND consultation	27	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. Age: 19-65	5	2	0
140326	Cinahl	communication AND nurse and patient AND behavior	83	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. Age: 19-65	12	1	0
140328	Cinahl	communication AND nurse and patient AND experiences	76	Peer Reviewed 5 years, abstract available, English language. Age: 19-65	13	3	0
140328	Cinahl	communication AND nurse AND patient	238	Peer Reviewed, 10 year, all adults, subject major heading: communication	17	4	Bolster, D., & Manias, E. (2009), Pytel, C., Fielden N, M., Meyer, K, H., & Albert, N. (2009), Berry, J. A. (2009)

140328	PubMed	"nursing" AND "communication skills"	171	Full text available, 10 years, English, Adult: 19+ years, Adult: 19-44 years, Aged: 65+ years	4	1	
140331	Cinahl	communication AND patient compliance AND nurs*	92	Peer Reviewed, 10 year, all adults, abstract available	13	5	Hayes, E. (2007), Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., & Irony, A. (2010)

Bilaga 2a

Granskningsmall för kvantitativa artiklar

Detta protokoll bygger på Willman et al. (2011) kvalitetsgranskning av artiklar men är modifierat av författarna för att passa denna studie.

Artikelsnamn och författare:

- Har studien en tydlig struktur med titel, abstrakt, introduktion, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser? JA NEJ
- Är syftet tydligt? JA NEJ
- Studiens syfte:
- Finns ett etiskt resonemang med? JA NEJ
- Vilken forskningsmetod används? Randomiserade eller ej?
- Vilka är deltagarna i studien? (Sjuksköterskor/patienter)
- Vilken åldersintervall är det på de deltagande?
- Är de inklusionskriterier som använt relevanta? JA NEJ
- Är de exklusionskriterier som används relevanta? JA NEJ
- Är det urvalet som gjorts tydligt beskrivet? JA NEJ
- Motsvarar urvalet kriterierna för att kunna uppfylla syftet med studien? JA NEJ
- Är det en tydlig beskrivning av hur den slumpmässig fördelning (vid randomisering) av grupperna gjorts? JA NEJ
- Var grupperna lika stora vid studiens början? JA NEJ
- Var det aktuellt med "blindade" patienter? JA NEJ
- Var det aktuellt med "blindade" sjuksköterskor? JA NEJ
- Om det var bortfall är det tydligt redovisade? JA NEJ
- Är de instrument som används validerade? JA NEJ
- Är de instrument som används reliabla? JA NEJ
- Är resultatet med studien generaliserbart? JA NEJ
- Är det resultatet som studien nått tillämpningsbart JA NEJ
- Det huvudsakliga fyndet i studien är:
- Kvalitet: Hög Medel Låg

Bilaga 2b

Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Detta protokoll bygger på Willman et al. (2011) kvalitetsgranskning av artiklar men är modifierat av författarna för att passa denna studie.

Artikelsnamn och författare:

- Har studien en tydlig struktur med titel, abstrakt, introduktion, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser? JA NEJ
- Är syftet med studien tydligt? JA NEJ
- Syftet med studien är:
- Vem deltar i studien?
- Hur många deltar i studien?
- Vilket åldersspann är det på de som deltar?
- Finns det ett tydligt etiskt resonemang? JA NEJ
- Urvalet som gjorts är det relevant för studien? JA NEJ
- Har urvalet beskrivits noggrant? JA NEJ
- Är den datainsamlingen som gjorts tydligt beskriven? JA NEJ
- Är det tydligt beskrivit hur analysen gjorts av datamaterialet? JA NEJ
- Svarar resultatet i studien på problemformuleringen? JA NEJ
- Är resultatet tydligt beskrivet och lätt att följa? JA NEJ
- Har forskarna i studien redovisat bias? JA NEJ
- Det huvudsakliga fyndet i studien är:
- Kvalitet: Hög Medel Låg

Bilaga 3 – mall för kvalitetsgranskning

Denna mall för kvalitetsgranskning bygger på Willman et al. (2011) kvalitetsgranskning av artiklar men är modifierad av författarna för att passa denna studie.

Typ av studie	Hög kvalitet	Låg kvalitet
Kvalitativ metod i studien	<p>Tydlig struktur där inledning, bakgrund, metod och resultat finns med</p> <p>Tydligt syfte/hypotes med studien.</p> <p>Noga beskrivet hur urvalet, datainsamlingen och analysen av materialet utförts.</p> <p>Metoden noga beskriven och lätt att följa.</p> <p>Diskussionen väl förankrad i resultatet.</p> <p>Tolkningarna som görs skall vara trovärdiga och förankrade i resultatet och tidigare forskning.</p> <p>Artiklarna skall ha ett resonemang runt etiken i studien.</p> <p>Resultatet skall vara lätt att följa och begripa.</p> <p>Studien passar väl in på syftet för vår studie</p>	<p>Dålig struktur med inga tydliga uppdelningar.</p> <p>Inget tydligt syfte/hypotes.</p> <p>Ej tydlighet i beskrivningen av urval och datainsamling eller analys av materialet.</p> <p>Metoddelen är rörig och svår att följa.</p> <p>Ej förankrat diskussionen i resultatet.</p> <p>Tolkningarna som görs i diskussionen är inte trovärdiga eller förankrade i resultatet eller tidigare forskning.</p> <p>Inget resonemang runt etiken.</p> <p>Svårbegripligt resultat eller svårt att följa.</p> <p>Studien passar dåligt in på syftet för vår studie.</p>
Kvantitativ metod i studie	<p>Tydlig struktur där inledning, bakgrund, metod och resultat finns med</p> <p>Tydligt syfte/hypotes med studien.</p> <p>Noga beskrivet hur urvalet, datainsamlingen och analysen av materialet gjort</p> <p>Metoden noga beskriven och lätt att följa.</p> <p>Om randomisering används så är det noga beskrivet.</p> <p>Har använt tillräckligt med material för att kunna utföra studien på ett bra sätt.</p> <p>Den gruppindelning som gjorts har varit jämn.</p> <p>Diskussionen skall vara väl förankrad i resultatet.</p> <p>Tolkningarna som görs skall vara trovärdiga och förankrade i resultatet och tidigare forskning.</p> <p>Artiklarna skall ha ett resonemang runt etiken i studien.</p> <p>Resultatet skall vara lätt att följa och begripa.</p> <p>Studien passar väl in på syftet för vår studie</p>	<p>Dålig struktur med inga tydliga uppdelningar.</p> <p>Inget tydligt syfte/hypotes.</p> <p>Ej tydlighet i beskrivningen av urval och datainsamling eller analys av materialet.</p> <p>Metoddelen är rörig och svår att följa.</p> <p>När randomisering använts och den ej är tydligt beskriven.</p> <p>Inte använt sig av tillräckligt material för att kunna utföra studien på ett tillförlitligt sätt.</p> <p>Ojämnhet i de grupper som gjorts.</p> <p>Ej förankrat diskussionen i resultatet.</p> <p>Tolkningarna som görs i diskussionen är inte trovärdiga eller förankrade i resultatet eller tidigare forskning.</p> <p>Inget resonemang runt etiken.</p> <p>Svårbegripligt resultat eller svårt att följa.</p> <p>Studien passar dåligt in på syftet för vår studie.</p>

Bilaga 4 - Artikelöversikt

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Hög</p> <p>Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., & Irony, A. (2010) Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. <i>International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing</i>.</p> <p>Israel</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Att utforska hur en strukturerad patientutbildning vid utskrivning från en ortopedavdelning påverkar patienterna.</p>	<p>En prospektiv interventionsstudie Att strukturera utbildningen som patienten fick innan hemgång. 95 patienter Patienterna skulle skrivas ut till hemmet, ha en god kognitiv status, tala flytande Hebreiska eller Ryska. Randomiserade grupper</p>	<p>De patienter som fick den strukturerade utbildningen innan hemgång fick en högre tillfredsställelse och hade bättre compliance än de i kontrollgruppen som hade fått standardinformation vid utskrivning.</p>
<p>Medel</p> <p>Berg, L., & Danielsson, E. (2007) Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>.</p> <p>Sverige</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Se på sjuksköterskan och patientens upplevelser av varandra i vårdrelationen under långtidssjukdom.</p>	<p>Fenomenologisk studie 13 intervjuer med öppna frågor. Sju patienter Sex sjuksköterskor Patienterna skulle ha någon långtidssjukdom, vara svensktalande och inte ha en psykisk sjukdom eller demens</p>	<p>För att få en bra relation mellan sjuksköterskorna och patienterna behövdes tid för att skapa tillit och kontinuitet bland vårdpersonalen. Det var viktigt för patienterna att sjuksköterskorna lyssnade på dem för att de skulle känna sig bekräftade. Patienterna hade en känsla av maktlöshet, de togs inte på allvar.</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Medel</p> <p>Berry, J. A. (2009) Nurse practitioner/patient communication styles in clinical practice. <i>The Journal for Nurse Practitioners.</i></p> <p>USA</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Se vilka kommunikationsstilar som sjuksköterskor använder i sin interaktion med patienter.</p>	<p>Litteraturstudie och ljudinspelningar av samtal mellan sjuksköterskor och patienter. 53 samtal mellan sjuksköterskor och patienter spelas in. Sjuksköterskorna skulle ha minst ett års erfarenhet. Patienterna skulle ha träffat sin sjuksköterska minst en gång tidigare, ha en etablerad kontakt och ha minst en kronisk sjukdom.</p>	<p>Sjuksköterskorna använde inte personcentrerad kommunikation i den utsträckning som de själva trodde utan en kommunikationsstil där de bara levererar information utan att ta in information från patienterna. Vilken kommunikationsstil de använde berodde på hur många patienter de träffade per dag.</p>
<p>Hög</p> <p>Bolster, D., & Manias, E. (2010) Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. <i>International Journal of Nursing Studies.</i></p> <p>Australien</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Undersöka typen av interaktion mellan patienter och sjuksköterskor under medicinska aktiviteter i akuta vårdmiljöer med en personcentrerad filosofi.</p>	<p>En naturalistisk observationsstudie. Semistrukturerade intervjuer. Elva sjuksköterskor 24 patienter Sjuksköterskorna skulle ha direkt patientkontakt och vara involverade i medicinska aktiviteter Patienterna skulle tillhöra de sjuksköterskor som deltog i studien, vara över 18 år och engelskspråkiga.</p>	<p>Sjuksköterskorna arbetar inte så patientcentrerat som de tror, istället kommunicerar de utefter rutiner och vad de tror är viktigt för patienten.</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Hög</p> <p>Chan, E. A., Jones, A., & Wong, K. (2013) The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. <i>Journal of Advanced Nursing</i>.</p> <p>Hong Kong</p> <p>Kvalitativ forskningsansats</p>	<p>Undersöka hur tiden upplevs av sjuksköterskor i vardagligt arbete</p> <p>Hur beskriver sjuksköterskor den tid de spenderar med patienten i denna specifika miljö?</p> <p>Hur påverkar deras förståelse för tiden deras arbete?</p>	<p>En narrativ undersökning.</p> <p>Intervjuer vid tre tillfällen av varje deltagare.</p> <p>Fem sjuksköterskor från olika avdelningar</p> <p>Sjuksköterskorna skulle ha minst ett års arbetserfarenhet och minst sex månaders erfarenhet på nuvarande arbetsplats.</p>	<p>Studien visar på att sjuksköterskorna satte åtgärder före kommunikation när det var dåligt med tid. De prioriterade rutinåtgärder för att inte lämna över uppgifter till kollegor eftersom det skapade irritation.</p>
<p>Hög</p> <p>Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011) A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. <i>International Nursing Review</i>.</p> <p>Iran, Tehran</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Att studera kulturella och specifika faktorer påverkan på kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter.</p>	<p>En del i en större studie som har en grounded theory tillvägagångssätt.</p> <p>Åtta sjuksköterskor.</p> <p>Nio patienter.</p> <p>Patienterna skulle kunna kommunicera på persiskt språk och inte ha en sjukdom som hindrade kommunikation via tal.</p> <p>Sjuksköterskorna skulle ha grundutbildning.</p>	<p>Kommunikation ses som en viktig del av omvårdnaden men prioriteras inte.</p> <p>Sjuksköterskorna arbetar efter rutiner och följer sina egna behov.</p> <p>Kommunikationen styrs av rutiner och läkarens ordinationer.</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Hög</p> <p>Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013) Putting the patient back into patient-centred care: An education perspective. <i>Nurse Education in Practice</i>.</p> <p>Canada</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Undersöka hur patienter beskriver deras upplevelse och roll i det team som ger dem vård på en akutmedicinsk slutenvårdsavdelning.</p>	<p>En tolkande, beskrivande kvalitativ studie.</p> <p>Intervjuer med patienter. 18 patienter.</p> <p>Patienterna skulle vara friska nog för att kunna delta i studien, vara diagnostiserade med en kronisk sjukdom och varit inlagd på avdelningen minst en veckas tid.</p>	<p>Patienterna kände att deras behov av information i akuta vårdssituationer var en mycket viktig del för dem. Patientcentrerad vård var viktig för patientens upplevelse av vården. Patientcentrerad vård var ett grundläggande koncept som behöver betonas i utbildningen av vårdpersonal.</p>
<p>Medel</p> <p>Hayes, E. (2007) Nurse practitioners and managed care: Patient satisfaction and intention to adhere to nurse practitioner plan of care. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>.</p> <p>USA, Massachusetts</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Undersöka patienters tillfredsställelse med sjuksköterskornas plan för vården och deras följsamhet av den.</p>	<p>En deskriptiv metod</p> <p>Frågeformulär med berättande kommentarer ang patientens belåtenhet med kommunikationen med sjuksköterskorna.</p> <p>8 sjuksköterskor.</p> <p>103 patienter utvalda av sjuksköterskorna.</p>	<p>Patienterna var i de flesta fall nöjda med den kommunikation de hade med sjuksköterskan. Genom det förtroende som patienterna kände för sjuksköterskan kunde de bli hjälpta att klara av sin situation bättre.</p> <p>Patienterna var missnöjda med kommunikationen om sjuksköterskorna inte lyssnade ordentligt eller om de kände att sjuksköterskan inte såg till deras bästa.</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Hög</p> <p>Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009) Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. <i>Journal of Emergency Nursing</i>.</p> <p>USA, Cleveland</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Undersöka vilka kommunikationsbehov patienter/närstående har vid besök på en akutmottagning och hur väl dessa behov samstämmer med sjuksköterskornas kommunikation.</p>	<p>En prospektiv, beskrivande studie. Enkätundersökning på akutmottagning. 73 sjuksköterskor. 103 patienter/närstående. Patient/närstående skulle vara över 18 år, kunna skriva och läsa engelska, vara alert och orienterad och ej bli inlagd på avdelning. Sjuksköterskorna skulle vara legitimerade och arbeta heltid.</p>	<p>Den uppfattning som patienterna och besökarna har om kommunikationens betydelse är ganska lik med den uppfattning som sjuksköterskorna har om kommunikationens betydelse. Sjuksköterskorna mötte upp till den kommunikations behov som patienterna hade vid nio av 19 olika tillfrågade situationer.</p>
<p>Medel</p> <p>Ruan, J., & Lambert, V. A. (2008) Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China. <i>Nursing and Health Sciences</i>.</p> <p>Kina</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>Identifiera de huvudsakliga kommunikationshinder upplevda av sjuksköterskor och äldre patienter. Fastställa skillnaden i betydelse av dessa hinder för sjuksköterskor och patienter.</p>	<p>Enkätundersökning med fasta svar. Bekvämlighetsurval. 84 sjuksköterskor. 75 patienter. Patienterna skulle vara över 65 år och vara ineliggande i minst två dygn på avdelning. Sjuksköterskorna skulle vara registrerade sjuksköterskor och anställda på något av de fyra sjukhus som deltog i studien.</p>	<p>Patienterna och sjuksköterskorna upplevde samma kommunikationshinder. Sjuksköterskorna värderar betydelsen av kommunikationshindren högre än vad patienterna gör. De stora kommunikationshindren är att sjuksköterskorna inte visar respekt, är ovänliga eller att sjuksköterskorna överförde sin känsla av hopplöshet på patienterna. Dessa hade betydelse för kommunikation mellan sjuksköterskorna/patient</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Medel</p> <p>Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010) Patient perceptions of helpful communication in the context advanced cancer. <i>Journal of clinical nursing</i>.</p> <p>Canada, Vancouver</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Vad identifierar patienter med cancersjukdom som hjälpfullt i kommunikationen med vårdpersonal.</p>	<p>En sekundäranalys på data från en större kvalitativ studie. En undergrupp av patienter med långt framskriden cancer i palliativt skede. 18 individuella intervjuer 16 deltagare i fokusgruppintervjuer. Patienterna kunde ha alla typer av cancerdiagnoser, varit sjuka en längre tid eller kort tid och skulle vara i ett palliativt skede.</p>	<p>En bredare kunskap och förståelse för patienternas perspektiv hjälper sjuksköterskan till en god kommunikation. Det hjälper även sjuksköterskan till att kunna ge en god känslig personcentrerad vård. Fyra viktiga delar i kommunikationen var att respektera tidens betydelse, visa vårdande, bekräfta rädsla och balansera hopp och ärlighet i den information som ges.</p>
<p>Hög</p> <p>Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012) Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. <i>Journal of Clinical Nursing</i>.</p> <p>Singapore</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Identifiera olika faktorer som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter.</p>	<p>Intervjuer av sjuksköterskor på en onkologiavdelning. Tio sjuksköterskor Sjuksköterskorna skulle vara Singaporianer eller boende i Singapore, kunna engelska, ha sjuksköterskeerfarenhet av minst två år inom onkologi eller hematologi. De tio valdes utifrån de som frivilligt anmält sitt intresse, i urvalet användes mätningar för att få en jämn balans så inte erfarenheten skulle få betydelse.</p>	<p>I Singapore spelar status stor roll så patienter vände sig hellre till läkare med sina frågor och tankar. Kulturella faktorer och språksvårigheter är hinder i kommunikationen i det multikulturella Singapore.</p>

Kvalitetsbetyg, författare, år, titel, tidskrift, land, vetenskaplig metod	Syfte	Metod, urval och inklusionskriterier	Resultat
<p>Hög</p> <p>Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J. A., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., Stratton, D., & Dieppe, P. (2006) "Tu" or "Vous?" A european qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. <i>Patient Education and Counseling</i>.</p> <p>Frankrike, Irland, Slovakien, Spanien, Sverige och England</p> <p>Kvalitativ</p>	<p>Undersöka erfarenheter av kommunikation mellan sjuksköterskor och äldre patienter i sex europeiska länder.</p>	<p>Fokusgrupper. Intervjuer både i grupp och individuellt. Intervjuerna var schemalagda för att alla länder skulle följa samma struktur och se lika ut. 85 fokusgrupper för sjukvårdspersonal och 424 deltagande hälso- och sjukvårds personer. 91 fokusgrupper med äldre personer och 391 deltagare. Patienterna skulle vara äldre personer över 65 år. De som mådde för dåligt eller av andra skäl inte kunde delta i fokusgrupperna fick individuella intervjuer.</p>	<p>Personcentrerad kommunikation var viktig för att upprätthålla värdigheten hos de äldre deltagarna. Det var viktigt att sjukvårdspersonalen anpassade kommunikationen efter den person de hade framför sig. Det framkom även brister i kommunikationen, som hur de äldre blev tilltalade eller att de blev behandlade som ett objekt. Genom att visa respekt kunde sjuksköterskorna behandla patienterna med värdighet.</p>