

# C-uppsats i Omvårdnad

## **Kommunikation**

### **En del av sjuksköterskans vardag**

<b>FÖRFATTARE</b>	Lotta Norlander
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete I, VOM080 VT 2007
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Marit Sanchez
<b>EXAMINATOR</b>	Lars-Eric Olsson

Titel (svensk):	Kommunikation – en del av sjuksköterskans vardag
Titel (engelsk):	Communication- a Part of a Nurse´s Every day life
Arbetets art:	Självständigt arbete I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I , VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Lotta Norlander vårdenhetschef vid Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg e-post: lotta.norlander@vgregion.se
Handledare:	Marit Sanchez
Examinator:	Lars-Eric Olsson

## ABSTRAKT

**Introduktion:** Kommunikation betyder att göra något tillsammans, ha förbindelse med eller göra någon annan delaktig i något. Kommunikation kan ha som mål att reducera ovisshet, utveckla relationer samt att ge patient och närstående en rörelseinriktning. En del av kommunikationen sker på icke-verbal väg. Socialstyrelsen säger i sin kompetensbeskrivning att en del av sjuksköterskans ansvarsområde är bemötande, information och undervisning, en av delkompetenserna är att ha förmåga till att kommunicera med patient, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt.

**Syfte:** Att belysa kommunikationen mellan sjuksköterska och patient/närstående i onkologisk vård samt att se hur man kan förbättra kommunikationen hos sjuksköterskor

**Metod:** Litteraturgenomgång. Artiklarna är sökta via CINAHL och PUBMED

**Resultat:** Patienter och sjuksköterskor upplevde sjuksköterskans arbetsbelastning som en svårighet för bra kommunikation. Sjuksköterskorna tyckte att teamets inbördes kommunikation kunde vara ett hinder för kommunikationen, ex när inte alla vet samma sak. Sjuksköterskorna ansåg att de behövde mer utbildning och stöd i svåra samtal.

### Diskussion

Sociokulturella skillnader försvårar kommunikationen, vilket ställer större krav på att sjuksköterskan frågar patient/närstående med eller utan tolk hur de vill ha vården och att sjuksköterskan litar på att familjen vet hur dem vill ha det. Många ansåg att personalens inbördes kommunikation kunde vara både ett hinder och en styrka, beroende på om alla var involverade eller inte. Här gäller det att man titta på sin egen arbetsplats för att se hur personalen samarbetar. I flera av artiklarna framkommer det att arbeta med svårt sjuka patienter, deras närstående och deras känslor är ett område som försvårar kommunikationen. Att lära sig att förhålla sig på ett bra sätt till andra människors lidande är en viktig arbetsuppgift för oss ute i den kliniska vardagen, det räcker inte att ge utbildning under studietiden utan det måste fortsätta hela yrkeslivet på olika sätt. Det går inte att härbärgera alla känslor själv, man behöver hjälp med att få sätta ord på känslorna.

**Slutsats:** Att kommunikation är en viktig del av sjuksköterskans ansvarsområde som innefattar olika kompetenser. Det är ett ämne som många sjuksköterskor upplever att de saknar utbildning och tillräcklig kompetens inom. Arbetsbelastningen kan utgöra en risk att inte hinna eller inte att vilja se patientens behov. Ett framtida forskningsområde är att se sjuksköterskans strategier vid hög arbetsbelastning i relation till hennes förmåga till kommunikation kring patientens behov

**Key words:** kommunikation, sjuksköterska -patient

## Människors möte

Om i ödslig skog  
ångest dig betog,  
kunde ett flyktigt möte  
vara befrielse nog.

Giva om vägen besked,  
därpå skiljas i fred:  
sådant var främlingars möte  
enligt uråldrig sed.

Byta ett ord eller två  
gjorde det lätt att gå.  
Alla människors möte  
borde vara så.

(Hjalmar Gullberg, Att övervinna världen)

# Innehållsförteckning

BAKGRUND .....	5
Inledning.....	5
Palliativ medicin .....	5
Sociokulturella skillnader.....	5
Kommunikation/Information.....	6
Kris.....	6
Lagstiftning.....	7
Förhållningssätt.....	7
Omvårdnadsteoretisk referensram .....	8
SYFTE .....	10
METOD .....	11
RESULTAT.....	11
Hinder eller svårigheter för kommunikation ur ett patientperspektiv.....	11
Förutsättningar för kommunikation ur ett patientperspektiv.....	12
Miljö.....	12
Information/kunskap .....	12
Stödjande .....	12
Hinder eller svårigheter för kommunikation ur ett sjuksköterskeperspektiv .....	13
Förutsättningar för kommunikation ur ett sjuksköterskeperspektiv .....	15
Miljö.....	15
Information/kunskap .....	16
Stödjande .....	16
Hur samtalar sjuksköterskan.....	16
Förbättringar .....	18
DISKUSSION .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	19
Hinder och svårigheter för kommunikation .....	19
Förutsättningar för kommunikation .....	21
Förbättringar .....	23
Slutsats .....	23
Bilaga 1	

# BAKGRUND

## **Inledning**

Under mina år som sjuksköterska inom onkologisk vård, både i kurativ och palliativ vård har mötet med patienten och dess närstående alltid varit centralt. Om det inte sker ett möte mellan patient och vårdare blir inte vården optimal. I mitt nuvarande arbete som vårdenhetschef på en allmän onkologisk vårdavdelning med framför allt palliativ vård är en av de största arbetsuppgifterna för sjuksköterskorna mötet med patient/närstående. Dessa möten är ofta av stödjande karaktär. I samtalen skall även information och undervisning ingå. En del av sjuksköterskorna lyckas nästan alltid skapa ett bra möte där båda parter är nöjda efteråt. Mitt intresse med denna uppsats är att se vilka förmågor som är viktiga för sjuksköterskan i onkologisk vård.

## **Palliativ medicin**

Palliativ medicin kommer från det latinska ordet pallium som betyder täckelse eller mantel, dvs det ytterplagg som skyddar mot köld och hetta. Symboliken i ordet är viktig, manteln är ett uttryck för beskydd och omsorg och djup mänsklig solidaritet, ex som när Martin av Tours delar sin mantel med hjälp av sitt svärd och ger den nakne tiggaren den ena halvan (1).

WHO har definierat palliativ medicin på följande sätt: ”Aktiv behandling, vård och omsorg av patienter med obotlig sjukdom och kort överlevnad. Lindring av patientens fysiska smärtor och andra plågsamma symtom, samt åtgärder inriktade på psykiska, sociala och andliga/existentiella problem är centrala. Målet med all behandling, vård och omsorg är att ge patienten och dennes familj bästa möjliga livskvalitet...” (2).

I engelskspråklig litteratur inom onkologi används ett uttryck, ”supportive care”, detta uttryck har ingen bra svensk översättning men begreppet innefattar all understödjande behandling inom onkologin, ex smärtlindring, psykosocialt omhändertagande.

## **Sociokulturella skillnader**

De sociokulturella skillnaderna kommer att bli allt mer markanta inom vård och omsorg; då våra invandrare blir äldre och fler kommer att ha ett behov av samhällets omsorg. Även svenskar lever allt mer segregerat, vilket leder till tydligare sociokulturella skillnader. Detta ställer krav på att specialistsjuksköterskan vara lyhörd för vilka av patienternas och dess närståendes behov som är viktigast.

De sociokulturella villkoren ställer krav på oss i vården, att vara lyhörda för de behov och förväntningar, som patienterna och närstående har på vården. Ett stort ansvar vi har är att förklara vad vi kan erbjuda och varför vi gör på vissa sätt, att vi inte kan tillgodose alla behov, som till exempel att närstående inte kan vara på avdelningen hela tiden när inte patientens tillstånd kräver det.

### **Kommunikation/Information**

Ordet kommunikation kommer från latinets *communicare*, som betyder göra något tillsammans, ha förbindelse med eller göra någon annan delaktig i något (3).

Kommunikation kan ha som mål att reducera ovisshet, utveckla relationer samt att ge patient och närstående en rörelseinriktning. En del av kommunikationen sker på icke-verbal väg (exempelvis ansiktsuttryck, ögonkontakt, kroppshållning och tonfall) (1). Kommunikation är inte ett mål i sig utan en process för att nå omvårdnadens mål.

Information är antingen ett informationspaket som skickas från en givare till en mottagare eller så avses hela själva processen. Att informera patienten om dess situation är ett gemensamt ansvar för sjukvårdspersonalen. Det gäller att man vid varje informationstillfälle utgår från den enskilda patientens behov och situation. Det är viktigt att patienten ges en saklig information, eftersom det är bland annat på den som hon fattar sina beslut för hur hennes framtida liv kommer att gestalta sig (3).

För att kunna hjälpa patienten att bevara sociala relationer, sin självbild samt sitt självbestämmande måste vi vara nyfikna på vem människan har varit innan hon blev sjuk (1). Det går att få fram många av dessa punkter genom ett bra ankomstsamtal, liknande det som finns på hospice, där man frågar efter ex patientens självbild, om patienten vill bestämma själv eller inte, det sociala nätverket kring patienten, vilka är viktiga i hennes nätverk, hur sammanfattar patienten sitt liv, accepterar patienten att livet snart är slut - om inte- hur visar det sig? Och sist men inte minst vilka symtom upplever patienten som värst just nu. Om den sjuke inte kan svara får de närstående svara på frågorna.

### **Kris**

Som patient och närstående står man inför många svårigheter som ger upphov till oro, bekymmer och ångest inför den egna livssituationen. Patienter och närstående kan också hamna i traumatisk kris. Som vårdpersonal måste du känna till de psykiska

reaktioner som kan uppstå i samband med allvarliga och livshotande sjukdomar, för att kunna hjälpa familjen i denna nya och svåra livssituation. Ordet kris kommer av det grekiska ordet krisis som betyder avgörande vändpunkt, plötslig förändring eller ödesdiger, omvälvande förändring. En kris är en risksituation. Alla är inte lika väl rustade att hantera negativa känslor och frustrationer, att använda sig av sitt sociala nätverk och att etablera nya mål och värden i sitt liv. Sjukvårdspersonalen måste försöka återuppväcka patientens livsmod och få henne att tro på att hon kommer att kunna hantera sin situation. Man måste hjälpa henne att använda sina egna resurser och att försöka förebygga krisens riskmoment. Därigenom skapar man förutsättningar för henne att bearbeta krisen och må bättre (4).

### **Lagstiftning**

I Hälso- och Sjukvårdslagens andra paragraf framgår det att vården skall bland annat: bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att vården skall utformas så långt det är möjligt i samråd med patient (6). Socialstyrelsen säger i sin Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska att en del av sjuksköterskans ansvarsområde är bemötande, information och undervisning. Där framkommer att en av delkompetenserna en sjuksköterska skall ha, är att ha förmåga till att kommunicera med patient, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan skall även ha förmåga att förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information (7). I sjuksköterskornas etiska kod framgår det att sjuksköterskan skall ge den information som behövs för att patienten skall uppnå ett informerat samtycke och för individens rätt att välja eller vägra behandling (8).

I den statliga utredningen Döden berör oss alla (9) framgår det att patienten har rätt till att få information om sin situation men patienten har ingen skyldighet att ta emot informationen. Detta kan upplevas som jobbigt för personalen när patienten inte vill lyssna till informationen eller tala om sin situation. Studier (10) har visat att de läkare som uttrycker en stark tilltro till sin förmåga att kommunicera om svåra saker har lättare att identifiera hur mycket information om sjukdom och behandling patienten önskar.

### **Förhållningssätt**

Som sjuksköterska kan du anta en aktiv eller passiv roll i din relation och ditt handlande. Detta gäller både mot patient och närstående. Som aktiv sjuksköterska är du reflekterande, aktivt lyssnande och kontaktskapande. Den aktiva sjuksköterskan är även

informerande, initiativtagande och svarar på frågor. Detta leder till ett ömsesidigt givande och tagande mellan patient/närstående och sjuksköterskan. Som aktiv sjuksköterska kan du även vara distansnerande och då uppstår ingen kontakt, sjuksköterskan handlar genom att informera men följer inte upp hos patient eller närstående hur de tar det. Här blir det ett oengagemang från sjuksköterskan (11)

Den passiva sjuksköterskan kan vara reflekterande eller distansnerande. Den passiva reflekterande sjuksköterskan har kunskaper men omsätter inte dem i handling. Det kan bero på tidsbrist eller personalbrist. Den passiva sjuksköterskan är mer styrd av rutiner än den aktiva sjuksköterskan. Om patient eller närstående söker kontakt besvaras detta dock med dialog. Hennes beteende, med oengagemang, inbjuder inte patient och närstående till kontakt (11).

### **Omvårdnadsteoretisk referensram**

Joyce Travelbees (12) omvårdnadsteori fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Travelbee definierar omvårdnadsbegreppet:

*”Omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och vid behov, att finna mening i dessa upplevelser.”(12, sid 130)*

Joyce Travelbees människosyn bygger på existensialismen. Hon menar att människan kännetecknas av förmåga och motivation att söka efter mening i allt hon upplever i livet, såväl glädje, sjukdom och sorg. Upplevelserna är personliga och unika för den enskilda människan och färgas av tidigare livserfarenheter. Travelbee har en individualistisk människosyn - hon sätter den enskilda individen i centrum. Hon förkastar begreppen sjuksköterska och patient och menar att de skall ses som generaliserande definitioner som suddar ut individernas egna särdrag och bara låter oss se stereotyper med gemensamma drag. Människan blir då som individ generaliserad till en etikett, detta gäller både patient och sjuksköterska.

Travelbee (12) ser lidandet som en ofrånkomlig del i att vara människa. Alla människor kommer förr eller senare få uppleva lidande. Lidandet är en personlig upplevelse och är kopplat till det som den enskilda individen tycker är viktigt i livet. Hon menar att det finns olika sätt att reagera på lidandet, hon visar på två olika sätt: Varför just jag? Individen kan då inte förstå varför han har drabbats av sjukdom eller lidande och har



svårt att acceptera det. Lidandet upplevs som meningslöst och orättvist. Det andra sättet man kan reagera på är: Varför inte jag? Det är inte ett lika vanligt reaktionssätt. Det tyder på ett accepterande av situationen, utan protester om orättvisa. Travelbee menar att denna typ av reaktion bottnar i en livsfilosofi där sjukdom och lidande tillhör livet. Människor som reagerar med ”varför inte jag” lider lika mycket; men kan hantera och bemästra sin situation bättre; anser Travelbee.

Travelbee (12) ser det som en viktig egenskap hos sjuksköterskan att hon kan förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande, framför sin egen eller andra personers diagnoser eller objektiva bedömningar. Det viktigaste syftet med omvårdnad menar Travelbee är att hjälpa en individ finna mening i sina olika livserfarenheter. Man uppnår syftet med omvårdnaden genom att etablera en mellanmänsklig relation. Denna relation är en process och ett medel för att tillgodose den sjukes behov. Det är sjuksköterskans ansvar att en sådan relation etableras och upprätthålls, men det kräver delaktighet från den andre, relationen måste var ömsesidig. Travelbee menar att den mellanmänskliga relationen är ett mål som uppnås efter att man har gått igenom fem interaktionsfaser:

1. Det första mötet
2. Framväxt av identiteter
3. Empati
4. Sympati
5. Ömsesidig förståelse och kontakt

Det första mötet präglas av att man är främmande för varandra och att man då har generaliserade uppfattningar och förväntningar om varandra. Samtidigt får man ett första intryck och känsla av den andres personlighet genom observation, intryck och bedömningar. Här gäller det att sjuksköterskan försöker se bortom den generaliserade bilden av patienten och se individen. När interaktionen utvecklas och man ser varandras unikheter, kommer man in i fas två; framväxt av identiteter. Sjuksköterskan får en begynnande förståelse av patientens upplevelse av sin situation och patienten börjar betrakta sjuksköterskan som en individ istället för en roll (12).

Empati är en upplevelse som äger rum mellan två eller flera individer. Konkret en förmåga att gå in i, eller dela och förstå en individs psykologiska tillstånd i ett visst ögonblick. Man deltar i och förstår den andres tankar och känslor, men är på samma gång en egen självständig individ. Man känner närhet och den andres personlighet

tydligare än vanligt. Empatin leder till en förmåga att förutse handling. Travelbee ser empati som neutral, varken bra eller dålig. En intellektuell process som är oberoende om man tycker om den andre. Empati kräver förmåga att kunna förutse eller förstå den andres handlingar. Den förmågan bygger på egna erfarenheter (12). Sympatifasen är ett resultat av empatifasen, en önskan att lindra lidandet. Sympati kännetecknas av medkänsla, man tar del av den andres lidande, vilket förutsätter att man är nära den andre. Sympati är en attityd, ett sätt att tänka och en känsla som kommuniceras till den andre. Det kan bidra till att lindra lidandet då man delar bördan (12). I den sista fasen uppstår en nära, ömsesidig kontakt och förståelse mellan parterna. När sjuksköterska och patient delar samma upplevelse blir den meningsfull och betydelsefull för båda sidor. Relationen är ett resultat av att sjuksköterskan har lindrat patientens plågor kontinuerligt.

Enligt Travelbee är kommunikation, som kan vara verbal och ickeverbal, ett av sjuksköterskans viktigaste redskap. Hon menar att kommunikation är en ömsesidig process där man delar eller förmedlar tankar och känslor med varandra. Kommunikationen är en målinriktad process för att nå omvårdnadens mål, att hjälpa patienten att bemästra sitt lidande eller sjukdom och att finna en mening i sin upplevelse. Syftet med kommunikationen är att lära känna patienten och utforska och tillgodose hennes behov (12).

Travelbee menar att kommunikation är en svår process, som inkluderar olika kompetensområden, såsom förmåga och kunskap att tillämpa den, sensitivitet och sinne för ”timing” samt att kunna behärska olika kommunikationstekniker. Hon varnar för en övertro till dessa tekniker, att dessa inte är någon mirakelkur för interaktionsproblem, att det inte finns några magiska fraser för att etablera en relation (12).

## **SYFTE**

Syftet med denna uppsats var att belysa kommunikation mellan sjuksköterska och patient/närstående i onkologisk vård samt att se hur man kan förbättra kommunikation hos sjuksköterskor.

- Förutsättningar för kommunikation sjuksköterska/patient sett ur patientens perspektiv - hinder och möjligheter?
- Förutsättningar för kommunikation sjuksköterska/patient sett ur sjuksköterskans perspektiv – hinder och möjligheter?
- Hur kan man förbättra förmågan till kommunikation hos sjuksköterskan?

## METOD

I Pubmed begränsades sökningen till artiklar i fulltext, humans, nursing journal och publicerade mellan 1997 och 2007. I Cinahl var begränsningarna nursing, peer reviewed, research och publicerade 1997-2007. Se tabell 1.

Tabell 1. Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (referensnr)
PubMed	Cancer or oncology	5213	0
	Nurse patient communication	3684	0
	Cancer or oncology and nurse patient communication	131	14,16,18-21
CINAHL	Nurse patient communication	10	15
	Oncolog* and nurse patient relations	24	13
	Communication and nurs*	656	22
	Patient communication and nursing	26	15,16,17
	Communic* and cancer care	94	23

Vid sökningarna lästes titlarna igenom och när titeln verkade stämma med mitt syfte lästes abstractet. Jag valde artiklar, som gjorde att mitt arbete fick bredd i resultatet. Artiklarna lästes igenom noggrant flera gånger och jag fann följande områden, som jag har redovisat mitt resultat under; hinder och svårigheter för kommunikation; förutsättningar för bra kommunikation. Dessa båda ämnesområden är indelade i patient- och sjuksköterskeperspektiv. Ett tredje ämnesområde är hur sjuksköterskan samtalar och det sista området är förbättringar.

## RESULTAT

### Hinder eller svårigheter för kommunikation ur ett patientperspektiv

I ett flertal av studierna (13-15) framkom det, att patienterna kände att sjuksköterskorna var för upptagna, för att patienterna skulle vilja störa. McCabe (15) fann att patienterna ansåg, att sjuksköterskorna var mer upptagna med sina arbetsuppgifter, än att tala med patienterna. Patienterna hade en förståelse för att sjuksköterskorna var mer upptagna med sina arbetsuppgifter och att samtalen rörde dessa uppgifter mer än hur patienten mådde. I Nåden och Säters artikel (13) ursäktar en av patienterna sjuksköterskorna, för att de inte sett hennes behov att tala om religion, med att sjuksköterskorna huvudsakligen ägnar sig åt tabletter och fysiska symtom. Liu med flera (14) har i sin studie intervjuat cancerpatienter i Kina. De visade att de kinesiska patienterna

uppfattade att sjuksköterskorna var för upptagna med sitt görande för att ägna tid på patienternas psykologiska problem. Patienterna trodde även att sjuksköterskorna i första hand var där för patienternas fysiska behov, framför deras psykologiska behov. En del av patienterna uppfattade att sjuksköterskorna inte hade kunskap om psykologiska problem, utan att det var något man skulle prata med en psykolog om. En del av de kinesiska patienterna (14) ansåg att sjuksköterskornas ålder var ett hinder för att kunna prata med dem, sjuksköterskorna var unga. De kinesiska patienterna ansåg att psykiska symtom var något man höll inom familjen.

### **Förutsättningar för kommunikation ur ett patientperspektiv**

#### *Miljö*

De kinesiska patienterna betonade att en optimistisk attityd var viktig och att man upprätt höll en positiv atmosfär på avdelningen. Att de kunde ha roligt, skratta och vara på gott humör trots sin diagnos (14). I McCabes artikel (15) upplevde patienterna att alla sjuksköterskor var glada och vänliga och många av patienterna uppskattade att sjuksköterskorna använde sig av humor. Humorn ökade självrespekten hos patienterna när de kunde få andra att skratta eller när de skrattade tillsammans med sjuksköterskorna. Jarret och Payne (16) skriver att den optimistiska karaktären på avdelningen är ett särdrag för en canceravdelning. Detta menar de är en följd av att vården är osäker till sin natur och att man aldrig riktigt kan veta hur sjukdomen tar sig till uttryck.

#### *Information/kunskap*

De kinesiska patienterna erfor att sjuksköterskor var en viktig informationskälla då de är i tjänst på avdelningen 24 timmar om dygnet. Många av patienterna tyckte att det var lättare att fråga sjuksköterskan om det var något de inte hade förstått vid samtalet med läkaren (14). Nåden och Säteren (13) visade, att när sjuksköterskan var uppmärksam och förstod sig på patienternas fysiska bekymmer kände patienterna att sjuksköterskan brydde sig. Att sjuksköterskan var kunnig och kunde svara på frågor, eller var trygg i nya situationer, var viktigt. Ett flertal patienter uttryckte en känsla av att vara i säkra händer utan att det fanns en personlig närvaro av sjuksköterskan.

#### *Stödjande*

Liu med flera (14) fann i sin studie från Kina att patienterna tyckte att det var viktigt att sjuksköterskan såg till individens behov av kunskap, stöd och förklaringar till medicinsk information/kunskap. Patienterna ville att informationen som sjuksköterskan gav skulle

fokusera på behandlingens positiva effekter för att inte öka på patientens känsla av hopplöshet. Patienterna i samma studie ansåg att personalen skulle respektera anhörigas önskan att inte informera den sjuke för att skydda henne från psykiskt lidande (14).

*“If nurses tell patients the whole truth, patients will be very depressed. So I think nurses only need to tell patients gradually, or mention the truth lightly, or even hide some of the truth from the patient. This is not a bad thing for some patients (patient 3) “ (14 sid 266)*

De kinesiska patienterna var oroliga över att bli upprörda om de fick dåliga besked och att de då skulle förlora hoppet. Utan hopp trodde de att individen skulle förlora sin förmåga till coping (14).

McCabe (9) skriver i sin artikel att patienterna värdesatte en öppen och äkta kommunikation. Patienterna uppskattade att sjuksköterskorna talade ett språk som de förstod.

*“...I’d prefer if someone calm said woud you like to know?..... and to be honest and frank...(Claire)” (15 sid 45)*

I flera av studierna kom det fram, att patienterna kände att sjuksköterskorna såg dem och fanns där och att sjuksköterskorna såg dem som individer (13-16). McCabe (15) fann att en del av patienterna erfor att studenterna gav mera tid än de äldre sjuksköterskorna. En förklaring till detta säger författaren kan vara att studenterna inte har socialiserats in i en ”görande centrerad” kommunikation eller att de inte har så stort ansvar med många olika arbetsuppgifter.

Patienterna värderade sjuksköterskornas ickeverbala kommunikation som en indikator på sjuksköterskans äkthet, för den visar på känslomässigt stöd, förståelse och respekt för dem som individer. Patienterna kunde tala om när den ickeverbala kommunikationen var ett hinder för stöd (15).

### **Hinder eller svårigheter för kommunikation ur ett sjuksköterskeperspektiv**

Kennedy Sheldon med flera (17) fann i sin artikel att sjuksköterskorna upplevde att varje diagnosgrupp hade specifika situationer som gjorde det svårt att kommunicera med patienter exempelvis att arbeta med patienter med metastatisk sjukdom, diskussioner kring att avsluta behandlingar vid livets slut. Att arbeta med svårt sjuka patienter, deras närstående och deras känslor, är ett tema som återkommer i flera

artiklar, som ett område som försvårar kommunikationen (17-19). Botti med flera (18) undersökte sjuksköterskor som arbetade med patienter som hade blodmalignitet. De fann att sjuksköterskorna skyddade sig själva för att inte ”dras in i känslornas värld”. Orsakerna till detta skydd var bland annat för att förhindra att bli för involverad med patienterna och undvika att bli dränerad känslomässigt. Samtidigt ställde de sig den olösliga frågan: Kan jag hjälpa patienterna och deras närstående och ändå ta hand om mig själv?

Sjuksköterskorna ansåg att deras arbetsbelastning ibland var en nackdel för kommunikationen, att man bara hann med det tekniska görandet. Även patienter och närstående gav uttryck för att de inte ”ville störa” när de såg hur sjuksköterskorna upptagna sprang runt. Arbetsbelastningen var ett hinder för att hinna sitta ner och tala med patienterna och/eller närstående om deras specifika behov. På en del avdelningar fanns det inte fysiskt utrymme att sitta ner och samtala ostört (17-19).

Botti med flera (18) fann att sjuksköterskor som inte arbetade heltid, tyckte att de hade svårare att få kontakt med patienterna, det tog längre tid att bygga upp relationen eftersom de inte var i tjänst så ofta. Sjuksköterskorna upplevde det ibland stressande att arbeta med ”primary nursing”. Detta gjorde det svårt att diskutera patienten med en annan sjuksköterska, som inte kände patienten och om det fanns svårigheter kring patienten. Även kommunikationen mellan sjuksköterskorna försvårades då de ansåg att de arbetade isolerade från varandra.

Sociokulturella skillnader såsom språk och olika sätt att se på sjukdom och vad man bör veta och göra som patient upplevde sjuksköterskor som ett hinder ibland för bra kommunikation (19,20). Rickardson med flera (20) fann att sjuksköterskorna tyckte att det fanns problem när patient och närstående inte talade samma språk som sjuksköterskan. Detta försvårade kommunikationen. Sjuksköterskorna oroade sig över att inte veta vad patienterna hade förstått av sin diagnos och behandlingens effekter. Exempelvis att man i vissa kulturer inte använder ordet cancer vilket sjuksköterskorna upplevde som frustrerande. Att ge skriftlig information fungerar inte alltid, då informationen inte finns översatt till rätt språk eller att patient och närstående är analfabeter. Att arbeta via tolk fann sjuksköterskorna svårt. Tolkarna fanns inte alltid att få tag på, och man var osäker på vad som sagts. Ett annat problem att arbeta med tolk var att patient och sjuksköterska inte förstod det ickeverbala, som exempelvis tonfall eller kroppsspråk. Ibland uppstod kulturella problem manlig tolk till kvinnlig patient

eller att patienten inte vill ha den tolk som kommit. Sjuksköterskorna fann (20) det som frustrerande, när de kom i konflikt mellan att göra det som man var lärd att göra och att respektera patientens och hennes närståendes egna val, exempelvis när de inte fick tala med patienten själva eller att man inte skulle berätta för den som var sjuk hur situationen var. En del av sjuksköterskorna i Richardson med flera (20) artikel tyckte att de inte var helt utan fördomar mot vissa etniska grupper, men de trodde att det inte märktes i deras dagliga arbete. Sjuksköterskorna ansåg att man som sjuksköterska måste vara medveten om sina egna fördomar och om hur detta kan påverka kommunikationen. Många av deltagarna i studien hade dock upplevt så kallad omvänd rasism. Patienterna ville ha en sjuksköterska med annan etnisk bakgrund, exempelvis en vit sjuksköterska och även detta påverkar kommunikationen.

Flera av artiklarna tar upp teamets inbördes kommunikation som ett problem (17-19). Botti med flera (18) nämner som exempel när läkarna talar med patienterna utan att sjuksköterskorna är närvarande, speciellt när de meddelar diagnos. Ett annat exempel på när teamets kommunikation inte fungerar är när man som sjuksköterska vet mer än patienten.

*"I've known for days before a patient... that they've got terminal cancer and you just have to go in there and you just have to lie. (focus grupp1)"*(18, s 314)

I Sheldon et al (17) upplevde en del av sjuksköterskorna att det fanns svårigheter i sjuksköterska-läkare-patient kommunikationen som försämrade vården av patienten; att man fick inkonsekventa besked från läkarna; att man hamnade i olösliga frågor som låg utanför sjuksköterskans område och en känsla av konflikt mellan sjuksköterska och läkare. Davies med flera (19) fann att sjuksköterskans kommunikation med närstående försvårades när det inte fanns ex behandlingsplaner eller när dåliga besked lämnades på ett oprofessionellt sätt.

### **Förutsättningar för kommunikation ur ett sjuksköterskeperspektiv**

#### *Miljö*

Sheldon med flera (17) fann att sjuksköterskor från en avdelning fick styrka i att diskutera och komma fram till gemensamma sätt att närma sig svåra situationer genom tvärprofessionella samtal på avdelningen. Dessa samtal ledde till en öppnare kommunikation mellan läkare och sjuksköterska kring patienterna. Sjuksköterskornas strategier för att förbättra teamets medverkan när patient och närstående skall få dåliga

besked var att få information av läkarna om av vad som sagts och att information dokumenterades i patientens journal (19).

### *Information/kunskap*

Botti med flera (18) fann att sjuksköterskorna ibland upplevde det om en fördel att kunna närma sig patienten via sjuksköterskeuppgifter: tvätta, bädda och så vidare. De kände sig inte så skrämmande när deras huvudsyfte var något annat än att enbart samtala.

Jarret och Payne (16) fann att sjuksköterskorna använde sig av avdelningens rutiner för att få vissa situationer mindre hotande eller skrämmande. Ett exempel var att informera patienterna att de skall ta blodprover mellan cytostatikakurerna, då de vita blodkropparna förväntas att bli låga

### *Stödjande*

Richardson med flera (20) visar i sin artikel att när sjuksköterskan inte kan kommunicera på grund av språksvårigheter blir den ickeverbala kommunikationen viktig, att hålla någons hand för att visa att man bryr sig eller ha ögonkontakt.

Jarret och Payne (16) visar att generellt var samtal inom onkologin av optimistisk natur. Med optimistisk menar de inte orealistisk. I samtalen patient och sjuksköterska kom det fram att när patienten sa något positivt eller uppbyggande förstärkte sjuksköterskan detta genom att hålla med, repetera det, spegla eller utveckla frasen. Optimismen handlade sällan om bot, utan om mer realistiska saker såsom smärtfrihet, kunna åka på semester eller kunna vara vid liv för att hinna möta en närstående som kommer på besök långt ifrån.

För att kunna vara stödjande behöver sjuksköterskan se patienten som en individ med egna behov, att hjälpa denne att inte jämföra sig med andra patienter i liknande situation (16).

### **Hur samtalar sjuksköterskan**

Kruijver et al (21) fann i sin studie där hon undersökte hur sjuksköterskor samtalar med fingerade patienter vid ett fiktivt ankomstsamtal, att samtalen var till stor del av kognitiv natur. 62 % av samtalstiden utgjordes av frågor kring sjukdom, psykosociala frågor och information kring vårdavdelningen. Den affektiva delen av samtalen bestod



till stor del av (29 %) att sjuksköterskan gav ”positiv uppskattning” och förklaringar. Minoriteten av de affektiva delarna av samtalen bestod av att visa omsorg, empati och optimism, (2% var). Frågorna som sjuksköterskorna under dessa ankomstsamtal ställde var 82 % avgränsande frågor och resterande 18 % var öppna frågor. Den ickeverbala kommunikationen bestod av ögonkontakt och huvudnickningar. Sjuksköterskorna lutade sig sällan mot patienten, ej heller log de speciellt ofta eller rörde vid patienterna (21).

Sivesind med flera (22) har i sin enkätundersökning frågat sjuksköterskor inom vilka områden de tycker det är mest utmanade att kommunicera i. Resultatet visar att sjuksköterskorna tyckte att frågor rörande död, döende och att konfrontera en kollega som har ett oönskat beteende var mest utmanande. Det som rankades lättast var frågor rörande fysiska problem exempelvis smärta, fatigue (uttalad trötthet). Det fanns en skillnad mellan specialistsjuksköterskorna (APN=advanced practice nurse) och de grundutbildade sjuksköterskorna inom fyra områden se tabell 2 (22).

Tabell 2 Områden där specialistsjuksköterskorna tyckte det var enklare att samtala inom än grundutbildade sjuksköterskor

”Dödshjälp” och/eller assisterat självmord
Hantera patienter som är arga
Samtala om sexuella behov
Diskutera ingen hjärtlungräddning (O HLR)

Sjuksköterskorna fick även ranka hur de upplevde sin egen kunskap att kommunicera inom de olika områdena. Resultatet visar att de områden sjuksköterskorna tyckte det svårast att samtala inom, var där de upplevde att de saknade tillräckligt med utbildning. Skillnaden mellan grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor fanns här inom fem områden, se tabell 3 (22).

Tabell 3 områden där specialistsjuksköterskan upplevde att de har mer utb. än grundutbildade

Samtala om sexuella behov
Samtala med patienter som förnekar
Samtala med arga närstående
Samtala med en deprimerad patient
Samtala kring patientens rädsla

I Kennedy Sheldon med flera (17) artikel fick sjuksköterskorna ranka inom vilka områden det tyckte det var svårast att kommunicera inom, se tabell 4.

Tabell 4 De områden som sjuksköterskor rankade som svårast att samtala inom

Sjuksköterska – läkare-patient
Arga patienter eller närstående
Patienter med metastatisk sjukdom
Intensiva interventioner vid livetsslut
Patienter som förnekar

### **Förbättringar**

Richardson med flera (20) fann att en del av sjuksköterskorna efterlyste mera utbildning om svåra möten. De ville även ha stöd i svåra möten. De efterlyste både formell handledning och informella möten med kolleger. Dessa sjuksköterskor hade störst behov av utbildning och stöd i etniska och kulturella olikheter samt olika religioner. Målet med utbildningen och stödet skulle vara, att möta och engagera sig i alla patienter och närstående på ett mera lika sätt, oavsett etnisk, kulturell eller religiös bakgrund. Kennedy Sheldons med flera (17) fann att sjuksköterskorna ansåg att deras utbildningar inte förberedde dem tillräckligt på vidden av olika situationer och kommunikationsfärdigheter som uppstår i en klinisk vardag. Nyutbildade kände sig oförberedda på många kliniska situationer, framförallt i att kommunicera med patienter, närstående och läkare. De mer erfarna trodde att man genom vana lärde sig kommunicera bättre. Sjuksköterskorna ville ha mer utbildning i kommunikativa förmågor i grundutbildningen och i utbildningar efter examen för att utveckla och hålla kunskapen i liv.

Heaven med flera (23) fann i sin studie att enbart utbildning i kommunikation inte räckte till att förändra sjuksköterskans kommunikativa förmåga. De har i sin studie randomiserat sjuksköterskor till 12 timmars handledning, eller ingen handledning efter att ha genomgått en kommunikationsutbildning. De fann att sjuksköterskor som fick 12 timmars handledning efter kommunikationsutbildning använde sina nya kommunikativa förmågor mer i sin kliniska vardag än de sjuksköterskor som enbart genomgick kommunikationsutbildning.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Jag har valt att söka via PubMed och Cinahl och tycker att det har fungerat bra. Alla artiklar utom en (22) har jag kunnat hämta hem i fulltext via universitetsbiblioteket eller Sahlgrenska medicinska bibliotek. Två av artiklarna har varit kvantitativa (22-23) de övriga var kvalitativa. I en av artiklarna (20) framgick inte vilken analysmetod som använts.

Av artiklarna som jag har studerat utgår 9 av 11 stycken från ett onkologiskt perspektiv. De två artiklarna (15,17) som inte har ett onkologiskt perspektiv, är en (15) skriven från ett patientperspektiv och den andra (17) har ett sjuksköterskeperspektiv. I artikeln med sjuksköterskeperspektiv har 9 av 30 sjuksköterskor onkologisk bakgrund. Jag har bedömt att dessa två artiklar tillför resultatet viktiga aspekter, då de handlar om patienters erfarenheter av kommunikation (15) och sjuksköterskor uppfattning av svårigheter i kommunikation.

Urvalet av artiklar kom från Europa och USA, förutom en artikel (14) som kom från Kina. I tre av artiklarna (14, 20, 22) framkom det etnisk härkomst på deltagarna i studien. Att alla artiklar utom en var begränsade till väst och att det inte framkom i alla artiklar om deltagarna var av annan etnicitet än ursprungslandet, tror jag kan ha påverkat resultatet.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med arbetet var att belysa kommunikationen mellan sjuksköterska och patient/närstående i onkologisk vård, samt att se hur man kan förbättra kommunikationen hos sjuksköterskan. I diskussionen används arbetets frågeställningar; förutsättningar för kommunikation sjuksköterska/patient sett ur patientens respektive sjuksköterskans perspektiv och hur kan man förbättra förmågan till kommunikation hos sjuksköterskan.

#### *Hinder och svårigheter för kommunikation*

I flera av studierna kom det fram att patienterna kände att sjuksköterskorna så upptagna med sina arbetsuppgifter att man som patient inte ville störa och lyfta fram sina egna behov, exempelvis hur man har det som patient (13-15). Även sjuksköterskorna tyckte att deras arbetsbelastning var ett hinder för att en bra kommunikation skulle uppkomma (17-19). Berg (24) visar i sin avhandling att både patienter och sjuksköterskor är medvetna om sjuksköterskans arbetsbelastning men att den inte alltid är ett hinder för en bra vårdrelation. Sjuksköterskan har, visar Berg en förmåga att urskilja det väsentligaste

i mötet trots de yttre omständigheterna. Även patienterna var medvetna om att mötet kunde bli kort. Ingen av artiklarna som jag har läst tog upp att sjuksköterskorna kan "gömma" sig bakom sin arbetsbelastning för att slippa samtala om de svåra ämnena, som alltid finns på en onkologisk avdelning. Jag tror att arbetsbelastningen, som är på våra onkologiska avdelningar, gör att vi som sjuksköterskor inte hinner stanna upp tillräckligt, för att kunna se patienternas enskilda behov i full utsträckning. Arbetsbelastningen gör också - som jag ser det - att vi tvingas prioritera bland det vi gör och då prioriterar vi ibland bort samtal och liknande.

Sociokulturella skillnader såsom språk, kultur eller religion var ett hinder för sjuksköterskorna i deras relation med patienter och närstående. Sjuksköterskorna oroade sig för att patienterna/närstående inte hade förstått sin situation i relation till sin diagnos (19,20). De fann det svårt att arbeta med tolk då det inte alltid gick att få tag på rätt tolk, man var osäker på vad som sagts, det mesta av den ickeverbala kommunikationen förblev oförstådd (20). Jag anser att vara beroende av tolk i sitt dagliga arbete ställer krav på att man kan lita på de tolkar som används, att de översätter det sjuksköterskan och patienten säger. Dagens ekonomiska situation gör att det finns arbetsplatser, som är restriktiva med användandet av tolk. Det gäller att man som sjuksköterska vågar kräva tolk när man behöver det i sitt dagliga omvårdnadsarbete och inte bara när läkaren skall samtala med patient och närstående. I Sverige kan man få hjälp med tolkning per telefon dygnet runt via tolkförmedlingar. När man arbetar som sjuksköterska, gäller det att fråga hur patienten/närstående vill ha sin vård under hela vårdtiden oavsett varifrån patient/närstående kommer, i synnerhet när man arbetar i palliativ vård. Kan man ha ett så öppet klimat att man vågar fråga tror, jag att både sjuksköterskans och patientens/närståendes frustration blir mindre.

Ett annat hinder som framkom i artiklarna var personalens inbördes kommunikation och när planeringen av patientens vård var oklar (15,17-19). I artiklarna framkom det att sjuksköterskorna kände sig osäkra när inte alla i teamet: patient, läkare och sjuksköterska hade samma kunskap. När alla i personalen var involverade blev teamets inbördes kommunikation en styrka. Detta är viktigt att tänka på när man planerar arbetet på sin avdelning. Hela teamet är viktigt för att patientens vård skall bli så optimal som möjligt och personalens frustration minimal. Det gäller att man finner tid och plats där hela teamet kan kommunicera med varandra. Sjuksköterskans tjänstgöring var ett annat hinder som försvårade hennes möjlighet till en bra kontakt. När hon arbetade deltid tog det längre tid tills hon hann etablera en kontakt med patienten (18). I

dagens sjukvård med många arbetstagare, som arbetar deltid, en arbetstidslag som styr schemat hårt och att man på många arbetsplatser lägger individuella scheman kan försvåra sjuksköterskornas möjlighet till att kunna etablera en relation med patient och närstående. Om man använder Travelbees (12) olika faser för att nå den mellanmännsliga relationen, menar Travelbee, att man i de första mötena ”känner på varandra” för att senare nå en ömsesidig förståelse och kontakt. Denna process kan försvåras om man inte möts ofta på grund av deltidsarbete eller schemaläggning.

#### *Förutsättningar för kommunikation*

Liu med flera (14) skriver att sjuksköterskor är en viktig källa för information för patienterna då de är i tjänst 24 timmar om dygnet. Patienterna ansåg också att det var lättare att fråga sjuksköterskan om det var något de inte hade förstått när läkaren informerat. McCabe (15) som har intervjuat patienter på Irland fann att patienterna värdesatte en öppen och äkta kommunikation och att sjuksköterskorna talade på ett språk som man som patient. förstod

I Liu med flera artikel (14) som är gjord i Kina på kinesiska cancerpatienter, framkom det att patienterna önskade att sjuksköterskorna skulle respektera närståendes önskan att inte berätta sanningen för patienten om hennes situation för att inte öka det psykiska lidandet hos den sjuke. Detta synsätt skiljer ju sig från det vi är vana vid här i Sverige, där vi nog kan undra om detta är förutsättningar för bra kommunikation. Rickardson med flera (20) fann att sjuksköterskorna blev frustrerade när de kom i konflikt mellan att göra som man lärt, eller att respektera patientens eller närståendes önskan. Exempelvis när man inte får berätta för den som är sjuk hur situationen är. Detta är en svårighet som kan komma att bli tydligare ju fler patienter vi har, som kommer från andra kulturer än vår egen, samt att vi kommer att ha vårdpersonal från olika kulturer. Vår svenska lagstiftning ger patienten rätt att få veta sin situation, inte att han *måste* få veta. Här kan det uppkomma konflikter när patienten inte vill veta sin situation. Hur skall vi kunna ge en bra vård? Exempelvis kunna diskutera hospice med patienten/närstående när de inte vill veta, eller när anhöriga säger: berätta inte för pappa! I dylika situationer måste jag som sjuksköterska fråga mig; för vem är jag här? Vad kan hända om jag uppfyller patienternas eller närståendes önskan om exempelvis att inte få information? Utifrån Travelbees är vårdrelationen en mellanmännslig relation där delaktighet i relationen från båda parter är en grundförutsättning. Jag tror att man i sådana situationer måste samtala med patienten om vad han vill veta eller hur han har det, exempelvis hemma om det fungerar där. Ibland kan det uppkomma önskingar om

speciell vård, eller att det skall vara på ett visst sätt och önskan kan uppfyllas ibland och ibland inte. Här gäller det att kunna kommunicera om varför man inte kan uppfylla alla önskningar, för att kunna behålla en bra relation med patient eller familjen som är i en utsatt situation med en så svår sjukdom som cancer är.

Botti med flera (18) fann att sjuksköterskorna använde sina sjuksköterskeuppgifter exempelvis att tvätta patienter, ge läkemedel för att kunna närma sig patienterna. Sjuksköterskorna kände sig inte lika hotande om de började prata när de gjorde något, exempelvis gav läkemedel, som de var om de bara gick in för att samtala. Detta står i motsats till att patienter och sjuksköterskor upplevde att sjuksköterskornas arbetsbelastning var ett hinder för bra kommunikation (13-15,17-19). En del av patienterna i Nåden och Säterens (13) artikel upplevde en känsla av att vara i säkra händer men utan att det fanns en personlig närvaro av sjuksköterskan. Här kan man fråga sig vad som gör att sjuksköterskan inte upplevs som personligt närvarande i mötet? Kan det vara hennes arbetsbelastning eller det faktum att hon arbetar med cancerpatienter som gör att sjuksköterskan distanserar sig från patienten för att inte bli dränerad som Botti med flera (18), fann att sjuksköterskor gör ibland. Berg (11) visar i sin avhandling olika roller vi kan ha som sjuksköterskor. En av dessa roller är den distanserade aktiva sjuksköterskan, som är informerande men inte följer upp. Detta kan då upplevas som ett oengagemang från sjuksköterskan, som jag tror att patienten kan uppleva som om det saknas en personlig närvaro i mötet. En av de andra roller som Berg nämner är den passiva reflekterande sjuksköterskan, som har kunskaper men inte omsätter dessa i handling. Att sjuksköterskan inte omsätter sina kunskaper i handling kan bero på personalbrist eller tidsbrist. Här tror jag att man måste ta diskussionen på sin egen avdelning om hur vi arbetar, vilka roller jag har som sjuksköterska.

I flera av artiklarna framkommer det att arbeta med svårt sjuka patienter, deras närstående och deras känslor är ett område som försvårar kommunikationen (17-19). Travelbee (12) menar att sjuksköterskans viktigaste arbetsuppgift är att hjälpa en lidande individ att finna mening i sina olika livserfarenheter och att hon kan förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande framför sin egen eller andras personers diagnoser eller objektiva bedömningar. Att lära sig att förhålla sig på ett bra sätt till andra människors lidande är en viktig arbetsuppgift för oss ute i den kliniska vardagen. Det räcker inte att ge utbildning under studietiden utan den måste fortsätta hela yrkeslivet på olika sätt. Jag tror att en tillåtande atmosfär på avdelningarna med fysiska utrymmen för enskilda möten behövs. Att hela teamet måste sitta ner

regelbundet och prata sig samman gynnar klimatet på avdelningen samt att erbjuda kontinuerlig handledning för dem som vill. Detta är i överensstämmelse med det Berg (24) fann i sin avhandling att sjuksköterskorna hade ett stort behov av handledning för att lära sig att prioritera rätt, samt att få en plats för att kunna få ut de negativa känslor man har fått riktade åt sig. Det går inte att härbärgera alla känslor själv, man behöver hjälp med att få sätta ord på dem.

### *Förbättringar*

Richardson med flera (20) fann i sin artikel att sjuksköterskorna efterlyste mer utbildning om svåra möten och stöd i mötena. De behövde både formell handledning och informella möten mellan kollegor. Sjuksköterskorna i Kennedy Sheldon med flera (17) artikel tyckte att deras utbildningar inte förberedde dem tillräckligt väl för yrkeslivet, varken på vidden av olika situationer eller de kommunikationsfärdigheter man behöver som sjuksköterska. De efterlyste mer utbildning i grundutbildningen, men även efter examen. Heaven med flera (23) visade i sin artikel att enbart utbildning inte räcker för att förändra sjuksköterskans beteende i kommunikation, utan att det behövs något mer. I studien fick en grupp sjuksköterskor handledning efter utbildning i kommunikation och detta ledde till ett ändrat beteende i högre grad än för dem utan handledning. Idag erbjuds det inte någon speciell utbildning i kommunikation efter grundutbildningen - om man inte vill läsa någon terapiutbildning - trots att kommunikation är en stor del av sjuksköterskans kompetensområde. I specialistutbildningen i onkologi finns några enstaka lektioner.

### **Slutsats**

Kommunikation är en viktig del av sjuksköterskans ansvarsområde, som innefattar olika kompetenser och det är ett ämne som många sjuksköterskor upplever att de saknar utbildning i och tillräcklig kompetens inom. Här gäller att finna former för bra utbildning på grund- och vidareutbildningsnivå, som ger en bestående förändring av sjuksköterskans förmåga till kommunikation. Det gäller som Travelbee (12) uttrycker det, att inte ha för stor tro till olika tekniker, utan att se de olika kompetensområdena och få utbildning även inom dessa, såsom förmåga och kunskap att tillämpa kommunikationen, sensitivitet och sinne för ”timing” samt att kunna behärska olika kommunikationstekniker.

Vårdutveckling - hur vi arbetar och vår fysiska miljö på våra enheter - är en annan sak att arbeta vidare med för att kunna minska arbetsbelastningen för den enskilda

sjuksköterskan. När vi arbetar med en hög arbetsbelastning finns det en risk att vi missar viktiga delar av hur patienterna/närstående mår som kan vara av avgörande betydelse för patientens/närståendes välbefinnande. Det kan också finnas en risk att vi väljer bort, att inte se för att skydda oss själva och skyller detta på arbetsbelastningen. Detta ser jag som ett viktigt område att studera närmare: vilka strategier sjuksköterskor med hög arbetsbelastning har i relation till hennes förmåga till kommunikation kring patienters/närståendes behov.



## REFERENSER

- 1 Kallenberg K, Ternstedt B-M. Självbestämmande i dödens närhet. Ur Beck-Friis B, Strang P red. Palliativ medicin. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2005. s 81-89.
- 2 Kaasa S. Palliativ medicin – en introduktion. In Kaasa S red Palliativ behandling och vård. Lund: Studentlitteratur; 2001. s 11.
- 3 Birgegård G, Glimelius B. Vård av cancersjuka. Lund: Studentlitteratur; 1991.
- 4 Twycross R. Palliativ Vård. Lund: Studentlitteratur; 1998.
- 5 Reitan A, Schölberg T. Onkologisk omvårdnad. Stockholm: Liber; 2003.
- 6 Socialstyrelsen hälso och sjukvårdslag
- 7 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> 070210
- 8 <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf> 070210
- 9 SOU. Döden angår oss alla värdig vård vid livets slut (SOU; 2000:6) [www.regeringen.se/sb/d/108/a/2867](http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2867) 070210
- 10 Von Essen L. Vad är god omvårdnad. In Beck-Friis B, Strang P red. Palliativ medicin. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2005. s 404-408.
- 11 Bergh M. Medvetenhet om bemötande (Dissertation). Göteborg: Göteborgs universitet 2002
- 12 Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Lund; Studentlitteratur; 2000.
- 13 Nåden D, Säteren B. Cancer patients' perception of being or not being confirmed. Nurs Ethics. 2006 May; 13(3):222-25.

- 14 Liu J, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in chinese patient with cancer: experiences and expactations. *J Adv Nurs*. 2005 52(3), 262-70.
- 15 McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients´experiences. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):41-59
- 16 Jarret N, Payne S. Creating and maintaining ”optimism” in cancer care communication. *Int J Nurs Stud*. 2000 feb;37(1):81-91.
- 17 Kennedy Sheldon L, Barret R, Ellington L. Difficult communicating in nursing. *J Nurs Scholarsh*. 2006 2nd Quater; 38(2): 141-47.
- 18 Botti M et al. Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2006; 29(4): 309-16.
- 19 Davies S, Kristjanson L, Blight J. Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer. *Cancer Nurs* 2003; 26(5):337-45
- 20 Richardson A, Nichy Thomas V, Richardson A. “Reduced to nods and smiles”: Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority gruops. *Eur J Oncol Nurs* 2006; 10, 93-101
- 21 Kruijver I, Kerkstra A, Bensing J, van de Wiel H. Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6), 772-79.
- 22 Sivesind D et al. Communication with patients in cancer care; what areas do nurses find most challenging? *J Cancer Educ*; 2003 Winter, 18(4): 202-9.
- 23 Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop ti workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns*. 2006;60, 313-25
- 24 Berg L. Vårdande relation I dagliga möten. (Dissertation). Göteborg: Göteborgs universitet 2006

## Bilaga 1

### ARTIKELPRESENTATION

Översikt av artiklar som ingår i uppsatsen (n=11)

Referens 13  
Titel Cancerpatients' perceptions of being or not being confirmed  
Författare Nåden D, Säteren B  
År 2006  
Tidskrift Nursing Ethics  
Land Norge  
Syfte to obtain in-depth knowledge about the caring confirmation of patients with cancer. Fråga var: Vad är det signifikanta hos cancerpatienter som blir sedda, hörda och tagna på allvar av sjukvårdspersonal  
Metod 15 patienter, 43-80 år. Kvalitativa intervjuer, med hermeneutisk ansats vid analyserna  
Referenser 32

---

Referens 14  
Titel Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer; experiences and expectations  
Författare Liu J, Mok E, Wong T  
År 2005  
Tidskrift Journal of Advanced Nursing  
Land Kina  
Syfte Att utforska uppfattningar och förväntningar av stödjande kommunikation hos kinesiska patienter med cancer under deras sjukhusvistelse. Resultaten skulle användas för att utveckla effektivare kommunikationsstrategier hos sjuksköterskor för att förbättra kommunikationen mellan sjuksköterska och patient  
Metod Semistrukturerade intervjuer med 20 patienter med cancer. Innehålls analys användes för att identifiera teman  
Referenser 34

---

Referens 15  
Titel Nurse – patient communication: an exploration of patients' experiences  
Författare McCabe C  
År 2004  
Tidskrift Journal of Clinical Nursing  
Land Irland  
Syfte Att undersöka och få fram påståenden relaterade till patienters erfarenheter av hur sjuksköterskor kommunicerar  
Metod Kvalitativt perspektiv, hermeneutisk och fenomenologisk ansats. 8 patienter intervjuades. Ostrukturerade intervjuer. Analysen var en reflekterande process och resultaten presenterades via beskrivning och tolkning av teman och underteman  
Referenser 69

---

Referens 16  
Titel Creating and maintaing 'optimism' in cancer care communication  
Författare Jarret Nicola J, Payne Sheila A  
År 2000  
Tidskrift International Journal of Nursing Studies  
Land Storbritannien  
Syfte Att undersöka sjuksköterska – patient kommunikation i ett omvårdnadsperspektiv i cancervård  
Metod Intervjuer med 8 stycken sjuksköterskor och 9 stycken patienter utifrån deras erfarenheter av kommunikation, samt bandade samtal mellan sjuksköterska och patient. Analysen bygger på "ethnomethodology" och "study of institutional talk"  
Referenser 26

---

Referens 17  
Titel Difficult communication in nursing  
Författare Kennedy Sheldon L, Barret Roseann, Ellington Lee  
År 2006  
Tidskrift Journal of Nursing Scholarship  
Land USA  
Syfte Att beskriva vad sjuksköterskan definierar som svår kommunikation i relation till deras patienter. Att försöka identifiera en eller flera kärnvariabler som gör kommunikationen svår. Att se hur sjuksköterskor hanterar dessa svåra möten.  
Metod Fokusgrupper med total 30 ssk, semistrukturerade intervjuer. Samtalen spelades in på band för senare utskrift och analys. En recorder tog fältanteckningar under samtalen. Analys i två steg, första direkt efter intervjuerna och en andra där baskategorier togs fram och teman framkom. För att konfirmera de uppkomna temanen gjordes en enkät till gruppdeltagarna där sjuksköterskorna skulle gradera hur svåra de tyckte de 13 kategorierna var att tala om.  
Referenser 32

---

Referens 18  
Titel Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer  
Författare Botti M et al  
År 2006  
Tidskrift Cancer Nursing  
Land Australien  
Syfte Att identifiera nyckelfrågor relaterade till förutsättningar av en effektiv psykosocial omvårdnad för vuxna patienter, med blodmaligniteter.  
Metod Deskriptiv kvalitativ metod, fokusgrupp. 15 sjuksköterskor (8+7) från ett regionsjukhus med >3 års erfarenhet.  
Referenser 43

---

Referens 19  
Titel Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer  
Författare Davis S, Kristjanson L, Blight J  
År 2003

Tidskrift Cancer Nursing  
Land Australien  
Syfte Att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om kommunikationsfrågor, potentiella hinder och strategier associerade med interaktionen mellan sjuksköterska och närstående på en akutcancer avdelning.  
Metod 9 fokusgrupper med totalt 51 sjuksköterskor. Semistrukturerade frågor. Analysen bygger på "latent content analysis" och "constant comparison across groups".  
Referenser 26

---

Referens 20  
Titel "Reduced to nods and smiles": experience of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups  
Författare Rickardson A, Thomas V, Richardson A  
År 2006  
Tidskrift European Journal of Oncology Nursing  
Syfte Att finna ut hur personal inom vård och omsorg ser på att arbeta med patienter från andra kulturer, samt att förstå deras behov av vidareutbildning.  
Metod 4 fokusgrupper med 28 deltagare totalt, 22 av dessa var sjuksköterskor. Semistrukturerade intervjuer. Samtalen bandades och skrevs ut. Samtalen analyserades för att hitta teman.  
Referenser 12

---

Referens 21  
Titel Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients  
Författare Kruijver I et al  
År 2001  
Tidskrift Journal of Advanced Nursing  
Land Holland  
Syfte Att se balansen mellan affektiv och instrumental kommunikation som sjuksköterskor använder sig av under ankomstsamtal med nydiagnostiserade cancerpatienter  
Metod Ankomstsamtal mellan 53 sjuksköterskor och fingerade patienter videoinspelades och analyserades. Analys enl Roter Interaction Analysis System där en distinktion mellan instrumental och affektiv kommunikation görs.  
Referenser 35

---

Referens 22  
Titel Communicating with patient in cancer care; What areas do nurses find most challenging?  
Författare Sivesind med flera  
År 2003  
Tidskrift Journal of Cancer Education  
Land USA  
Syfte Att samla in information rörande de svåra utmaningar som sjuksköterskor har i sitt dagliga arbete med cancerpatienter och deras närstående och att identifiera specifika utbildningsområden som behöver uppmärksammas.  
Metod Två fokusgrupper för att komma fram till viktiga kliniska kommunikationsproblem hos sjuksköterskor. Dessa problemområden formulerades i en enkät som skickades ut

till 800 sjuksköterskor.350 svarade. Kvantitativ analys med T-test och regression analys.

Referenser 45

---

Referens 23  
Titel Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision  
Författare Heaven C, Clegg J, Maguire P  
År 2005  
Tidskrift Patient Education and Counseling  
Syfte Att undersöka effekten av handledning som en bro mellan klassrum och yrkesliv efter utbildning i kommunikation.  
Metod Randomiserad kontrollerad där 61 sjuksköterskor inom onkologisk eller palliativ vård randomiserades till att få handledning eller inte efter kommunikationsutbildning. Handledningen gavs direkt efter utbildningen, 12 tim handledning under 4 veckor. Alla sjuksköterskors kommunikationsfärdigheter bedömdes vid 5 tillfällen, 2 möten med simulerade patienter i samband med utbildningens början och slut. Därefter 3 möten med riktiga patienter direkt efter utbildningen, efter 1 månad och efter 3 månader. I bedömningen användes ett instrument, Medical Interview Aural Rating Scale (MIARS), som tittar på sjuksköterskans förmåga att använda rätt teknik, svara på patientens signaler och identifiera patientens behov. Bedömningsmaterialet analyserades med hjälp av Mann-Whitney U-test och Wilcoxon analys

Referenser 62