

# Brytpunktsamtal på kirurgiska vårdavdelningar

## -En integrativ litteraturstudie

FÖRFATTARE	Marie Rosenqvist Marina Johannesson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterska- programmet med inriktning mot kirurgisk vård. Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård OM5350  VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Eric Olsson
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Brytpunktsamtal på kirurgiska vårdavdelningar. - En integrativ litteraturstudie
Title :	Turning point call in surgical wards. -An integrative literature review
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård. Examensarbete i omvårdnad. OM 5350
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Marie Rosenqvist  Marina Johannesson
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

## **FÖRORD**

Vi vill framföra ett stort tack till vår handledare Lars-Eric Olsson för en god vägledande handledning och ett stort tålamod. Vi har lagt ner mycket tid på detta arbete, vilket har inneburit att våra familjer delvis blivit bortprioriterad under denna process. Vi vill därmed tacka våra familjer som har stått ut med oss under denna tid och varit stöttande.

# Brytpunktsamtal på kirurgiska vårdavdelningar - En integrativ litteraturstudie

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I Sverige dör cirka 95 000 människor varje år och runt 80 % av dessa är i behov av palliativ vård. Palliativ vård är en vårdfilosofi som bygger på att ge stödjande och lindrande vård när botande vård inte längre är genomförbar. Vid den tidpunkt när patienten drabbats av en obotlig sjukdom sker en brytpunkt, vilket innebär att läkaren identifierar patientens aktuella tillstånd. När brytpunkten är identifierad erbjuds ett brytpunktsamtal. I samtalet planeras det för den kommande palliativa vården.

**Syfte:** Studiens syfte är att utvärdera betydelsen av ett brytpunktsamtal på en vårdavdelning. **Metod:** Studien genomfördes som en integrativ litteraturstudie, där artiklarna i huvudsak var kvalitativa. Sökningar gjordes via databaserna PubMed och Cinahl. Två sökslingor användes med sökorden patient, information, Communication, palliative\* children, hospital end-of-life och decision-making. kombinerade med booleska söklogiken AND, OR eller NOT. Urvalsförfarandet redovisades i PRISMA. Artiklarna är granskade enligt SBU:s granskningsmallar. Syntetisering till ett nytt beskrivande innehåll har skapats genom sammanslagning av artiklarnas resultat och slutsatser. **Resultat:** Studien visade att det är mindre vanligt att brytpunktsamtal blir av. En av anledningarna till detta var att läkarna hade en rädsla kring ämnet döden. I det fall brytpunktsamtal hölls skulle samtalet vara individanpassat, på så vis skapades delaktighet i den palliativa vårdplaneringen. En god informativ kommunikation ökade förståelsen av sjukdomen därmed blev övergången till palliativ vård lättare att hantera. **Slutsats:** Genom att fastställa brytpunkten i ett tidigt skede och att bjuda in till ett brytpunktsamtal. Med det ökar förutsättningen för delaktighet genom att patienten får vara med och planera om den sista tiden i sitt liv.

**Nyckelord:** kommunikation, brytpunktsamtal, palliativ vård, information, patient, hälso- och sjukvårdspersonal, Omvårdnad

## **Turning point call in surgical wards – An integrative literature review**

### **ABSTRACT**

**Background:** In Sweden, around 95 000 people die every year and about 80 % of these people are in the need of palliative care. Palliative care is a philosophy which is built on the thought of giving supporting and easing care when cure no longer is possible. At the time the patient is afflicted of terminal disease occurs a turning point. The doctor identifies the patient's actual health status and offers a turning point conversation, in which plans for the coming palliative care is made. **Aim:** The purpose of this study is to evaluate the meaning of a turning point conversation at a nursing ward. **Method:** The study was carried out as an integrative literature study, where the articles mainly were qualitative. Queries were made via the databases PubMed and Cinahl. Two trails were used with the search words: patient, information, communication, palliative\*, children, hospital, end of life and decision-making, combined with Boelska serchelogs AND, OR or NOT. The selection procedure was given account for in PRISMA. The articles were reaffirmed according to SBU. Synthesizing has been made by merging the results and conclusions of the articles. **Results:** The study shows less frequency in turning point conversations. One of the reasons seemed to be the doctor's fear of talking about death. When turning point conversations were held the dialogue had to be individually adjusted to create participation in the palliative care planning. A good and informative communication gained understanding for the disease, which made the gradation to palliative care easier to handle. **Conclusion:** By identifying the turning point in an early stage we give the patient a bigger precondition to participate in their final stage of life.

**Keywords:** Communication, turning point, palliative care, information, patient, healthcare personal, nursing

# INNEHÅLLSFÖRTÄCKNING

INLEDNING.....	5
BAKGRUND.....	5
Palliativ vård och brytpunktsamtal.....	6
Kommunikation.....	7
Beslutsfattande.....	7
Teoretisk referensram.....	7
Problemformulering.....	8
SYFTE.....	9
METOD.....	9
Integrativ litteratursstudie som dataanalysmetod.....	9
Urvalsprocess.....	9
Datainsamling.....	10
De inkluderade studiernas kvalitet.....	10
Flödesschema.....	11
Etiskt ställningstagande.....	12
RESULTAT.....	12
Kommunikation och information.....	12
Brytpunktsamtalets betydelse.....	13
Delaktighet och planering.....	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Kommunikation och information.....	16
Brytpunktsamtalets betydelse.....	17
Delaktighet och planering.....	18
SLUTSATS.....	19
Kliniska implikationer.....	19
REFERENSER.....	20
BILAGOR	
1 bilaga	
2 bilaga	

## **Inledning**

Förr i tiden dog i huvudsak människor i epidemier och i infektionssjukdomar, vilket resulterade i att medelåldern inte blev så hög. Döden var en vanlig komponent i livet oavsett vilken samhällsklass individen tillhörde.

Läkarvetenskapen hade inte mycket att erbjuda i botande syfte. Behandlingen bestod i största del utav kirurgi, örtmedicin och diverse kurer. På grund av att överlevnadsprognosen var så dålig lades stort fokus på god omvårdnad, det vill säga att den sjuke skulle ha det så bra som möjligt (Widell, 2003).

Olika patientgrupper vårdas på kirurgiska vårdavdelningar varav den vanligaste patientgruppen inom kirurgi behandlats inledningsvis kurativt och botas oftast genom ett kirurgiskt ingrepp. En minoritet av dessa patienter vars sjukdom från början uppfattades som botande med kirurgi, upptäcktes sedan vara obotbar. I ett sådant skede då vården bör ändra inriktning från kurativ till palliativ inriktning bör en bedömning göras tillsammans med patienten, det kallas ofta för ett brytpunktssamtal. Identifiering av brytpunkten görs inte alltid i tid för sådana patienter och i vissa fall uteblir den helt. När brytpunktssamtalet inte genomförs skapas ett problem i omvårdnaden då vårdpersonalen är medvetna om att det inte längre är möjligt med botande behandling men patienten är ovetande. Denna skillnad mellan teori och praktik skapar ofta en etisk konflikt hos sjuksköterskan som upplever sig inte kunna vårda patienten på ett riktigt sätt. Detta kan även patienten känna av och förvirring uppstår som kan skada relationen mellan sjuksköterska och patient. Resultatet blir dessutom att patienten fråntas möjligheten till självbestämmande och bevarad självbild, då förloras förutsättningen till ett värdefullt liv. Bristen bygger på okunskap gällande rutiner kring vad god palliativ vård är, på så vis hindrar denna faktor patienten med familj att fullt ut kunna delta i ett beslutsfattande om livets slut. Önskemål bland dessa vårdtagare var att få dö i hemmet och att välbefinnande gick före livsförlängande behandling. Trots denna önskan är det många som dör på kirurgiska vårdavdelningar (Willard & Luker, 2006).

## **Bakgrund**

I Sverige dör cirka 95 000 människor varje år, varav dessa avlider 73 % på sjukhus och på andra vårdinrättningar. Cirka 80 % av de avlidna var i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). På kirurgiska vårdavdelningar, vårdas patienter med cancersjukdomar som inte är botbara, vilket innebär att de befinner sig i ett palliativt skede. Förmågan av att kunna ge god vård i livets slutskede är inte alltid så lätt, på grund av att det finns brister på rutiner och kunskap i detta ämne. En del som arbetar på kirurgiska vårdavdelningar upplever att de inte har tillräckligt med utbildning inom detta område, vilket gör att de känner sig oförberedda på att vårda döende patienter (Jors, Adami, Xander, Meffert, Gaertner, Bardenheur, Buchheidt, Meyer-Steinacker, Viehrig, George & Becker, 2014., Löfmark, Nilstun & Ågren Bolmsjö, 2007).

## **Palliativ vård och brytpunktsamtal**

Ordet ”palliativ” har sitt ursprung från det latinska begreppet ”pallium” vilket betyder mantel. Mantel, står för termen lindrande. Med det menas att individen kan skydda och hölja sig, därav begreppet lindrande vård (Sandman & Woods, 2003). Palliativ vård är en utarbetad vårdfilosofi. Det bygger på att ge stödjande och lindrande vård samt förebygga lidandet, tillämpning sker när botande vård inte längre är genomförbar. I detta skede behövs ett medvetet och klarsynt sätt av vårdgivaren samt ett tydlig förhållningsätt i samband med omhändertagandet. Detta för att kunna stödja/hjälpa patienter och anhöriga. Vårdformens synsätt är att se döden som en normal process och utifrån det stödja och möjliggöra för ett naturligt aktivt liv i livets slutskede. Vårdpersonal ska finnas till hands för närstående/ anhöriga och vara ett stöd i denna sorgeprocess (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2014).

Den palliativa vården ser människan ur ett holistiskt perspektiv och utgår från de fyra dimensionerna: de andliga/existentiella, de sociala, de psykiska och de fysiska. Dessa beståndsdelar är viktiga en och en och oftast är dessa kombinerade med varandra. Ett exempel kan vara vid smärta. Vid smärta är den fysiska delen inblandad och kan på så vis bidra till oro och nedstämdhet, vilket också kan påminna individen om cancersjukdom. På så vis kan det bli en social begränsning (Sand & Strang, 2013). Vid den tidpunkt när det är uppenbart att en patient har drabbats av obotlig cancer, sker en brytpunkt, vilket innebär att läkaren identifierar patientens aktuella tillstånd och gör en helhetsbedömning. Utifrån de så tas ställning till den fortsatta vårdens innehåll och mål. Därefter sker ett brytpunktsamtal där patienten kan delta och anhöriga om patienten själv önskar detta (Socialstyrelsen, 2013). Enligt nationella rådet för palliativ vård ska ett brytpunktsamtal inledas när vården övergår från att vara botande till lindrande. I flera studier har det framkommit att patienter inte erbjuds brytpunktsamtal i tid och i vissa fall uteblir det helt, fast det fanns en stark önskan om att få lov att delta i beslutsfattandet om den sista tiden i livet. (Löfmark et al., 2007., Willard et al, 2006). I brytpunktsamtalet erbjuds tid till önskemål och frågor om den fortsatta lindrande vården. Här kan patienten ta ställning till om han/hon vill dö hemma eller på ett specialiserat vårdboende för personer i livets slut (Nationella rådet för palliativ vård, 2014 I studien av You, Fowler & Heyland (2014) berörs ”brytpunkten” i samtalet. De beskriver betydelsen av att informera på ett ärligt sätt vad prognosen innebär för att kunna diskutera rätt beslut om den kommande vården. Efter detta beslut är det nödvändigt att all dokumentation är tydlig och att patientens egna ord används, vilket möjliggör för en god fortsatt omvårdnad. Genom att dokumentera med patientens egna ord stärks patientens önskan och medför en minskad risk för feltolkning (You et al., 2014). Flera studier pekar på att det inte är vanligt att brytpunkten identifieras på inläggande patienter med diagnos, obotlig cancersjukdom. Största anledningen till att detta inte utförs är att läkarna är rädda för att fatta dessa svåra beslut. Att inte vara delaktig i beslutsfattandet leder till fördröjd palliativ symtomlindring samt ökat lidande. I de fall samtalen hade hållits i ett tidigt skede upplevde patienterna en förhöjd känsla av livskvalitet och att de fick en gynnsammare medicinsk behandling. (Löfmark et al., 2007., Jakobsson, Bergh, Gaston- Johansson, Stolt & Öhlen 2009., Zaros, Curtis, Silveira & Elmore, 2013., Bernacki & Block, (2014).

### *Kommunikation*

I flera studier framkommer det att brytpunktsamtal är viktigt inom palliativ vård och att samtalet bygger på en god kommunikation. För att uppnå en god kommunikation krävs det att personalen är utbildad i att kommunicera med patienter i ett palliativt skede. Denna patientgrupp har ett ökat behov av att få prata om sina känslor. Finns det kunskap i att kommunicera bland vårdande personal ökar förutsättningarna till att stödja och fatta konkreta beslut (Löfmark, Nilstun et al., 2007., Chapple, Ziebland & McPehrson, 2006). I Studien av Raijmarkers, Zuylen, Costantini, Carceni, Clark, Simone Lundquist, Voltz, Ellershaw & Van der Heide, (2011) ses tydliga vinster i att prioritera samtalet. Samtalet öppnar upp och möjliggör för hopp och balans i patientens tillvaro samt gör det lättare att hantera tanken om den kommande döden.

### *Beslutsfattande*

I en studie av Clayton, Butow & Tattersall (2005) intervjuades cancerpatienter och vårdpersonal. En viktig fråga som lyftes fram var hur inbjudan till ett brytpunktsamtal skulle ske. Det som framgick var att det är av största vikt att ta hänsyn till patientens önskemål om vilka som skall närvara vid brytpunktsamtalet. Det är inte alltid självklart att individen vill dela sina svåra beslut och tankar om döden med sina anhöriga (Clayton et al., 2005). I de fall brytpunktsamtalet inte utförs och där patienten inte kan förmedla sin önskan, är det vanligt att närstående fattar beslut om den kommande vården. Studierna tyder på att anhöriga hade önskemål angående livsuppehållande behandling vilket innefattar: intensivvård, nutritions dropp och kemoterapi trots obotlig cancersjukdom. I de fall patienten var delaktig i beslutfattandet av sin egen vård prioriterades enbart symtomlindring och då kunde lindrande vård påbörjas (Löfmark et al., 2007., Jakobsson et al., 2009., Zaros et al., 2013).

Zaros et al. (2013) beskriver att över hälften av alla patienter som är i ett palliativt skede inte har beslutskapacitet kvar. Oftast är de långt gångna i sin sjukdom och kan på så sätt inte föra sin egen talan. Med denna förlust faller möjligheten bort att delta samt vara med och besluta/planera hur sista tiden i livet kommer att yttra sig. Ett uteblivet brytpunktsamtal leder till en försämrad livskvalitet (Zaros et al., 2013).

Att hålla kontinuerliga samtal var värdefullt, då fick patienten lov att diskutera känslor och tankar som dök upp. Samtalet är en viktig del där individens personlighet tas tillvara. Deras individuella berättelser skapade förutsättningar för en individanpassad lindrande vård. Detta sammantaget ger en ökad livskvalité och patienten får en realistisk acceptans för sin sjukdom (Olsman, Leget, Onwuteaka-Philipsen & Willems, 2014).

### *Teoretisk referensram*

Katie Erikssons filosofiska omvårdnadsteori grundar sig i ett holistiskt synsätt och belyser tre viktiga begrepp: människan, hälsan och vården. Om människan mår väl i sig själv, kan livet bli gott och meningsfullt oavsett sjukdom eller hotande död. Hon menar vidare att det är en fördel att ha hälsa. För att uppnå detta mål kan vi som vårdgivare stötta och vägleda patienten i dennas strävan. Hälsan och dess process startar vid födseln och fortsätter fram till döden, det inkluderar även dödsprocessen (Eriksson, 2014). Ternstedt, Österlind, Henoch & Andershed



(2012) stärker denna teori, de menar att under dödsprocessen infinner sig en ökad tillfredsställelse där människan känner sig fri från smärta, lidande och ångest. Oftast upplever individen en ökad acceptans och trygghet i det skede när döden närmar sig (Ternested et al., 2012). Eriksson (2014) hävdar att människan har rätt att påverka sättet han/hon vill leva sitt liv, där beslut fattas relaterat till deras sjukdom och död. För att göra detta möjligt krävs ett möte mellan exempelvis patient och vårdgivare, då uppstår en relation, det vill säga en vårdrelation. I detta möte sker en interaktion och ett förtroende mellan parterna skapas, vilket möjliggör för delaktighet i omvårdnadsprocessen. Löfmark et al. (2007) styrker Eriksons teori att det är lättare att genomföra ett samtal om en relation redan är etablerad mellan vårdgivare och patient (Löfmark et al., 2007). I ett samtal kan patientens värderingar lyftas vilket medverkar till vägledning i beslutsfattandet om den kommande vården (You et al., 2014). Lundquist, Rasmussen & Axelsson, (2011) hävdar att en välinformerad patient som vet sitt palliativa tillstånd får en gynnsam effekt på lidande och oro. omvårdnaden förbättras och principen om en god fridfull död uppfylls (Lundquist et al., 2011). Eriksson (2014) nämner att vårdandet aldrig är identiskt, utan bör istället utgå från den unika individen vilket innebär att vårdprocessen kan se olika ut. Det har framkommit i en studie av Löfmark et al. (2007) att varje individ och sammanhang är unikt och därför är det viktigt att patienten tillsammans med den vårdande personalen kan se och acceptera sin nya situation, övergången från botande till lindrande vård (Löfmark et al., 2007). Att vårda innefattar också begreppet att ”dela”. Att dela upplevelser, tankar och känslor kan vara avlastande i tunga stunder för många patienter. Här kan vårdgivaren gå in och hjälpa till genom att vara närvarande fullt ut. Delandet kan ske mellan en patient och en vårdgivare likväl som mellan patient och gud. De flesta har en tro att stödja sig på i mörka stunder. Här kan vårdgivaren möta patientens lidande och möjliggöra för andliga tankar. Tankarna kan bestå utav; meningen med livet och hur livet kommer att vara till exempel efter döden (Eriksson, 2002). Även för dem som inte är religiösa, så väcker döden och döendet, själsliga tankar som betydelsen med livet. Att ha förmågan att finna meningen med livet, lidandet och känna hopp i denna svåra stund, kräver en själslig medvetenhet (Webb & Stouffer., 2014).

## **Problemformulering**

Den självklara vården inom kirurgi har en kurativ inriktning men för en del patienter visar sig det inte vara möjligt. Bedömningen när en växling behöver ske (övergången till ett palliativt skede) medvetandegörs inte alltid på ett öppet och strukturerat sätt och inom kirurgi sker det oftast inte alls. Att vårda patienter utifrån kurativa principer resulterar i att patienten inte får den, i en sådan situation, bästa vården. Den kurativa principen leder till fler kirurgiska ingrepp, påfrestande medicinering samt otillräcklig smärtlindring. Resultatet blir dessutom att patienten fråntas möjligheten till självbestämmande och bevarad självbild, då förloras förutsättningen till ett värdefullt liv. Brytpunktsamtal är inom den kirurgiska verksamheten är en relativt okänd vård handling och studier inom den kontexten är svåra att finna. Därför är det oklart om sådana samtal är möjliga eller relevanta också inom kirurgi. Ett första steg att söka, sammanställa och analysera kunskapen om när ett brytpunktsamtal bör genomföras, vad det bör innehålla samt vilken kommunikation samtalen innehåller för att kunna bedöma om det är möjligt att införa i den kirurgiska vårdverksamheten.

## Syfte

Syftet är att identifiera vilken innebörd brytpunktsamtal har för patienter i palliativt skede samt hur det kommuniceras och genomförs på kirurgiska vårdavdelningar.

## Metod

En integrativ litteraturstudie med en systematisk ansats valdes för att studier som genomförts med både kvalitativ och kvantitativ metod skulle kunna användas. Den integrativa litteraturstudien utgår från ett kvalitativt synsätt. Data styr vad som kommer fram i studierna och representerar resultatet.

### *Integrativ litteraturstudie som dataanalysmetod*

Whittemore & Knafl (2005) analysmetod har använts. Metoden utgår från fem steg och följs systematiskt. Det femte steget innehåller tre sektioner. Steg ett går ut på att formulera ett syfte och på att utforma en problemformulering samt att identifiera nyckelord. Det andra steget består av en grundlig litteratursökning. I steg tre görs en datautvärdering, här läses artiklar med mål att hitta forskning anpassade till inklusionskriterierna. Det fjärde steget består av kvalitetsgranskning och i det femte steget analyseras de framtagna primärstudierna. Analysen innefattar tre delar. I den första delen skapas data från de primära studierna. Under del två sammanställs de olika studierna för att sedan jämföra likheter och skillnader med varandra. I den tredje delen identifieras nya slutsatser där artiklar inkluderas.

1. Tydliggöra studiens problem och syfte.
2. Litteratursökning i databaser där lämpliga artiklar identifierades.
3. Artiklarna granskades kritiskt och därefter utvärderades de.
4. Materialet analyserades och sammanställdes i olika teman.
5. Artiklarnas resultat sammanställdes kritisk och därefter presenterades (detta steg delas upp i tre steg).

Den inledande bedömningen gjordes utifrån titel på artikeln, sedan lästes abstrakten och därefter hela artikeln. I nästa steg granskades abstrakten för de artiklar som valts ut och i sista steget granskades artiklarna. Vidare bedöms de utifrån kvalitet och användbarhet enligt SBU:s granskningsmall. Artiklar med hög och medelhög kvalitet har använts i studien, fanns dessa inte tillgängliga i fulltext har sökningen gjorts via tidskrifterna. I analysen görs en bedömning av artiklarna och en färgkod används. Detta är för att underlätta bedömningen när ett tema ska utses. Artiklarna kodas med siffror, likvärdig information i granskningen paras ihop med varandra och får en gemensam färg. Färgen blir slutligen ett tema och på så vis bedöms informationen på ett relevant sätt.

### *Urvalsprocess*

Urvalet är patienter i ett palliativt skede på vårdavdelningar, där brytpunktsamtal kan förekomma. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i granskningen. Artiklarna är granskade av båda författarna oberoende av varandra. I de fall författarna var oense om

artikeln ska inkluderas eller inte, har den funnits med i granskningen tills den slutgiltiga gemensamma bedömningen.

### **Inkluderingskriterier**

- Studier med vuxna patienter
- Studier som publicerats mellan åren 2005-2015
- Studier från Europa eller USA
- Studier skrivna på engelska eller svenska

### **Exkludering**

- Studier med barn

### *Datainsamling*

För att finna rätt medicinska termer användes ”subject headings” (MESH) för att få ut bästa resultat av sökningen. MESH termer översätter till det medicinska ordet och därefter används de i artikelsökningen. MESH termer söks via karolinska institutets hemsida. Val av tillvägagångsätt är att söka artiklar i två olika databaser, *Cinahl och Pubmed*. Sökorden kombineras med varandra. Där efter sammanställs de med booleska söklogiken vilka är *AND*, *OR* eller *NOT*. För att uppnå optimal sökstrategi har forskarna valt att använda sig utav två olika sökslingor. Dessa slingor utgår ifrån ord som kombineras med varandra i databaserna *Cinahl och Pubmed*. Detta presenteras i PRISMA där urvalsprocessen tydliggörs och är även en kvalitetsindikator för vårt arbete.

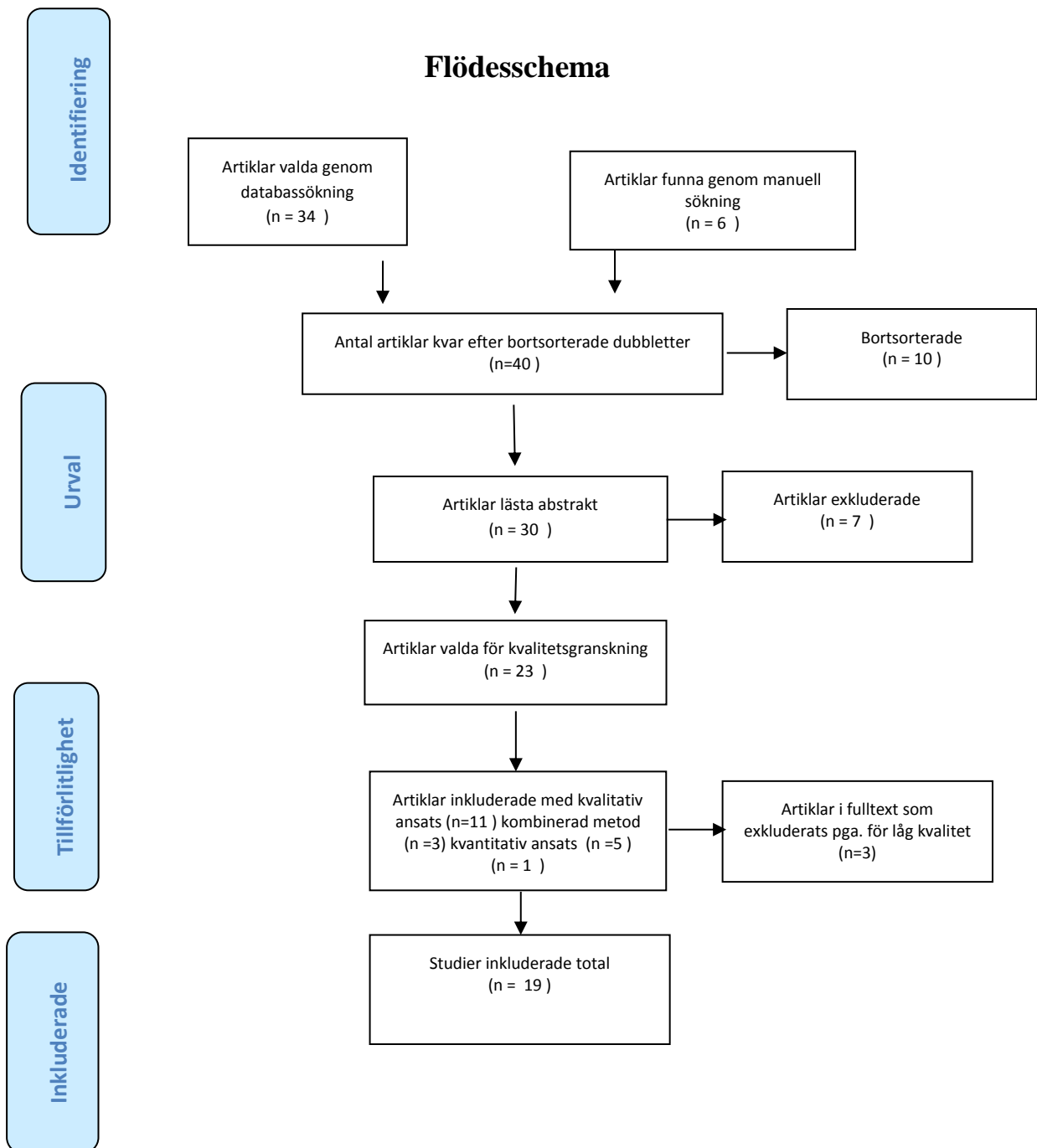
- **Sökslinga nr 1:** Patient [AB] AND information [AB] AND communication [AB] AND Palliative\*[AB] NOT Children [select a field] Sökta i databaserna.
- **Sökslinga nr 2:** Communication [select a field] AND hospital [select a field] AND end of life [select a field] AND decision making [select a field] NOT children [select a field]

I de funna artiklarna fanns referenser till sex stycken andra artiklar vilka var av intresse för vårt arbete. Dessa artiklar söktes då manuellt. För att sökningen och kunskapen skulle förbättras hos författarna har professionell hjälp fåtts från en erfaren bibliotekarie inom detta område. På så sätt har de hjälpt oss att göra artikelsökningar på ett korrekt sätt för att uppnå ett optimalt resultat.

### *De inkluderade studiernas kvalitet*

Av de 11 kvalitativa artiklarna som granskades uppnådde 2 stycken hög kvalitet då de uppfyllde nästintill alla kriterierna enligt granskningsmallen. De resterande 9 artiklarna som var kvalitativa uppnådde medelhög kvalitet. De som uppvägde var att resultatet i artiklarna var välbeskrivna men några brast på vissa punkter i granskningsprotokollet. Några av dem hade ett lågt antal deltagare men var väl genomförda. Det som fanns beskrivet i artiklarna var upplevelser ur patientens, vårdpersonal och anhörigas erfarenheter.

Utefter ett schematiskt prismaschema tydliggörs artikelsökningens tillvägagångsätt och förklaras varför artiklar exkluderades (SBU 2014)



### *Etiskt ställningstagande*

Inom vetenskaplig forskning är det av vikt att ha ett gott etiskt förhållningsätt. I artiklar bör det även finnas en tydlig etisk aspekt och vara klart beskrivet, för att minimera integritetskränkning för deltagare i studier. Enligt Polit & Beck (2012) är det betydelsefullt att välja vetenskapliga artiklar där etiska kommittén har granskat och övervägt ett godkännande (Polit & Beck 2012). Författarna har stävat efter att de valda artiklarna i denna integrativa litteraturstudie skall ha granskats och godkänts av den etiska kommitté. Ur ett samhällsperspektiv är frågan om brytpunktsamtalets effekt när samtalet genomförs. Patientens möjlighet att vara delaktiga i beslutsfattande ställer höga krav på samhället då de blir flera önskemål om vart man vill bli vårdad i livets slutskede. Många patienter önskar att få komma till Hospice vilket inte alltid är möjligt då det finns för få platser. Ur ett kliniskt kirurgisk perspektiv är det också viktigt, för att många av dessa patienter söker vård upprepade gånger och kan då komma att läggas in på felaktiga grunder. Om ett brytpunktsamtal genomförs på ett adekvat sätt så skulle patienten inte behöva uppleva detta utan istället kunna få sin vård i hemmet eller på annan önskad plats

## **Resultat**

Resultatet beskriver betydelsen av brytpunktsamtalet och varför det är så viktigt att det utförs. En tydlig överblick över resultatets tema skapar ett sammanhang av resultatets kontext.

*Tabell 1: huvudtema och subtema*

<b>Huvudtema</b>	<b>Subtema</b>
<b>Brytpunktsamtalets innehåll</b>	- Kommunikation och information - Delaktighet och planering - Brytpunktsamtalets betydelse

### *Kommunikation och information*

I resultatet ur studien av Stajduhar, Thorne, Mc Guinness & Kim-Sing (2010)., Öhlen, Wahlgren Gustafsson & Friberg, (2013), framkom det att kommunikationen är en viktig del av den avancerade cancervården. Stajduhar et al.( 2010) menar att de flesta patienter var hjälpta av att få vara delaktiga i en tvåvägskommunikation, vilket innebar att de fick hålla en öppen och individanpassad dialog där språket var enkelt. Genom en tydlig och ärlig information, blev det lättare att hantera sanningen om sin sjukdom. (Thorne, Cliffe, Kim-Sing, Hislop, Stajduhar, Harris, Armstrong & Oglov, 2010., Hagerty, Butow, Ellis, Lobb, Pendlebury, Leighl, Leod & Tattersall, 2005).

I väntan på en diagnos upplevde många att det fanns en brist i kommunikationen mellan vårdgivarna, vilket medför ökad oro och ångest. Dessa vårdtagare kände sig hjälpta av en god interaktion mellan patient och vårdgivare. Fördelaktigt är att hålla samtalet i ett enskilt rum i en lugn miljö. Under samtalet ska läkaren ha ögonkontakt och patienten bli tilltalad i sitt namn. Det framgick även att samtalet inte skulle var dömande utan ha en stöttande

framtoning, på så vis fick patienten känna sig unik som individ. Fördelen med en god informativ kommunikation var att de fick en ökad förståelse av sin cancerdiagnos och då blev övergången till palliativ vård lättare att hantera. Trots en obotlig sjukdom och vetskapen om den kommande döden, kunde de trots allt blicka framåt med sin vetskap om fysiskt, psykiskt och socialt stöd i kombination av symtomlindring. Detta sammantaget gav hopp till att leva ett värdigt liv den sista tiden i livet (Thorne et al., 2010).

*“ I don't expect big hugs but I just want some sort of human connection ” (Thorne et al., 2010) s 750*

Patienter är i behov av information för att känna sig förberedda inför sin nya livssituation. Öhlen, Wallengren, Gustafsson & Friberg (2013) stärker detta påstående genom att belysa brytpunktsamtalens fördelar. I samband med att patientens vård ändrat riktning och palliativ behandling inleds, är det av betydelse att vårdpersonal informerar grundligt om den kommande vården. I de fall information inte givits, gällande den palliativa behandlingen, infann sig oro. Oro kring det verkliga livet och hur den nya livssituationen skulle påverka vardagen. Hade ett samtal förts och en vårdrelation etablerats mellan parterna gav det en trygghet, styrka och hopp (Öhlen, Wallengren, Gustafsson & Friberg, 2013., Johnson, Gorman, Morse, Firth, & Rushbrooke, 2013).

*“If the patient is not informed that death is imminent, you deny them the chance to make important choice” (Dalgaard et al., 2010) s 90*

#### *Brytpunktsamtalens betydelse*

I brytpunktsamtal ska läkaren individanpassa samtalet och informationen, då blir planen unik för patienten. Genom att informera väl och skapa utrymme för samtal, skapas det en klar och tydlig bild. Denna tydlighet skapar förutsättningar till att förstå varför behandlingsplanen ser ut på ett visst sätt. Förförståelsen ökar också patientens medvetenhet att ta tillvara på sina egna värderingar. I de fall patienten fick uttrycka sin sista önskan kunde ledsamhet, rädsla, känslomässig stress och ilska komma upp under samtalet. Beträffande sin behandling, föredrog de överlag en lindrande vård istället för än en mer aggressiv smärtsam behandling i ett livsförlängande syfte. Genom att få sin önskan respekterad upplevde patienten en ökad tillfredsställelse. Trots detta valde vissa patienter en aggressiv behandling bara för att tillfredsställa familjens önskningar (Walczak, Butow, Davidsson, Bellemore, Tattersall, Clayton, Young, Mazer, Ladwig & Epstein, 2011., Norton, Metzger, DeLuca, Stewart, Quill, & Gramling, 2013., Stewart, Ladwig, Norton, Gramling, Davis, Metzger, DeLuca & Gramling, 2014., Konstantis & Exiara, 2015). I studien av Friedrichsen & Strang (2004) tas fördelen upp med att lyfta patientens önskan och förväntningar i ett brytpunktsamtal. I samtalet kan känslor uttryckas och kunskapsutbyte ske gällande sjukdom. När samtalet var tillräckligt långt fick patienten svar på sina frågor, i och med det infann sig en tillfredsställelse. Denna meningsfullhet föll bort då läkaren hade tidsbrist i samtalet. Det yttrade sig i empatilöshet samt att patientens känslor inte beaktades (Friedrichsen et al., 2004).

Det finns tydliga brister i kommunikationen mellan läkare och patient rörande den kommande döden. Orsaken till denna kommunikativa svårighet visar på enligt Dalgaard et al. (2010) att läkare har svårt att hålla detta samtal på grund av att de kände en rädsla över att frånta individen hoppet. Det resulterade i att brytpunktsamtal inte erbjöds i tid menar Winkler, Rieiter-Theil, Lange-Rieb, Schmal-Menges & Hidderman, (2009) trots att patienten hade beslutskapacitet kvar. Därmed fråntogs patienten möjligheten till att vara delaktig och bestämma om sin kommande vård. I vissa fall erbjöds samtalet för sent då förmågan till att fatta egna beslut försvunnit (Winkler et al., 2009). Läkarna menade på att det var lättare att hålla ett samtal i de fall patienten på eget initiativ tog upp ämnet gällande sin diagnos och livssituation. I och med denna brist bland läkarna, kunde vården fortsätta på samma sätt som tidigare, oavsett om patienten endast hade några dagar kvar att leva. Detta resulterade i att kvalitén uteblev av den lindrande vården. Patientens oro och funderingar kom på så vis inte i dager, vilket gjorde ofta att de ständigt kände sig missförstådda. Vårdpersonalen fortsatte att uppmuntra vårdtagaren till att kämpa. Denna uppmuntran ingav hopp trots verkningslös behandling. Med denna bakgrund fick patienten kämpa fast behandlingen var meningslös. I stället hade det varit fullt möjligt med en god palliativ lindrande vård. Resultatet i studien pekar på att många patienter får ligga kvar på sjukhus trots att de är döende och har en önskan om att få dö hemma. Vårdpersonalen vet oftast inte hur de ska gå tillväga utan fortsätter i stället att ge patienten vätska intravenöst då patienten inte äter längre. Därmed styr vården över deras huvud (Dalgaard et al., 2010., Willard & Luker, 2006., Cohen, Bilsen, Fischer, Löfmark, Norup, Van der Heide, Miccinesi & Deliens, 2007).

Introduktionen av ett brytpunktsamtal i ett tidigt skede kan upplevas som ångestfyllt. Oavsett det, finns det fördelar med introduktionen. Den innebär att vårdtagaren får lov att vara med och bestämma, fatta beslut angående döden och på så sätt få sina önskningar uppfyllda. Brytpunktsamtalets huvudsakliga mening är att ha ett bra samtal med innebörd att förbättra livskvaliteten för patienten i ett palliativt skede genom att minska lidandet. Genom att ge möjlighet att diskutera sina val i livets slut, kan det ha psykologiska fördelar. I de fall patienten har förlorat känslan till sitt självbestämmande, kunde tydliga vinster ses i diskussionen mellan vårdpersonal och vårdtagare där det fanns möjlighet till olika val. Då infann sig en känsla av kontroll över hur livet skulle te sig. Har den palliativa fasen inletts och en diskussion kring den har tagits, blir det lättare för alla att anpassa vården. Utrymme finns till holistiskt vård där patientens symtomlindring och vård anpassas efter hur patienten mår. Genom att alla ska sträva efter en holistisk vård där patienten är i centrum så måste patientens egna ord vara beskrivna i journalen (Fields, Finnucane & Oxenham, 2013).

### *Delaktighet och planering*

Trots att palliativ vård är en god sak så uppfattas det av många som något negativt. Rädslan kring döden upplevs skrämmande och många har svårt att acceptera sanningen. Rädslan beror på att ämnet är generellt tabubelagt och ogärna diskuteras (Willard et al., 2006). I samband med att brytpunktsamtalet sker medför i regel en ändrad åsikt rörande den palliativa vården, där vårdtagaren tillsammans med anhöriga inser hur viktigt detta ämne är. I samtalet möjliggjordes det för vårdtagaren att vara delaktig i den lindrande behandlingen genom diskussion och information. Patienten fick därmed en ökad förståelse för behandlingen och

kunde då känna delaktighet i planeringen. Delaktigheten i planeringen gav hopp trots att sjukdomen var obotlig. Hopp om att inte behöva leva med smärta och oro. Därefter kunde patienten börja planera och njuta av sin kvarvarande tid tillsammans med sina anhöriga, vilket ledde till en god livskvalité (Gramling, Norton, Ladwig, Winters, Metzger, Quill, & Stewart, 2013., Hagerty et al., 2005). Richards, Ingelton, Gardiner & Gott (2013) menar på att oavsett om en vårdkontakt är etablerad och ett brytpunktsamtal är inplanerat, bör det beaktas att inte alla vårdtagare är intresserade att vara delaktiga i planeringen kring sin cancerdiagnos. Dessa patienter tillkännagav att de upplevde en rädsla kring sanningen och ville inte vara delaktiga i frågor gällande vårdförloppet (Richards et al., 2013).

I flera studier framkommer det att det finns en önskan till delaktighet kring beslutsfattandet rörande den kommande palliativa vården, oavsett i vilket tillstånd patienten befinner sig i. Denna delaktighet sker i brytpunktsamtalet. I de fall patienten inte var mottaglig för informationen angående sin cancersjukdom, upprepades informationen vid flera tillfällen. Denna upprepade information ökade möjligheten till att ha en egen åsikt gällande meningen med livet och därmed kunde viljan få styra. Utifrån detta kunde lindrande vård och behandling etableras. Delaktigheten i brytpunktsamtalet resulterade i en känsla av trygghet och i samband med det upplevdes döden vara en naturlig del i dödsprocessen. I de fall patienten inte hade känt delaktighet i brytpunktsamtalet infann sig en känsla av övergivenhet. (Sahlberg-Blom, Ternstedt & Johansson, 2000., Sep, van Osch, van Vliet, Smets & Bensing, 2014).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

I denna uppsats har en integrativ litteratur studie genomförts. Valet gjordes på grund av att denna metod ansågs mest lämplig i relation till vårt syfte. Inom det valda ämnet fanns det både kvantitativa, kvalitativa och mixade artiklar och på grund av denna spridning kunde helhetsperspektivet fångas in och lyftas fram (Whittermore et al., 2005). Urvalet av artiklar blev: 11 kvalitativa, 5 kvantitativa och 3 stycken med mixad metod. Fördelen med att de flesta artiklarna var kvalitativa var att de beskrev upplevelser vilket är mest passande till syftet. Inledningsvis var tanken att använda sig utav en systematisk litteraturstudie, detta på grund av att författarna trodde att den var den rätta för litteraturstudier. Efter en fördjupning i ämnet kom författarna fram till att modellen inte tillät kvalitativa, kvantitativa och mixade artiklar i kombination med varandra och därav måste en av metoderna väljas. Då de redan funna artiklarna var passande för ämnet och höll en hög kvalitet fanns en önskan att behålla dem, därför valdes en ny mer passande modell ut att arbeta efter. Valet blev en integrativ litteraturstudie, vilket möjliggjorde till att de redan funna artiklarna kunde behållas och användas trots byte av metod. Detta ökade förutsättningen till en bredare valmöjlighet. Författarna har utgått från Whittermore et al. (2005) arbetsprocess, där de fem stegen utfördes systematisk. Stegen var lätta att följa och på så vis minimerades det till att bristfällig litteratur inte inkluderades. Denna arbetsmodell ökade trovärdigheten på uppsatsen, med det kan den lättare göras om igen på ett likvärdigt sätt (Henricson et al. 2014).



Från början var planen att sökordskriterierna skulle var MESH indexerade. Redan i ett tidigt skede blev författarna medvetna om att det inte fanns MESH termer som passade till de valda sökorden och därav prövades olika sökstrategier för att slutligen komma fram till att detta inte var relevant. Författarna kombinerade olika sökord med varandra för att hitta den optimala sökslingan. Detta var inte helt lätt då de var fast beslutna om att hitta rätt MESH ord och tog hjälp utav Karolinska institutets hemsida för översättning till rätt medicinska ord. Trots detta blev sökningarna begränsade. Därav valdes att göra en bred sökning där hänsyn togs till om orden var indexerade eller inte. Att söka brett är att ha en hög recall, med det menas, att finna så många möjliga studier som svarar upp mot syftet (SBU, 2014).

Till slut ändrade författarna strategi till att orden inte behövde vara indexerade och fick då ett helt nytt spann i sökningen. Därefter hittades intressanta och givande artiklar vilket inte hade kommit fram under den tidigare begränsningen. Efter att ha valt två lämpliga sökslingor fick författarna ut 1 500 artiklar. Många utav artiklarna kunde uteslutas genom titeln på grund av att de inte motsvarade till syftet. I den första sökslingan gjordes en utökad begränsning då sökningen blev alldeles för stor. Istället för att söka artiklar från tio år tillbaka så lades begränsning på fem år. Detta resulterade i färre artiklar med ett bättre aktuellt innehåll. Den planerade tiden att söka artiklar på blev inte som planerat, då författarna hade svårt att sätta en begränsning i sökandet. Det tog mycket tid att hitta rätt sökslinga och det krävdes många olika ordkombinationer. Författarna använde sig utav ”snöbollsmodellen” vilket i detta fall gick ut på att starta artikelsökningen med ett ord och utefter resultat lägga till ytterligare ett ord och kombinera dessa med varandra för att ytterligare göra fler sökningar. Genom att använda sig utav denna modell så blev sökresultatet mycket färre än vid början av sökningen. Fördelen med ett mindre antal artiklar var att dessa innehöll de ord författarna hade valt utifrån syfte till deras studie. Alla artiklar som inkluderades i resultatet var vetenskapligt granskade och därmed godkända ur ett etiskt perspektiv. I granskningen av artiklar använde vi oss utav SBU granskningsmallar för kvantitativa och kvalitativa artiklar. Dessa är inte helt lätta att bedöma på grund av att de är svårtolkade och innehåller otydliga kriterier för bedömning av kvalitet. Genom att presentera artikelsökningen efter ett schematiskt schema så ger detta en tydlig överblick över hur själva urvalsprocessen gick till. Denna tydlighet minskar risken för missförstånd och ger läsarna en tydlig överblick.

## **Resultatdiskussion**

Det som framkom utifrån de funna artiklarna var att få beskrevs ur ett kirurgiskt perspektiv. De valda artiklarna var i huvudsak studier från onkologiska organisationer. Under analysdelen av resultatet har ett huvudtema vuxit fram vilket är brytpunktens innehåll. Ur brytpunktens innehåll fann vi tre olika subteman som stärkte författarnas resultat. Dessa subteman är kommunikation/information, delaktighet/ planering, brytpunktsamtalets betydelse. De valda teman användes som rubriker i resultatet.

### *Kommunikation och information*

Ur studien av Löfmark, Nilstun & Ågren- Bolmsjö (2007) framkommer det att en tvåvägskommunikation var viktig för att patienten skulle kunna vara delaktig och påverka den

kommande palliativa vården. Fördelaktigt var om det fanns kunskap i att kommunicera bland vårdande personal, då ökade patientens förutsättningar till att få stöd och fatta konkreta beslut vilket även Eriksson (2014) belyser i sin vårdteori (Löfmark et al., 2007). Det visade sig genom att vara tydlig i kommunikationen och att ge ärlig information, gav det patienten kunskap om sin sjukdom. I samband med det förbereddes patienten inför den nya livssituationen. Om man inte förstår vad som sägs så blir situationen svårare att hantera och skapar obalans och oro. Då faller viktig kunskap bort som skulle möjliggjort för god lindrande behandling. Genom att patienten förstår vikten av informationen som ges rörande prognos och att diskutera behandlingsalternativ, möjliggör det för en god symtomlindring (Jors et al 2014). Enligt författarna så är det här en möjlighet att få lov att vara med och påverka och det ökar förutsättningen till ett liv utan onödigt lidande. Det är viktigt att all personal har kunskap i ämnet och kan informera på ett grundligt och trovärdigt sätt. En relation med öppen dialog leder till att patienten känner sig trygg. Detta synsätt som även Eriksson (2014) förespråkar är fullt genomförbart även på kirurgiska vårdavdelningar då detta är en naturlig tankeprocess. Hela vårdssystemet bygger på en kommunikation för att vårdorganisationen ska fungera. En viktig faktor att beakta är att information bör ges i en lugn miljö i ett enskilt rum. You et al. (2014) menar på att samtalet skall vara privat då patientens integritet ska bevaras.

### *Brytpunktsamtalets betydelse*

Det finns många vinster med att bjuda in till ett brytpunktsamtal. Genom att dokumentera det utifrån patienten egna ord gällande den kommande palliativa vården, ökar förutsättningar till att få vara med och påverka. Påverka hur behandlingen skulle kunna se ut tillexempel: om det skulle bli cytostatikabehandling, smärtlindring eller ingen behandling alls. Dessa ämnen diskuteras i brytpunktsamtalet. Det finns studier som pekar på i fall inte delaktighet sker i brytpunktsamtalet, så är det inte helt ovanligt att anhöriga går in och fattar beslut. Dessa beslut består oftast av livsförlängande behandling som är tuffa och innefattar intensivvård (Löfmark et al. 2007). Omvårdnads målet bör vara att alla patienter som är i palliativt skede ska kunna få delta i ett brytpunktsamtal (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2014). Att hålla kontinuerliga samtal var värdefullt, här fick patienten lov att diskutera känslor och tankar som dök upp. Samtalet är en viktig del där individens personlighet tas tillvara. Deras individuella berättelser skapade förutsättningar för en individanpassad lindrande vård där alla patienter ses som unika (Eriksson, 2014). Detta sammantaget ger en ökad livskvalité och patienten får en realistisk acceptans för sin sjukdom (Olsman et al., 2014).

Genom att ha ett brytpunktsamtal i tidigt skede innebär de att livskvalitén förbättras för patienten, detta medför ett reducerat lidande. Det finns psykologiska fördelar med att lyfta frågan om livets sista önskan. Genom att erbjuda olika val som alternativ till behandling möjliggör det även till att avstå behandling. En del patienter med diagnos obotlig sjukdom, kan inledningsvis få en minskad självkänsla. Genom att vi som vårdpersonal går in och ger stöd och erbjuder psykologisk kontakt kan vi bidra till en ökad självkännet. Det leder till att patienten får kontroll över situationen och upplever fridfullhet samt känna en hög kvalité i livet. Välbefinnande är att ha möjlighet att vara med sin familj och kunna göra saker tillsammans och kanske på ett annorlunda sätt. Här kan vi som vårdpersonal komma in och stödja och vägleda när problem uppstår (Bernacki et al., 2014). Oavsett sjukdom är det viktigt

ha hälsa, hopp och en tro på framtiden (Eriksson, 2014) Då ökar förutsättningarna till en meningsfullhet i livet och skapar en trygghet till att ha en tro på framtiden. Tillvägagångssättet för ett brytpunktsamtal indikerar att det är fullt möjligt att uppnå liknande mål inom den kirurgiska verksamheten.

Ur resultatet har det framkommit att samtalet sällan blir av då det finns brister och rädslor bland läkarna att beröra planeringen kring palliativ vård. Möjligheten för patienten att delta och bestämma om den kommande vården faller bort. Förutsättningen för en god kvalitetsmässig vård i livets slut kunde inte genomföras och ett ständigt missförstånd infann sig bland patienterna. Gaertner et al. (2013) menar på att kirurger har svårare att acceptera när bot inte längre är möjligt utan fortsätter att operera patienter som inte längre kan botas. De har svårt att släppa den kurativa tanken och är måna om att komma på olika lösningar för att förlänga livet, utan att tänka på möjligheten att låta patienten vara med och bestämma. I stället för att påbörja en lindrande vård där patientens önskemål tas i beaktande, ges patienten inte möjlighet att framföra sina önskemål. Detta kan göra att patientens symtomlindring blir otillräcklig och patients död blir plågsam. Det här dilemmat stöter författarna ofta på. Då vetskapen är att patientens allmäntillstånd oftast är för dåligt för att genomgå detta ingrepp. Följden blir att de opereras och dör av komplikationer efter operationen. Författarna menar på att detta kunde göras på ett annat sätt där patientens bästa sätts i fokus och att de hade fått avsluta livet på ett värdigt sätt. Genom att ändra fokus i sitt tänkesätt och se till patientens helhet kan övergången från de kurativa till det palliativa synsättet även etableras på en kirurgisk avdelning.

### *Delaktighet och planering*

Många uppfattar ordet palliativ som något skrämmande och det finns mycket rädsla kring det. Det har framkommit att ordet döden inte vill diskuteras och detta beror enligt studier på att det är ett tabubelagt ämne. När väl ämnet diskuteras så förstår man hur viktigt detta är och vilken betydelse det har. Med det menas att förförståelsen ändras och därmed ändras också åsikten rörande den palliativa vården. För patienten innebar det att få lov att vara delaktiga i planeringen det ingav hopp, trots obotlig sjukdom. Detta sammantaget möjliggjorde för att dödsprocessen blev en naturlig del i livet. För patienten i ett palliativt skede är det viktigt att känna ”hopp” för att kunna hantera innebörden av cancersjukdomen. Den personal som vårdade palliativa patienter var noga med att balansera ”vårdandet” mellan hopp och ärlighet, just för att de inte skulle känna hopplöshet. De kunde tydligt se att ”hoppet” var det som gav välbefinnande och medförde viljan till att göra den sista tiden meningsfull. (Olsman et al., 2014 & Eriksson, 2014). För att vi som vårdpersonal ska kunna balansera hopp med ärlighet är det viktigt att vi är pålästa i ämnet och insatta i patientens livssituation. Finns dessa förutsättningar kommer patientens önsknings att tillgodoses, vården blir individanpassad och patienten får en god omvårdnad. De finns patienter som gör ett val att inte vara delaktiga i beslutsfattandet. Detta kunde bero på att rädslan för sanningen var för stor. Denna rädsla var för stor för att kunna förbises då det skapa mer oro än nytta (Bernacki et al., 2014) Det är viktigt att ha i åtanke att de finns de som inte vill veta sanningen och då måste detta respekteras. Om man inte respekterar patienten så är det en kränkning av patientens önskan. Det enda som kan göras är att erbjuda till delaktighet och sen är det patientens val som avgör.

## **Slutsats**

Det finns rädslor att frånta patienten hoppet och även likaså att fatta beslut gällande den palliativa vården. Det författarna har sett återkomma i många studier är att det finns en brist i kompetens bland vårdande personal gällande palliativ vård. Det resulterade i att omvårdnaden höll en kurativ inriktning. Trots bristfällig kunskap och rädsla kring den palliativa vården så finns många vinster med hålla ett brytpunktsamtal. En av vinsterna med samtalet var att de flesta patienterna upplevde ett välbefinnande i och med det infann sig en känsla av kontroll. På så vis blev det lättare att hantera sina symtom och slippa ett onödigt lidande. Patienter som inte fick möjlighet att delta i brytpunktsamtalet hade en ökad oro och fick oftast inte rätt behandling. Genom att ha en tydlig utarbetad plan så slipper patienten åka in och ut från sjukhus den sista tiden i livet. Patienten har därmed en möjlighet att få välja vilken plats han/hon vill vistas på den sista tiden i livet.

## **Kliniska implikationer**

Författarna har förstått genom studien att brytpunktsamtal är viktigt men att det är få som bjuds in till ett sådant samtal på kirurgiska vårdavdelningar. Genom att vara informerad och få lov att vara delaktig kan patienten få möjlighet till att påverka sin egen vård vid avslutningen av sitt liv. Fokus bör ligga på livskvalitet då det är den som gör att patientens liv blir värdigt. Svårigheten inom den kirurgiska vården verkar att ligga i att kunna bryta det kurativa tänkandet i ett adekvat skede.

## ***Kunskapsförbättring inom yrkesprofessionen***

- Vetskap har skapats om vad palliativ vård är
- Att skapa tydliga riktlinjer i form av pm på vårdavdelningen
  - Fånga upp patienten i ett tidigt skede
  - Skapa intresse och kompetens hos personalen inom ämnet.
- Genom att ha gjort den här studien så höjs statusen på den palliativa vården då frågan har lyfts och diskuterats.
- Den här studien presenteras på avdelningen för att personalen ska få en ökad förståelse för palliativ vård.

## Referenser

Aamondt Thon, I., Lie, I., & Hellesö ., R. (2013) Nurses perspective on the discharge of cancer patients with palliative care needs from a gastroenterology ward.international. *Journal of palliative nursing*, 19(9).396-403

Apostolos, E & Exiara, T. (2015) Breaking Bad News in Cancer Patients. *Indian Journal of palliative care*. 21 (1), 35-38. Doi: 10.4103/0973-1075.150172

Bernacki, E. R & Block, D. S. (2014) Communication about serious illness care goals a review and synthesis of best practices. *JAMA internal medicine*. 174 (12), 1994-2003. Doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5271

Butow, P.N.,Clayton, J.M., & Tattersall, M.H.N. (2005) The Needs of Terminally III Cancer Patients versus Those of Caregivers for Information Regarding Prognosis and End- of- Life Issues. *American cancer society*,103(9), 1957-1964. Doi:10.1002/cncr.21010

Chapple A, Ziebland S & McPherson A., (2005)The specialist palliative care nurse: A Qualitative study of the patients perspective. *International journal of nursing studies* 43(2006). 1011-1022, doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.007

Cohen, J., Bilsen, J., Fischer, S., Löfmark, R., Norup, M., van der Heide, A., Miccinesi, G & Deliens, L. (2007). End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference? *Journal Epidemial Community Health*, 61(1). 1062-1068. Doi: 10.1136/jech.2006.056341

Dalgaard, K. M., Thorsell, G & Delmar, C. (2010). Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital- based palliative care. *International Journal of palliativ nursing*, 16(2) 87-92

Eriksson, K (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Fields, A., Finnucane, A., & Oxenham, D. (2013). Discussing preferred place of death with patients: staff experiences in a UK specialist palliative care setting. *International Journal of palliative nursing* 19(11) 558-565.

Friedrichsen, J. M & Strang,M. P. (2003). Doctors´ strategies when breaking bad news to terminally ill patients. *Journal of palliative medicine* J. 6 (4) 565-574

Gaertner J, Weingärtner, V. Wolf J, Voltz R., (2013). Early palliative care for patients with advanced cancer: how to make it work? *Journal of current opinion in oncology*. 25(4)343-352, doi: 10.1097/CCO.0b013e3283622c5e

Gramling, R., Norton, S., Ladwig, S., Winters, P., Metzger, M., Quill, T & Stewart, A. (2013). Latent Classes of Prognosis Conversation in Palliative Care: A Mixed- Methods Study. *Journal of palliative medicine*, 16(9) 653-660. Doi:10.1089/jpm.2012.0381

Hagerty, G. R., Butow, N.P., Ellis, M.P., Lobb, A. E., Pendlebury, C. S., Leight, N., MacLeod, C & Tattersall, N.H. M. (2005). Communicating With realism and Hope: Incurable cancer patients` Views on the disclosure of prognosis. *Journal of clinical oncology*. 23 (6) 1272-1288. Doi: 10.1200/JCO.2005.11.138

Henricson, M. (2014) *Vetenskaplig teori och metod.*, Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson E., Bergh I., Gaston-Johansson F., Stolt C-M., Öhlén J. (2006) The turning point: Clinical identification of dying and reorientation of care. *Journal of palliative medicine*, 9(6), 1348-58

Johnson, L. A., Gorman, C., Morse, R., Firth, M & Rushbrooke, S (2013). Does communication skills training make a difference to patients experiences of consultation in oncology and palliative care services? *European Journal Of Cancer Care*, 22 (9) 202-209. Doi: 10.1111/ccc.12014

Jors, K., Adami, S., Xander, C., Meffert, C., Gaertner, J., Bardenheur, H., Buchheldt, D., Meyer-Steinacker, R., Viehrig, M., George, W & Becker, G. (2014) Dying in cancer centers: Do the circumstances allow for a dignified death? *Journal of cancer*, 15 (10):3254-60. doi: 10.1002/cncr.28702

Lundquist, G., Rasmussen H, B & Axelsson, B.(2011). Information of imminent death or not: Does it makes a difference? *Journal of clinical oncology* 29 (10). 3927-3931. Doi:10.1200/JCO.2011.34.6247

Löfmark, R., Nilstun, T., & Ågren-Bolmsjö, I. (2007). From cure to palliation: concept, decision and acceptance. *Journal of medical ethics*, 33(12), 685-8. Doi:10.1136/jme.2006.018895

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (2014). Vad är palliativ vård? Hämtad 2014-10-14, från <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>

Norton, A. S., Metzger, M., DeLuca, J., Stewart, C. A., Quill, E. T & Gramling, R. (2013). Palliative Care Communication: Linking Patients Prognoses, Values. And Goals of Care. *Research in Nursing & health* 36 (9) 582-590. Doi:10.1002/nur.21563

Olsman E., Leget C., Onwuteaka-Philipsen & Wilems D. (2014). Should palliative care hope be truthful, helpful or valuable? An interpretive synthesis of literature describing healthcare professional`s perspective on hope of palliative care patients. *Journal of palliative medicine* 28(1). 60-70, doi: 10.1177/0269216313482172

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Richards, N., Ingelton, C., Gardiner, C & Gott, M. (2013). Awareness contexts revisited: interderminacy in initiating discussions at the end-of-life. *Journal of Advance nursing*, 69(12), 2654-2664. doi:10.1111/jan.12151

Raijmarkers, Zuylen, Costantini, Carceni, Clark, Simone Lundquist, Voltz, Ellershaw & Van der Heide (2011) Issues and needs in end-of-life decision making: An international modified Delphi study. *Journal of palliative medicine*. 26(7).948-953, doi:10.1177/0269216311423794

Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B-M., & Johansson, J-E. (2000). Patient Participation in Decision Making At The End Of Life As Seen By A Close Relative. *Nursing Ethics*, 7 (4) 296-313.

Sandman, L., & Woods, S. (2003) *God palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sep, S.C. M., Van Osch, M., Van Vilet, M.L., Smets, M.A, E & Bensing, M. J. (2014). The power of clinicians 'affective communication: How reassurance about non- abandonment can reduce patients 'physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient education and counseling*. 958 (2014) 45-52. Doi:10.1016/j.pec.2013.12.022

Socialstyrelsen. (2013). Nya rekommendationer om vård i livets slutskede. Hämtad 2014-10-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/nyarekommendationeromvardilivetslutskede>

Stajduhar I . K, Thorne E, S, McGuiness & Kim-Sing, C., (2009) Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*.19 (10),2039-204, Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2014. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården en handbok*. Hämtad: 2015-03-10

Stewart, C. A., Ladwig, S., Norton, A. S., Gramling, D., Davis, J. K., Metzger, M., DeLuca, J & Gramling, R. (2014) Emotional Distress and Compassionate Responses in Palliative Care Decision- Making Consultations. *Journal Of Palliative Medicine*, 17 (5) 579-584. Doi: 10.1089/jpm.2013.0551

Svenska palliativa registret. (2014). Brytpunktsamtalet. Hämtad 2014-10-17, från [http://palliativ.se/?page\\_id=16](http://palliativ.se/?page_id=16)

Ternstedt, B-M. Österlind, J. Henoch, I & Andershed, B. (2012) *De 6 S:n*. Lund: Studentlitteratur.

Thorne, S. Cliffe, J. Kim-Sing, C. Hislop T, G. Stajdyhar, K. Harris S, R. Armstrong E, A. & Oglov, V. (2010) Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European journal of cancer care* 29(1)746-754, doi:10.111/j.1365-2354.2009.01125.x

Walczak, A., Butow, N.P., Davidson, M.P., Bellemore, A. F., Tattersall, H.N.M., Clayton, M. J., Young, J., Mazer, B., Ladwig, S & Epstein, M. R. (2011). Patient perspective regarding communication about prognosis and end-of-life issues: How can it be optimized? *Patient education and conseling*. 90 (2013) 307-318. Doi: 10.1016/j.pec.2011.08.009

Webb, J & Stouffer E. L. (2014). Religious and spiritual differences within families: Influences on end- of- life decision making. *The Journal for nurse practioners*. 10 (8). 588-593, doi:10.1016/j.nurspr.2014.05.018

Whittermore, R & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*. 52 (5), 546-553.

Widell, M. (2003) *Lindrande vård- vård i livets slutskede*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Willard K & Luker C (2006) Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Journal of palliative medicine* 20. 611-615. Doi:10.1177/0269216306071064

Winkler, C. E., Rieiter-Theil, S., Lange-Rieb, D., Schmal-Menges, N & Hidderman, W. (2009). Patient Involvement in Decision to Limit Treatment: The Crucial Role of Agreement Between Physican and Patient. *Journal of clinical oncology*, 27 (13), 2225-2230. doi:10.1200/JCO.2008.17.9515

You J, J., Fowler A, R & Heyland. (2014). Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *Canadian medical association journal*.186 (6). 425-432, Doi:10.1503/cmj.121274

Zaros C, M., Randall J, C., Silviera J, M., Elmore G., J.(2013).Opportunity lost: End- of- life disscussion in cancer patients who die in the hospital. *Journal of hospital medicine*. 8 (6). 334-340, doi: 10.1002/jhm.1989

Öhlen, J. Wallengren Gustafsson, C. & Friber, F. (2013) Making Sense of Receiving Palliative Treatment. *Journal of cancer nursing*. 36(4) 265-271, doi:10.1097/NCC.0b013e319826c96d9.



**Table 1** *Context, aim of intervention, outcome effects of person-centred care interventions in the reviewed studies.*

<b>Authors and year</b>	<b>Study environment Country</b>	<b>Aim of intervention</b>	<b>Outcomes reported</b>	<b>Quality Review</b>	<b>1= hög kvalitet 2= medel kvalitet 3= låg Klassificering</b>
Thorne et al. 2010	Hospital and home Canada	Our research explores communication throughout the cancer trajectory from the perspective of patients themselves	Environment Professional demeanor receptivity individual tailoring sensitivity	N= 60	Kvalitativ=2
Johnson et al. 2013	Oncology and palliative service care Great Britain	The primary aim was to evaluate whether the advanced communication skills training improves patients' experiences of consultation		N=112 4	Kvantitativ=1 Intern validitet: Uncertain Extern validitet uncertain Trovärdighet . Sample size of uncertain adequacy
Sahlberg-Blom et al. 2000	Hospital in Sweden	The aim of the present study was to describe variations in patient participation in decisions about care planning during the final phase of life for a group of gravely ill patients. And how the different actors manner of acting promotes or impedes patients participation.	Support patients wishes Self-determination. Opportunities to participate in decision making	N=37	Kvalitativ=2

Öhlen et al. 2007	Oncology unit Sweden	The aim was to interpret how patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer make sense of receiving palliative treatment over time.	Uncertainty of the amendment life situation becomes. Important knowledge so they had a better understanding.	N=14	Kvalitativ=1
Richards et al 2013	Hospital. United states	To explore if and how information about transition to a palliative care approach was communicated to patient recently discharged from hospital and who fulfilled standardized criteria for palliative care need.	Open awareness Some patient were unaware about their prognosis. Effect of phsyical effect Quality of life Patient understanding/provision of information	N=18 K 2	Kvalitativ=2
Hagerty et al. 2007	Hospital Australia	To identify preferences for the process of prognostic discussion among patients with incurable metastatic cancer and variables associated with those preferences	Realistic, provide an opportunity to ask question and acknowledge them as an individual when discussing prognosis	N= 126	Mixed method=2
Willard et al. 2006	Hospital United states	This paper discusses the challenges to appropriate EOL care in acute hospitals in the UK, highlighting how this setting contributes to the patients and families' care and treatment requirements being excluded from decision-making	EOL interventions in the acute setting were driven by a preoccupation with treatment, routine practice and negative perceptions of palliative care. All these factors shaped clinical decision making and prevented patients and their families from fully participating in clinical decision- making at the EOL.	N=29	Kvalitativ metod =2
Norton et al. 2013	Medical center United states	This studys aim was to describe the process of prognostic communication in PC goals of care consultations	Clarifying current path, linking path and patients values Awareness making the patients understanding easier	N=66	Mixad metod = 2
Konstantis et al. 2015	Hospital Greece	In a regional hospital many patients are newly diagnosed with cancer. Breaking the bad news in these patient and their relatives are a tough task. Many doctors are not	Had a consistent plan for breaking bad news. Delivered bad news in a quiet place. Checked for understanding and did not rush through the news.	N=59	Kvantitativ=2 Intern validitet: Uncertain

		experienced in talking to patients' about death or death-related diseases. In recent years, there have been effort to change the current situation. The aim of this study was to investigate the experiences and education of medical personnel in breaking bad news in a secondary hospital	Used simple words. Allow physical contact with the patient.		Extern validitet uncertain Trovärdighet . Sample size of uncertain adequacy
Cohen et al. 2007 15	Home, hospital and care home  Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland	To examine differences in end-of-life decision making in patients dying at home, in a hospital or in a care home	The discussion with the patient about alleviation of pain and symptoms or non- treatment decision was very low in hospital and home care.	N=124 92	Kvantitativ= 1 Intern validitet: Acceptable internal validity Extern validitet Probable external validity Trovärdighet: Premediated and sufficient study size
Fields et al 2013	Specialist palliative care service United States	To explore clinican experiences of discussing preferred place of death with palliative care patients.	Important to discuss patients final wishes. Discussing preferences at the end of life. Giving support to the patient	N=6	Kvalitativ = 2
Stajduhar et al 2010	Home and Hospital Great Britain and Canada	Based on a secondary analysis of data from a large qualitative study on cancer care communication, we address the question: What do patients with advanced cancer identify as helpful in their communication encounters with health care providers?	Respecting the importance of time. Demonstrating caring. Acknowledging fear and balancing hope and honesty in provision of information.	N=34	Kvalitativ =2
Stewart et al 2014	Hospital United States	To describe the types and frequency of emotional distress that patients and loved ones express and how providers respond to these emotions during PC decision making	Emotional distress was equally expressed, it's express In sadness, anxiety and anger/ frustration.	N=71	Kvantitativ=2-3 Intern validitet- Uncertain

		consultations with seriously ill hospitalized			Extern validitet- Uncertain Trovärdighet Sample size of uncertain adequacy
Dalgaard et al 2010	Hospital Denmark	The aim of the intervention was to alleviate suffering and improve the patients' quality of life	Transition between the different clinical phases should be identified and explicitly communicated to patients and families.	N=85	Kvalitativ=1
Walczak et al 2011	Oncology ward and treatment centres United states and Australia	To explore patients' perspectives across two cultures regarding communication about prognosis and end-of-life care issues and to consider the ways in which these discussions can be optimized	Patient's sense of self-efficacy and comfort in asking question and communicating with their doctor also appeared to be helpful. Outcome of the discussion was a sense of being able to move on.	N=34	Kvalitativ=2
Friedrichsen et al 2003	Hospital Sweden	The aim of this study was to study how doctors perceive their strategies when giving information to cancer patients about discontinuing active tumour treatment.	Explaining and convincing, have a well-informed patient. Delivering information was to spare the patient from suffering as possible. Adapted information to the patient's situation	N=30	Kvalitativ=2
Gramling et al 2013	Medical center United states	Latent classes of prognosis conversation in palliative care	Allowed patient to express their personal values in relation to prognosis. Discussion of prognosis was brief and focused on quality of life.	N=71	Mixed method=2
Winkler et al 2009	Medical wards Germany	The aim of this study was to describe, first, the decision-making process concerning the limitations of life-prolonging treatment, second, the extent to which patients actually involved in these decisions, and third, to detect medical and ethical factors that affect patient involvement.	Informed about their prognosis respectively and being involved. Patient wishes was not to prolong suffering. The patient had no decision capacity left.	N=76	Kvalitativ = 2

Sep et al 2014	Institute for health service Netherlands	The diagnosis of incurable cancer may evoke physiological arousal can negatively impact patients' recall of information provided in the medical consultation. We aim to investigate whether clinicians' affective communication during a bad news consultation will decrease patients' physiological arousal and will improve recall	While the diagnosis increased skin conductance levels in all analogue patients, skin conductance levels during the remainder of the consultation decreased more in the affective communication condition than in the standard condition. Analogue patients recall was significantly higher in the affective condition,	N=50	Kvantitativ =2 Intern validitet Acceptable internal validity Extern validitet: Uncertain external validity Trovärdighet: sample size of uncertain adequacy
----------------	---	--	--	------	---

**Bilaga 2****Tabell 2:** Utveckling av kategorier från resultatet knutna till artiklar

<b>Artiklar relaterade till varje kategori</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Områden</b>
Stajduhar et al., Sing 2010 ; Öhlen et al, 2013; Thorne et al., 2010; Hagerty et al., 2005; Dalgaard et al., 2010; Sahlber-Blom et al., 2000; Sep Van Osch et al., 2014; Fields et al., 2013	Möte	Kommunikation
	Samtal	
	Interaktion	
Öhlen et al, 2013; Johnson et al., 2013; Dalgaard et al., 2010; Willard et al., 2006; Cohen et al., 2007; Gramling et al., 2013; Hagerty et al., 2005; Richards et al., 2013; Fields et al., 2013	Symtomlindring	Omvårdnad
	Delaktighet	
	Välbefinnande	
Walczak et al., 2011; Norton et al., 2013; Stewart et al., 2015 Konstantis et al 2015; Friedrichsen et al., 2004; Dalgaard et al., 2010; Winkler et a., 2009;	Attityd	Kultur
	Kunskap	
	Kirurgi	