



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Filosofie kandidatexamen

### **Närståendes och vårdpersonals erfarenheter av kommunikation i den palliativa vården – En litteraturöversikt**

---

#### **Relatives and health care professionals' experiences of communication in palliative care – A literature review**

Författare: Emelie Brottare  
Handledare: Jan Florin  
Granskare: Janeth Leksell  
Examinator: Anncarin Svanberg  
Ämne: Omvårdnad  
Kurskod: VÅ2030  
Poäng: 15 hp  
Betygsdatum: 2018-05-28

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Sweden  
Tel 023-77 80 00

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera uppsatsen i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av uppsatsen.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

**Abstrakt:** Det innebär ofta en svår sorg för närstående när en älskad persons liv snart är slut, vilket också innebär att det liv man tillsammans har delat närmar sig sitt slut. I enlighet med en personcentrerad vård ska vårdpersonalen arbeta för ett partnerskap mellan närstående, patient och vårdpersonal. I palliativ vård tar närstående ofta ett stort ansvar för patientens omvårdnad, samtidigt som de befinner sig i kris och därmed har ett behov av stöd och information. Vårdinsatser till patienten baseras ofta på vilka behov närstående kommunicerat att finns. För att bedriva en personcentrerad vård är det därför av vikt att tydliggöra vilka erfarenheter närstående och vårdpersonal har av kommunikation i den palliativa vården.

**Syfte:** Syftet var att sammanställa studier som beskriver hur kommunikation erfars av närstående och vårdpersonal i palliativ vård.

**Metod:** En litteraturoversikt baserad på 15 vetenskapliga artiklar vilka samtliga hämtades i databasen CINAHL. Artiklarna var av kvalitativ- och kvantitativ design.

**Resultat:** Det har positiv betydelse för patient och närstående att initialt redan vid ett brytpunktssamtal inkludera närstående. Strukturerade samtalsmodeller gynnar kommunikationen mellan närstående och vårdpersonal. Det ansågs svårt att strukturera hur en fungerande kommunikation ska se ut, eftersom kommunikation sker på individnivå.

**Konklusion:** Kvaliteten på kommunikationen skiljde sig åt beroende om vårdpersonalen arbetade inom specialiserad palliativ vård eller inte. Vid otrygghet och oro hos de närstående smittade det av sig på patienterna. Vårdpersonal upplevde skillnader på vad patienterna själva önskade för insatser och vad närstående förmedlade att patienterna behövde.

**Nyckelord:** Kommunikation, erfarenheter, närstående, vårdpersonal och palliativ vård.

**Abstract:** It often means a grievous grief for relatives when a beloved person's life is coming to an end, which also means that the life you have collectively shared is coming to an end. In accordance with person-centered care, health care professionals should work for a partnership between relatives, the patient and the healthcare professional. In palliative care, relatives often take a major responsibility for the patient's care, while at the same time they are in crisis and they also have a need for support and information. Care interventions to the patient are often based on the needs that the relative's communicated. In order to carry out a person-centered care, it is therefore important to make clear what experiences the relatives and the health professionals have of communication in palliative care.

**Aim:** The aim was to compile studies describing how communication is experienced by relatives and healthcare professionals in palliative care.

**Methods:** A literature review based on 15 scientific articles, all of which were collected in the CINAHL database. The articles were of qualitative and quantitative design.

**Results:** It has positive significance for the patient and the relative's that initially already at a breakpoint communication include relative's. Structured communication models between related and health professionals favored the dialog between them. It was considered difficult to structure how communication shall be performed, when communication takes place at an individual level.

**Conclusions:** There were differences of the quality of communication depending on whether the healthcare professional worked in specialized palliative care. When relative's felt insecure and anxious, it affected the patients. Health professionals experienced differences in what the patient wanted for arrangements and what the relative's mediated that the patient needed.

**Keywords:** Communication, experience, relatives, health professionals and palliative care.

## Innehåll

Inledning.....	2
Bakgrund.....	2
Palliativ vård.....	2
Brytpunktsamtal.....	3
De fyra hörnstenarna.....	4
Symtomlindring.....	4
Teamsamverkan.....	4
Stöd till närstående.....	5
Kommunikation.....	6
Systematisk planering av vården.....	7
Teoretisk referensram: Personcentrerad vård.....	7
Problemformulering.....	9
Syfte.....	9
Frågeställningar.....	9
Definitioner.....	9
Metod.....	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Tillvägagångssätt.....	10
Värdering av artiklarnas kvalitet.....	11
Analys och tolkning av data.....	11
Etiska överväganden.....	12
Resultat.....	12
Närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal.....	12
Vårdpersonalens upplevelser av kommunikation med närstående.....	14
Faktorer som påverkar kommunikationen.....	15
Förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående.....	17
Diskussion.....	17
Sammanfattning av huvudresultaten.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal.....	18
Vårdpersonals upplevelser av kommunikation med närstående.....	19
Faktorer som påverkar kommunikationen.....	22
Förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående.....	22
Metoddiskussion.....	23
Etikdiskussion.....	24
Klinisk betydelse för samhället.....	25
Konklusion.....	25
Förslag till vidare forskning.....	25
Referenser.....	30
Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier.....	

Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier .....	
Bilaga 3. Resultatsöversikt.....	

## **Inledning**

Under min verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har jag kommit i kontakt med patienter som vårdats palliativt. Vid några tillfällen har jag upplevt att vårdpersonal haft svårt att kliva fram för att skapa en relation med närstående. Jag har upplevt att det ibland varit svårt att veta hur vårdpersonal förväntas kommunicera med närstående.

Det kan vara svårt att våga närma sig och vara ett stöd till närstående. Jag har upplevt att det varit skillnad i hur närstående uppmärksammas när patienten vårdats inneliggande på vårdavdelning eller korttidsboende, och inte av ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam. Det har varit utmanande att våga tala om känslomässigt svåra ämnen med främmande människor, människor som ibland förknippat personal och miljö med deras döende familjemedlems tillstånd och förlust av kontroll över sin situation. Eftersom närståendes välbefinnande är av betydelse för patienten, är det av vikt att som sjuksköterska kommunicera, ge stöd och trygghet med den vård som verksamheten utför. Vid en otillräcklig kommunikation finns risk för misstro, vilket kan ta fokus från patienten och dennes närstående den sista tid de har tillsammans. Detta önskar jag fördjupa mig inom för att bättre kunna kommunicera med patienten och dennes närstående.

## **Bakgrund**

Hälso- och sjukvård kan bedrivas med olika syften och målsättningar. Den kurativa vården och den palliativa vården skiljer sig åt då den kurativa är hälsoorienterad, den syftar till att bota sjukdom och främja hälsa (Socialstyrelsen, 2013).

## **Palliativ vård**

Palliativ vård syftar till att främja livskvaliteten och lindra lidande hos patienter med livshotande sjukdom samt att ge stöd till patientens närstående. Livskvaliteten förbättras som resultat av att eventuellt lidande lindras när vårdteamet tidigt i sjukdomsförloppet arbetar för att ligga steget före och ha en beredskap för att patientens mående försämrats. Inom den palliativa vården är det viktigt att arbeta med en helhetsvård som inkluderar förutom den uppenbara fysiska och psykiska

hälsan även att aktivt arbeta med den sociala och existentiella hälsan. Den palliativa vården bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process, som varken ska skyndas eller skjutas upp (World Health Organization, 2016).

Den palliativa vården delas in i tidig och sen fas, den tidiga fasen kan pågå under en lång tid och syftar till att förlänga livet genom behandling och genomföra insatser som ger en högre livskvalitet under behandlingen. Den sena fasen pågår ofta under en kort period och under den perioden riktar den palliativa vården in sig på att lindra lidande och som i den tidiga fasen att främja livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2013). Ibland kan patienten redan vid ett tidigt stadie av sjukdom skrivas in i ett palliativt team och samtidigt parallellt behandlas kurativt (Söderberg, Rydell Karlsson & Löfvenmark, 2015).

### **Brytpunktsamtal**

Kurativ vård övergår till palliativ vård. Övergången mellan tidig och sen palliativ fas benämns som en brytpunkt. Vården ges med en annan inriktning än tidigare, vilket synliggörs genom ett brytpunktssamtal mellan läkare och patient, ofta är även närstående med. Anledningar till att en kurativ behandling avslutas och behandlingen övergår till palliativ kan vara att behandlingen inte längre gör någon nytta, att behandlingen ger biverkningar och symtom som patienten tar skada av. Beslut om att ändra syftet med behandlingen och övergå till palliativ vård tas av ansvarig läkare, ibland tas beslutet av patienten själv i samråd med ansvarig läkare. Vid beslut om att övergå från kurativ vård till palliativ vård hålls ett så kallat brytpunktssamtal, detta samtal sker tillsammans med patient och eventuella närstående. Brytpunktssamtal gynnas av en kontinuerlig kontakt och kan behövas delas upp på ett flertal tillfällen, för att ge patient och närstående utrymme för reflektion och att ställa frågor. Under hela det palliativa vårdförloppet är det av vikt att patient och närstående ges utrymme för att de på sina villkor ska kunna föra en dialog (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård bedrivs på vanliga vårdavdelningar, i dagvårdsverksamheter på kommunala boenden, specialiserade palliativa vårdavdelningar, i specialiserad palliativ hemsjukvårdsteam och hemsjukvården. Specialiserad palliativ vård

innebär att det dygnet runt finns läkare och sjuksköterskor med palliativ kompetens att tillgå (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2010).

### **De fyra hörnstenarna**

I den palliativa vården används de fyra hörnstenarna; symtomlindring, teamsamverkan, kommunikation och stöd till närstående. Dessa är grundade på Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av palliativ vård och människovärdesprincipen. Enligt Socialstyrelsen (2013) definieras människovärdesprincipen ”alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, såsom begåvning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd och ålder” (s. 70). De fyra hörnstenarna ska tillämpas oavsett verksamhet när patienten behandlas med palliativ vård. Med respekt för patientens autonomi och integritet ska smärta och andra besvärliga symtom lindras, samt inkludera aspekter av psykisk-, fysisk-, existentiell- och social ohälsa (Socialdepartementet, 2001).

#### *Symtomlindring*

Patienternas livskvalitet kan öka avsevärt om de redan i ett tidigt skede ansluts till ett palliativt team eftersom det ökar möjligheterna att uppnå en optimal symtomlindring. Symtomen förvärras ofta i takt med att sjukdomen fortskrider, därför är det viktigt att få en bra symtomlindring från början för att kunna hjälpa patienterna optimalt i ett senare skede. Symtom som kan vara aktuella är smärta, depression, illamående och trötthet, samt symtom som uppkommer av annan sjukdom än den primära (Atreya, 2017). Vid en fungerande kommunikation ökar möjligheten till symtomlindring, särskilt vid symtom som oro och ångest (Socialstyrelsen, 2013).

#### *Teamsamverkan*

Teamsamverkan innebär att det ska finnas ett tvärprofessionellt samarbete i den palliativa vården mellan exempelvis sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, dietister och kuratorer. För att stärka patientens livskvalitet ska en fungerande kommunikation och relation främjas mellan patient, närstående och palliativt team. Stöd ska erbjudas till närstående kontinuerligt under sjukdomstiden samt efter



dödsfallet (Socialdepartementet, 2001). Det palliativa teamet ansvarar för att identifiera och behandla medicinska behov- och omvårdnadsbehov i samarbete med närstående eller hemtjänst som rent praktiskt sköter om dagliga aktiviteter och daglig omvårdnad (Söderberg et al., 2015). För att kunna erbjuda patienter och närstående en helhetsvård i syfte att förbättra livskvaliteten hos dessa bör teamsamverkan också innebära att man även arbetar konsultativt gentemot primärvård och vårdavdelningar, detta för en strävan mot en generellt bättre palliativ vård i vårdkedjan (DeMiglio & Williams, 2012).

Att ge stöd till närstående är en egen hörnsten och även en del i hörnstenen teamsamverkan eftersom palliativ vård ska ske genom insatser som är samordnade utifrån en dialog med patienten och/eller dennes närstående samt vårdteamet (Socialstyrelsen, 2013).

### *Stöd till närstående*

Socialstyrelsen (2018) definierar närstående som att en närstående är en person som den enskilde anser ha en nära relation till.

Patienten och dennes närstående ska erbjudas stöd samt sorgrådgivning, de närstående ska efter dödsfallet erbjudas efterlevandestöd (World Health Organization, 2016). Efterlevandestöd kan vara ett organiserat samtal mellan närstående och vårdpersonal en tid efter dödsfallet, som syftar till att närstående ska få stöd att hantera sin situation (Socialstyrelsen, 2013).

Det är av betydelse att de närstående upplever trygghet med vården eftersom deras oro kan smitta av sig på andra närstående och patienten, vilket kan medföra att patienten påverkas och blir otrygg samt orolig. Om det palliativa teamet tar sig tid och informerar närstående om vårdsituationen skapas trygghet för både patient och närstående (Söderberg et al., 2015). De tillfällen som ofta är mest slitsamma för närstående är den närmaste tiden efter det att patienten anlänt från sjukhuset till hemmet. Vid dessa tillfällen har ofta närstående känt sig otillräckliga som vårdare, behövt mer stöd än vad som erbjudits och det bristande stödet från vårdpersonalen har medfört en känsla av att förlora kontrollen (Borstrand & Berg, 2009). Det är i

den palliativa vården av vikt att komma ihåg att omvårdnaden inte är avslutad för att patienten avlidit. Efter dödsfallet kan de närstående ha behov av emotionellt stöd för att hantera sin sorg. Behovet av emotionellt stöd kan under sjukdomsförloppet variera (Socialstyrelsen, 2013).

I många fall hade det inte utan närståendes hjälp varit möjligt att vårda patienten palliativt i hemmet. Närstående vill ofta vara delaktiga i vården och det är vanligt förekommande att den närstående vill uppfylla patientens önskan om att få tillbringa sin sista tid i hemmet. Dock är det ofta en idealiserad bild som massmedia förmedlar, om den närstående som vårdar den döende familjemedlemmen i hemmet. I kombination med trycket från sjukhusen där det är brist på vårdplatser, samt en inställning från vårdpersonal om att hemmet alltid är bättre jämfört med sjukhusmiljö kan den närstående ibland känna att den egna vårdinsatsen inte är helt frivillig (Borstrand & Berg, 2009).

### *Kommunikation*

I den palliativa vården har kommunikationen en central roll. Kommunikation handlar om mer än att utbyta information, som till exempel att främja en ömsesidig förståelse eller att ge stöd. Känslomässig oro kan lindras genom diskussion om tunga och plågsamma frågor (Socialstyrelsen, 2013).

De närstående kan ha olika behov av stöd och kommunikation, somliga kan vara i behov av emotionellt stöd i form av uppstyrda samtal, medan det för en del kan vara nog att bara få praktisk information (Socialstyrelsen, 2013). Att ha en fungerande kommunikation och relation är av vikt både för att kunna identifiera vårdbehov och för att kunna förmedla trygghet och information till patient och närstående. En fungerande kommunikation främjar relationen mellan vårdpersonal, närstående och patient, vilket medför att vårdpersonal blir mer avslappnad och möjligheterna för vårdpersonalen att kunna identifiera symtom och behov ökar. Vid försämringar är det betydelsefullt att sjuksköterskan vågar vara närvarande i rummet och är lyhörd för de närståendes behov av att samtala (Karlsson & Sandén, 2007). För att främja tilliten mellan vårdpersonalen och närstående är både verbal- och ickeverbal kommunikation av vikt, vårdpersonalen får kunskap och

information genom att vara delaktig och mentalt närvarande i vårdsituationen (Borstrand & Berg, 2009).

### **Systematisk planering av vården**

Liverpool care pathway är en standardvårdplan för vård av döende under de sista levnadsdagarna/veckan, som utarbetades i Storbritannien på 1990-talet. Liverpool care pathway används inom specialiserade palliativa vårdenheter, särskilda boenden, vårdavdelningar samt i hemsjukvården. Liverpool care pathway innefattar rutiner, beslutsstöd och checklistor som syftar till att bedöma både patient och närståendes svårigheter och behov, vård, utveckling och dokumentation. Det finns även informationsmaterial anpassat för närstående. Liverpool care pathway ger stöd till personal att förstå palliativ vård och underlättar arbetet med att bedriva palliativ vård. På vårdavdelningar som använder sig av Liverpool care pathway uppger vårdpersonalen att de känner en ökad trygghet inför att identifiera en patient som döende, att bedriva palliativ vård och att kommunicera om livets sista tid tillsammans med patient och närstående (Furst & Ekeström, 2012).

### **Teoretisk referensram: Personcentrerad vård**

Att arbeta personcentrerat innebär att man ser hela personen, inte bara en sjukdom eller en kroppsdel. Att se hela personen innebär att förutom tillgodose och uppmärksamma de uppenbara fysiska behoven, så ska existentiella, andliga, sociala samt psykiska behov tillgodoses. Patienten är en del av ett sammanhang med dennes närstående, en förståelse för detta ger vårdpersonalen möjlighet att förstå hur patienten påverkas av de närståendes mående (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Vid allvarlig sjukdom och ett långvarigt sjukdomsförlopp krävs det att vårdpersonal, patienter och närstående utvecklar ett partnerskap för att gemensamt arbeta mot mål utformade utifrån individens levnadsvillkor, preferenser, övertygelser, värderingar och hälsofrågor. Personcentrerad vård medför en rad olika fördelar för patienten som till exempel ett bättre samspel mellan patient och vårdpersonal, förbättrat samarbete vid upprättande av vårdplaner, ökad nöjdhet

med vården generellt och ett bättre hälsoutfall. Att vårdpersonalen genom personlig kommunikation får höra om hur symtom och sjukdom påverkar individen ökar möjligheten att bedriva en personcentrerad vård sett till patientens situation med personlighet, förutsättningar, mål, styrkor och levnadsvillkor (Ekman et al., 2011).

Enligt Harding, Wait och Scrutton (2015) identifieras personcentrerad vård av tre delar; patientberättelse, partnerskap och dokumentation. För att tillämpa en acceptabel nivå av personcentrerad vård i daglig klinisk praxis krävs det en förståelse för att det sker i en process av tre delar där den första delen innebär att man inhämtar patientens egen berättelse, får en förståelse för hur denne definierar sjukdom, vilka symtom denne har och vilken påverkan det har på dennes livskvalitet och lidande. Andra delen handlar om att bygga partnerskap kring patienten, att stärka patienten och tillsammans bygga en allians av vårdpersonal, närstående och patient för att tillsammans sträva mot samma målsättning. Den tredje delen syftar till att sammanfoga de två tidigare genom att dokumentera patientens syn på sin situation, värderingar och önskan om sin och närståendes delaktighet i vård och behandling (Harding, Wait & Scrutton, 2015).

Den palliativa vården utgår från en personcentrerad vård och patienten kan uppleva trygghet i att få tillgång till specialiserad palliativ vård. Att vara ansluten till ett palliativt team innebär att patienten och närstående får vård och stöd utifrån hur patienten själv och närstående beskriver patientens tillstånd, risker och resurser, samt symtom och önskemål om behandling. För att kunna hålla en uppdaterad vårdnivå av hög kvalitet ska uppföljning av vårdplan samt dokumentation ske kontinuerligt (Söderberg et al., 2015). Att arbeta personcentrerat innebär att även vårda närstående, patientens mående påverkas av hur dennes närstående mår. En positiv relation mellan patient, närstående och vårdpersonal kan vara av stor betydelse för patienten när det gäller att uthärda symtom som dödsångestattacker och existentiell kris. Relationer är ömsesidiga och för de närstående är det av vikt att in i det sista få ha kvar relationen med patienten. Känslan av hjälplöshet hos den närstående kan lindras av att den närstående får vara delaktig och göra allt de kan (Sand & Strang, 2014).

## **Problemformulering**

Palliativ vård bedrivs i flera olika vårdverksamheter när patientens sjukdomstillstånd inte går att bota och bygger på hörnstenarna symtomlindring, teamsamverkan, kommunikation samt stöd till närstående. De allra flesta som arbetar i vården kommer någon gång i kontakt med patienter eller närstående till personer som befinner sig i livets slutskede. Det innebär oftast en svår sorg för närstående när en älskad persons liv snart är slut vilket också innebär att det liv man tillsammans har delat närmar sig sitt slut. I den palliativa vården har de närstående ofta en central roll, speciellt när vården sker i hemmet. Det ställer krav på att vårdpersonalen kan ge stöd och skapa en förtroendefull relation, genom kommunikation, eftersom närstående behöver stöd för att klara av situationen de befinner sig i.

## **Syfte**

Syftet var att sammanställa studier som beskriver hur kommunikation erfars av närstående och vårdpersonal i palliativ vård.

## **Frågeställningar**

- Hur upplever de närstående och vårdpersonalen kommunikationen med varandra i den palliativa vården?
- Vilka faktorer påverkar kommunikationen i den palliativa vården mellan närstående och vårdpersonal?
- Vilka förväntningar har närstående och vårdpersonal på kommunikation?

## **Definitioner**

Närstående - I denna studie anses närstående vara de personer som patienten anser stå denne närmst. Exempel på relation den närstående kan ha med patienten är familjemedlemmar, släktingar och vänner.

Vårdpersonal - I denna studie anses vårdpersonal vara personal som arbetar patientnära i verksamheter som bedriver sjukvård. I denna studie finns inga krav på att de som får kallas vårdpersonal ska inneha yrkeslegitimation.

## Metod

Examensarbetet är en litteraturöversikt, vilken innebär att sammanställa aktuell forskning inom ett avgränsat område (Friberg, 2012)

## Urval

För att sammanställa aktuell forskning användes inklusionskriterier som att de vetenskapliga artiklarna skulle vara tillgängliga i fulltext, skrivna på engelska, att artiklarna i litteraturöversikten var utgivna mellan åren 2010 och 2017 samt att de var godkända av etisk kommitté och hade granskats peer reviewed. Aktuell databas var CINAHL.

## Datainsamling

Vid sökning av artiklar användes sökorden; family, communication, health professionals och palliative care. Sökorden kombinerades med hjälp av den booleska operatören AND. Sökningsprocessen tydliggörs i Tabell 1.

*Tabell 1. Tabell över sökord och resultat i CINAHL. Sökstrategi av utvalda artiklar, antal träffar, antal lästa abstrakt, antal lästa artiklar och utvalda artiklar.*

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar
CINAHL	Palliative care	1837				
	AND Family AND	573				
	Communication	135	10			
	AND Health professionals	55	55	43	24	15

## Tillvägagångssätt

Sökningen dokumenterades och kombinationen av sökningen och dess utfall redovisades i en tabell.

Titlarna lästes först. De artiklar med titlar som verkade överensstämma med syftet lästes abstrakten på. De abstrakt som verkade svara på syftet lästes hela artiklarna på. De artiklar som svarade på syfte samt passade in på inklusionskriterierna sparades för vidare granskning (Rosén, 2012). De utvalda artiklarna granskades enligt mallar för granskning (*bilaga 1 och 2*). Aktuella fynd för samtliga artiklar sammanställdes i resultatöversikten (*bilaga 3*). Utifrån resultatöversiktens sammanfattningar kunde underkategorier urskiljas. Detta skedde genom att samtliga översikter av resultaten sparades på lappar och sattes upp på en anslagstavla, vilket medförde att artiklarnas egenskaper och relation till varandra framträdde tydligt. Senare flätades fynden samman till ett resultat.

### **Värdering av artiklarnas kvalitet**

För att säkerställa att artiklarna i litteraturöversikten höll en hög kvalitet kvalitetsgranskades de utvalda artiklarna artiklar. Eftersom artiklarna var av både kvalitativ- och kvantitativtyp, användes anpassade mallar för respektive typ. Mallarna som användes vid granskning var av Högskolan Dalarna modifierade granskningsmallar för kvalitetsbedömning av Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Elva av de utvalda artiklarna var av kvalitativtyp, där 25 frågor besvarades med ja- eller nej svar, där var varje ja-svar gavs en poäng vilket var värt 4 % (1/25), se bilaga 1. Fyra av artiklarna var av kvantitativ typ, för att granska dem användes granskningsmallen för kvantitativa studier. I granskningsmallen för kvantitativa studier var det 29 frågor vilka besvarades med ja- och nej frågor. Varje ja-svar gavs en poäng vilket var värt ungefär 3,5 % (ca. 1/29) av den hela skalan i relativa termer, se bilaga 2.

Sedan klassificerades resultaten enligt <60 % låg kvalitet, 60-79 % medelhögkvalitet och 80-100 %. När granskningarna var gjorda sammanställdes de kvarstående artiklarna, både i tabell och i text, se bilaga 3 (Rosén, 2012).

### **Analys och tolkning av data**

För att analysera samtliga artiklars resultat söktes först var och en av artiklarnas resultat igenom efter fynd som svarade på syfte och frågeställningar. Fynden sparades och skrevs ut. För att hålla isär de olika artiklarna och resultaten döptes

de om till olika sifferkombinationer beroende på fynd och inriktning. Resultaten sparades på lappar och sattes upp på en anslagstavla tillsammans med syfte och frågeställningar för att kortfattat synliggöra likheter, skillnader, kategorier och mönster. När lämpliga kategorier identifierats analyserades lapparna för att se vilka artiklarna som passade in på vilken kategori.

### **Etiska överväganden**

Samtliga artiklar som valdes ut till denna litteraturöversikt var godkända av etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2013). Arbetet med att sammanställa denna litteraturöversikt har skett med öppet sinne utan förförståelse för hur resultatet bör vara och med en genuin nyfikenhet på ämnet. Arbetet innehåller inte plagiat och det är genomgående präglad av akademisk hederlighet. Referenshantering har skett med akademisk hederlighet, som referenssystem har Röda Korsets version av APA-systemet använts (Röda korsets Högskola, 2015).

### **Resultat**

Artiklarna i denna litteraturöversikt är publicerade mellan åren 2010 och 2017. Det är totalt 15 stycken artiklar, vilka kommer från Australien (n=2), Brasilien (n=1), Irland (n=0,5), Italien (n=1), Japan (n=1), Kanada (n=1), Nederländerna (n=1), Storbritannien (n=4,5), Sverige (n=2) och USA (n=1), och Till denna litteraturöversikt har 214 vårdpersonal av olika yrkesgrupper och 220 närstående deltagit i de studier som ingår i resultatet.

Fynden delades upp i kategorierna; närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal, vårdpersonalens upplevelser av kommunikation med närstående, faktorer som påverkar kommunikationen och förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående.

### **Närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal**

Närstående upplevde att det fanns skillnader på kvalitet i kommunikation beroende på om speciella insatser för palliativ vård var insatta eller inte. Generellt var kvaliteten på kommunikationen bättre hos verksamheter som bedrev specialiserad palliativ vård (Ekeström, Olsson, Runesdotter & Fürst, 2014; Fukui et al., 2013;



Kaasalainen et al., 2013). En samtalsmodell anpassad för att optimera kommunikationen med närstående i den palliativa vården gjorde att närstående fick mer information än vid mer fritt hållna samtal. Samtalsmodellen var utformad som ett frågeformulär som skattades på en tiogradig skala och hade fyra teman kring ett specifikt bekymmer; hur frekvent uppstod den tunga situationen, hade närstående handlingsberedskap att ta itu med situationen, hur påverkar det livet för patient och närstående och hur mycket situationerna egentligen påverkade dem. Sedan ställdes frågor om de närstående hade andra bekymmer som de för tillfället gick igenom. Samtalsmodellen medförde att den ökade mängden information gjorde att närstående kände sig lugnare och tryggare (Fukui et al., 2013). När patienten vårdades på en specialiserad palliativ vårdavdelning upplevde närstående att de både fick relevant information och stöd i sorgprocessen. På den specialiserade palliativa vårdavdelningen fanns även en öppenhet för att tala om existentiella frågor (Ekeström et al., 2014). Närstående upplevde att de hade en bättre kommunikation med vårdpersonalen när patienten vårdades i hemmet av ett specialiserat palliativt team, gentemot när patienten fick palliativ vård på vanliga vårdavdelningar (Kaasalainen et al., 2013).

Betydelsefull kommunikation ansågs enligt de närstående handla om sådant de upplevt som rörde patientens sjukdomsförlopp, information som stärkte de närståendes handlingsberedskap samt kommunikation som syftade till att identifiera behov och kunskapsluckor (Janze & Henriksson, 2014). Enligt närstående var även andra delar av kommunikationen som inte uttalades med ord exempelvis tonläge och kroppsspråk av vikt för att skapa och bibehålla en fungerande dialog (Marques, Laranja & da Silva, 2014).

När barn var närstående exempelvis när en förälder eller ett syskon fick palliativ vård fanns det ibland åsikter hos föräldrarna eller den förälder som inte var patient om vad som var lämpligt att kommunicera om och hur kommunikationen skulle se ut (Price, Jordan & Prior, 2013).

## **Vårdpersonalens upplevelser av kommunikation med närstående**

Vårdpersonalen kunde se att det gynnade patienten att låta närstående vara med redan vid samtal om eventuell remiss till specialiserad palliativ vård. Var närstående med på samtalen fick de en större förståelse och handlingsberedskap för att aktivt kunna stötta patienten känslomässigt. Närstående kunde också hjälpa till med att förklara medicinska saker för patienten, vårdpersonalen menade också att samtal i närståendes sällskap blev mindre komplicerade (Kirby, Broom, Good, Wootton & Adams, 2014). För att skapa en bra relation med närstående och gynna en framtida kommunikation upplevde vårdpersonalen att det var en fördel att initialt i första mötet ställa många frågor, dels för att inhämta information för att skapa sig en bild och dels för att visa intresse (Verschuur et al., 2014). När vårdpersonalen blivit inkopplade sent i patientens sjukdomsförlopp upplevde vårdpersonalen att det var svårare att skapa ett partnerskap och en högkvalitativ kommunikation med närstående (Reid, 2013).

Vårdpersonalens förståelse för vikten av en fungerande kommunikation med närstående ökade om de hade insikt om den betydelse de hade för att kunna tillgodose de närståendes behov av stöd (Janze & Henriksson, 2014). En fungerande kommunikation var avgörande för att kunna identifiera vårdbehov och faktiskt kunna utföra vårdinsatser på ett bra sätt. Ibland kunde vara svårt att finna en balans mellan vad patienten faktiskt behövde och vad de närstående ansåg att patienten hade för behov (Daines et al., 2013). En allvarlig konsekvens som en bristfällig kommunikation medförde var att vårdpersonalen inte fick tillräckligt information om förändringar som symtom och försämringar hos patienten. Denna uteblivna information om symtom och försämringar ledde till att patienten inte fick de insatser denne behövde, eftersom insatser från vårdpersonalen ofta baserades på närståendes upplevelser och beskrivande av symtom (Kaasalainen et al., 2013). Vårdpersonalen menade att de kunde finnas där för- och stötta de närstående bättre psykosocialt när samtalen skedde enligt en särskilt anpassad modell för kommunikation med närstående i den palliativa vården (Fukui et al., 2013).

När barn var patienter i palliativ vård arbetade vårdpersonalen aktivt med att försöka identifiera föräldrarnas behov av kommunikation och information,

eftersom föräldrarna ansågs vara experter på sitt barn och deras barns tillstånd (Rodriguez & King, 2014). Vårdpersonalen ansåg att det var viktigt att ge hela familjen möjlighet att kommunicera och att även kunna identifiera mindre barns behov av information samt kommunikation, detta för att kunna möta barnet på en lämplig kommunikativ nivå (Reid, 2013).

Det fanns enligt vårdpersonalen ett behov av verktyg för att kommunicera mer ärligt och uppriktigt med barn om döden, detta för att meningen om hur det skulle ske skilde sig avsevärt mellan vårdpersonals- och föräldraperspektiv. Det efterfrågades en lämplig strategi för hur de skulle kommunicera med barn om döden (Price et al., 2013). Vårdpersonalen upplevde ibland en oro över att barn inte skulle kunna hantera den information de fått. I samtal med barn kunde vårdpersonalen ibland känna en rädsla över att inte kunna styra samtalen och tappa kontrollen över dess riktning (Reid, 2013).

Läkarnas kommunikativa förmåga skilde sig från andra grupper av vårdpersonal. Läkarna var ålagda ansvaret att kommunicera om döden, men saknade ofta kunskap och samtalsteknik (Cipolletta & Oprandi, 2012). Liverpool care pathway är ett styrdokument som innefattar stöd till närstående och kan användas som en standardvårdplan för att kvalitetssäkra vård i livets slutskede. Efter att Liverpool care pathway implementerats visade läkarna ett större engagemang för att förstå och kommunicera med de närstående (Ekeström et al., 2014). Läkarna menade att deras förutsättningar att möta och förstå familjernas rädslor ökade när de haft samtal efter en modell för kommunikation med närstående i den palliativa vården (Fukui et al., 2013).

### **Faktorer som påverkar kommunikationen**

Kommunikationen mellan patient, närstående och vårdpersonal förbättrades när Liverpool care pathway användes (Ekeström et al., 2014; Wilkinson et al., 2015). Även förekomsten av dokumentation som rörde kommunikation mellan närstående och vårdpersonal ökade när Liverpool care pathway användes (Wilkinson et al., 2015).

För att kunna hjälpa närstående och patient till att få ett så bra döende som möjligt krävdes det att sjuksköterskan hade en fingertoppskänsla för kommunikation. Hade sjuksköterskan det så ökade möjligheterna för sjuksköterskan att förstå vilket stöd de närstående var i behov av, samt möjligheterna att möta de närstående och kunna ge det önskade stödet (Lees, Mayland, West & Germaine, 2014). Dock var det svårt att tydliggöra hur en optimal kommunikation skulle se ut. Svårigheten baserades på att kommunikation är något som sker på individnivå och tar hänsyn till individuella förutsättningar. En aspekt som var generell för all vårdpersonal var att det var viktigt att vårdpersonalen aktivt lyssnade på de närstående för att inte missa relevant information (Marques, Laranja & da Silva, 2014).

Vårdpersonalens förmåga att kunna kommunicera med patient och närstående varierade beroende på vilken typ av arbetsplats vårdpersonalen arbetade på. Även vilken typ av utbildning och eventuell vidareutbildning vårdpersonalen hade, samt personliga egenskaper och erfarenhet påverkade hur vårdpersonalen kommunicerade med patient och närstående (Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2015). På en vanlig vårdavdelning gavs inte samma möjlighet till en tillfredsställande kommunikation som på en specialiserad palliativ vårdavdelning (Ekeström et al., 2014). Faktorer som tidsbrist och stress medförde att vårdpersonalen inte hade möjlighet att aktivt lyssna på- och kommunicera med de närstående (Cipolletta & Oprandi, 2014).

Kring tiden för brytpunktsamtalet var situationen extra skör och vid brytpunktssamtalet kunde kommunikativa hinder uppstå för alla involverade parter (Moir et al., 2015). Vid kommunikation med närstående var det viktigt att sparsamt och med försiktighet använda ordet palliativ, eftersom ordet ”palliativ” kunde ses som ett hot av de närstående (Verschuur et al., 2014).

Vårdpersonalen kunde i vissa fall förknippas med- och bli en metafor för den närståendes stundande död, vilket försvårade kommunikationen mellan närstående och vårdpersonal (Kirby et al., 2014).

## **Förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående**

Det fanns behov av att vårdpersonalen genom kommunikation mellan vårdpersonal och närstående skulle kunna ge närstående stöd och avlastning, samt ett behov av förbättrad befintlig kommunikation mellan parterna (Daines et al., 2013; Price et al., 2013; Rodriguez & King, 2014; Verschuur, Groot & Van der Sande, 2014). Närstående hade önskemål om att vårdpersonalen skulle avlasta dem med att samordna patienternas kontakter med andra sjukvårdsinrättningar (Daines et al., 2013; Rodriguez & King, 2014; Verschuur et al., 2014). Ett tydligt önskemål som närstående hade var att kontaktpersonen från den palliativa verksamheten genom en kontinuerlig kontakt med inblandade parter som patient, närstående och andra sjukvårdsverksamheter skulle samordna- och vara patient och närstående behjälplig vid kontakt med övriga vården. En anledning till behovet att få hjälp med samordning och kontakter med övriga vården var att närstående ofta upplevde att det var känslomässigt påfrestande att repetera sjukdomshistoria och situation för olika personer (Rodriguez & King, 2014). Det fanns en bristande förståelse hos sjukvårdspersonal som kom i kontakt med palliativ vård på vanlig vårdavdelning hur specialiserad palliativ vård och hur ett palliativt team kunde samordna genom en fungerande kommunikation mellan olika parter. Ett missförstånd var att fokus i palliativ vård var på döden och döendet, det fanns ett behov av att övrig vårdpersonal skulle få en förståelse för hur livsbejakande ett palliativt team arbetar och för att teamsamverkan kunde innebära att arbeta tvärprofessionellt med samordning (Price et al., 2013).

## **Diskussion**

### **Sammanfattning av huvudresultaten**

Den här litteraturöversiktens syfte var att belysa aktuell forskning över närstående och vårdpersonals erfarenheter av kommunikation i palliativ vård. Resultaten delades in under fyra kategorier vilka var: närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal, vårdpersonals upplevelser av kommunikation med närstående, faktorer som påverkar kommunikationen samt förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående. Som teoretisk referensram valdes personcentrerad vård, detta val stärktes av fynd som visade på att när

närstående hade en fungerande kommunikation med vårdpersonal så ökade patientens välmående. För att medvetandegöra vårdpersonalen om vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara aktuella och därmed kunna ge stöd till närstående genom kommunikation, tydliggjordes faktorer som påverkar kommunikationen.

## **Resultatdiskussion**

Resultatdiskussionen är uppdelad enligt rubrikerna i resultatet och diskuteras mot artiklar som berör palliativ vård och kommunikation mellan närstående och vårdpersonal, samt personcentrerad vård. Det har inte i processen med att välja artiklar funnits en tanke på att försöka se ett genusperspektiv och identifiera skillnader och likheter efter kön på studiedeltagarna, vilket kan anses vara relevant då forskning ofta baseras på män. Samtliga av de utvalda artiklarna, förutom den brasilianska studien med åtta deltagare, kom från länder som är socioekonomiskt starka, vilket kan ha påverkat resultatet så att det resultatet som ges inte representerar en generell global bild.

### *Närståendes upplevelser av kommunikation med vårdpersonal*

Ökad mängd information genom strukturerade samtal medförde att närstående upplevde trygghet och lugn (Fukui, et al., 2013). Dock har inte alla närstående enligt litteraturen samma behov av just information. Vissa närstående anses istället behöva ett mer emotionellt stöd med strukturerade, stödjande samtal, medan andra kan vara nöjda med saklig information om aktuellt tillstånd (Socialstyrelsen, 2013). Men generellt anses det betydelsefullt för närstående med kommunikation som rör patientens sjukdomsförlopp, information som medför att de närstående stärker sin handlingsberedskap och kommunikation som avser att identifiera kunskapsluckor och behov (Janze & Henriksson, 2014).

I tre av studierna i resultatet uppgav närstående att de upplevde att kvaliteten på kommunikationen förbättrades när patienten var inskriven i verksamheter som bedrev specialiserad palliativ vård (Ekeström, Olsson, Runesdotter & Fürst, 2014; Fukui et al., 2013; Kaasalainen et al., 2013). DeMiglio och Williams (2012) stödjer att specialiserade palliativa verksamheter har en högre kvalitet på

kommunikation. De menar att palliativa team aktivt bör arbeta konsultativt mot vanliga vårdavdelningar och mot primärvården. Konsultativt arbete skulle gynna patienter i hela vårdkedjan, då fler vårdenheter skulle kunna erbjuda patienter och närstående en helhetsvård med målet att förbättra livskvaliteten hos dessa. Det skulle vara möjligt att generellt förbättra den palliativa vården genomgående i hela vårdkedjan. En artikel skriven av Söderberg et al., (2015) styrker hur det att tillhöra ett specialiserat palliativ team skiljer sig från vårdas av andra vårdenheter. Att tillhöra ett specialiserat palliativt team medför det att patient och närstående får vård och stöd utifrån hur de själva beskrivit behov, symtom och önskemål.

### *Vårdpersonalens upplevelser av kommunikation med närstående*

Brytpunktssamtal sker vid beslut om att övergå från kurativ- till palliativ vård. Brytpunktssamtalet hålls tillsammans med patient och eventuella närstående, för att ge dessa utrymme för reflektion samt att ställa frågor och för att skapa en kontinuitet är det gynnsamt att dela upp tillfällena när samtalen hålls (Socialstyrelsen, 2013). Vårdpersonalen kunde se att det gynnade patienten att låta närstående vara med redan vid samtal om eventuell remiss till specialiserad palliativ vård. Var närstående med på samtalen fick de en större förståelse och handlingsberedskap för att aktivt kunna stötta patienten känslomässigt. Närstående kunde också hjälpa till med att förklara medicinska saker för patienten, vårdpersonalen menade också att samtal i närståendes sällskap blev mindre komplicerade (Kirby, Broom, Good, Wootton & Adams, 2014).

För att skapa en bra relation med närstående och gynna en framtida kommunikation upplevde vårdpersonalen att en fungerande strategi var att initialt i första mötet ställa många frågor, dels för att inhämta information för att skapa sig en bild och dels för att visa intresse (Verschuur et al., 2014). När vårdpersonalen blivit inkopplade sent i patientens sjukdomsförlopp upplevde vårdpersonalen att det var svårare att skapa ett partnerskap och fungerande kommunikation med närstående (Reid, 2013). Att arbeta med personcentrerad vård innebär också att arbeta för ett positivt partnerskap innehållande ett gott samspel och en väl fungerande kommunikation (Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark & Edvardsson, 2014). Vårdpersonalens förståelse för vikten av en fungerande

kommunikation med närstående ökade om de hade insikt om den betydelse de hade för att kunna tillgodose de närståendes behov av stöd (Janze & Henriksson, 2014).

En fungerande kommunikation var avgörande för att kunna identifiera vårdbehov och faktiskt kunna utföra en god vård. Ibland kunde det vara svårt att finna en balans mellan vad patienten faktiskt behövde och vad de närstående ansåg att patienten hade för behov (Daines et al., 2013). En otillräcklig kommunikation där det inte finns möjlighet att bygga en relation mellan vårdpersonal och närstående kan leda till att patienten inte får möjlighet till den vård den behöver. Enligt en studie gjord på icke engelsktalande medborgare i Storbritannien, framkom det att närstående på grund av kommunikationsproblem med vårdpersonal valde att vårda sina döende familjemedlemmar i hemmet och vid tunga stunder fann de närstående stöd i sin tro (Cowan, 2014).

Patientens livskvalitet stärks av en stark samverkan mellan närstående, patient och vårdteam. Närstående ska dessutom erbjudas stöd efter dödsfallet (Socialdepartementet, 2001). Närståendes otrygghet och oro som var orsakad av en bristande kommunikation med vårdpersonal smittade av sig på patienten och medförde att denne också upplevde otrygghet och oro. Oro och otrygghet kan motarbetas om vårdpersonalen i enlighet med personcentrerad vård ger närstående relevant information om vårdsituationen (Söderberg et al., 2015). Bristfällig kommunikation mellan närstående och vårdpersonal påverkade i många fall patienten negativt när vårdpersonalen på grund av den bristfälliga kommunikationen inte fick all fakta som var relevant för optimal symtomlindring (Kaasalainen et al., 2013). För att uppnå optimala resultat vid långvarig palliativ kemoterapi krävs en hög kvalitet på kommunikationen mellan patient, närstående och vårdpersonal. En hög kvalitet på kommunikation medför mänskliga möten med förtroende, transparens och stöd (Cameron & Waterworth, 2014). Utebliven behandling orsakad av en bristfällig kommunikation kan motarbetas om vårdpersonalen upprätthåller en hög vårdnivå genom uppföljning av vårdplan samt kontinuerlig dokumentation (Söderberg et al., 2015). När kommunikation skedde



strukturerat uppgav vårdpersonalen att de hade möjlighet att finnas för de närstående och att stötta dem och att uppfatta deras behov (Fukui et al., 2013).

Vårdpersonalen ansåg att det var viktigt att ge hela familjen möjlighet att kommunicera och att även kunna identifiera mindre barns behov av information samt kommunikation, detta för att kunna möta barnet på en lämplig kommunikativ nivå (Reid, 2013). Vilket är i enlighet med att arbeta enligt en personcentrerad vård för att kunna identifiera behov av information, stöd och kommunikation (Söderberg et al., 2015). Vårdpersonalen arbetade vid tillfällen när barn fick palliativ vård aktivt med att försöka identifiera föräldrarnas behov av kommunikation och information. Detta var särskilt utmanande då föräldrarna ansågs vara experter på sitt barn och deras barns tillstånd (Rodriguez & King, 2014). En risk med att vara för försiktig med att ge information eller endast ge utvald information till föräldrarna var att kunskapsbristen hos föräldrarna medförde till ångest och att föräldrarna istället sökte efter information på internet (Wood, Simpson, Barnes & Hain, 2010).

Det fanns enligt vårdpersonalen ett behov av en tydlig strategi för hur de skulle kommunicera mer ärligt och uppriktigt med barn om döden. Meningen om hur existentiella samtal mellan vårdpersonal och barn skulle yttra skilde sig avsevärt mellan vårdpersonals- och föräldraperspektiv (Price et al., 2013). Trots en önskan från vårdpersonalens sida om att få kommunicera med uppriktig och ärlig information, fanns även en rädsla för att barnen inte skulle kunna hantera den information de fått och att kontrollen över samtalet skulle förloras (Reid, 2013). Även om det fanns ett behov av en anpassad struktur för att samtala om döden med barn, så var det oundvikligt att varje barn och familjemedlem reagerade på ett individuellt sätt som inte går att förutspå (Harnett, Tierney, & Guerin, 2009). Även Marques, Laranja och da Silva (2014) menar att kommunikation sker på individnivå och därför är svår att strukturera upp, en förutsättning för en fungerande kommunikation var att vårdpersonalen aktivt lyssnade.

### *Faktorer som påverkar kommunikationen*

Hur vårdpersonalen kommunicerade med patient och närstående var olika beroende på vilken typ av vårdinrättning vården utfördes på. Kommunikationen skiljde sig åt beroende på vårdpersonalens utbildningsnivå, erfarenheter samt personlighet (Moir et al., 2015). Sjögren et al., (2014) menade tvärtom att individuella erfarenheter hos vårdpersonalen inte påverkade utförandet av personcentrerad vård. Däremot visade det att vårdpersonal i en välmående arbetsgrupp var mer benägna att utföra personcentrerad vård.

Det gavs inte möjlighet till tillfredsställande kommunikation på samma sätt på vanliga vårdavdelningar som det gjorde i verksamheter som utförde specialiserad palliativ vård. Specialiserade palliativa vårdavdelningar kunde bjuda in närstående till samtal om existentiella frågor (Ekeström et al., 2014). En förklaring till att kvaliteten på kommunikationen var sämre på akutvårdsavdelningar var att vårdpersonalen normalt sett arbetade med kurativ vård. Det medförde att de betraktade döden som ett misslyckande och att det därför inte fanns någon beredskap för kommunikation som ansågs beröra känsliga ämnen (Damani, Ghoshal, Dighe, Dhiliwal & Muckaden, 2018).

### *Förväntningar på kommunikation mellan vårdpersonal och närstående*

Det finns ett behov av att vårdpersonalen genom kommunikation med närstående ge dessa stöd och avlastning, samt att befintlig kommunikation mellan parterna ska förbättras (Daines et al., 2013; Price et al., 2013; Rodriguez & King, 2014; Verschuur, Groot & Van der Sande, 2014). De närstående önskade att vårdpersonalen skulle avlasta dem genom samordning av patientens kontakter med övriga sjukvårdsinrättningar (Daines et al., 2013; Rodriguez & King, 2014; Verschuur et al., 2014). Skulle vårdpersonalen avlasta närstående med kontakt med andra sjukvårdsverksamheter skulle troligtvis arbetet för en personcentrerad vård gynnas. Bristande kommunikation vårdpersonal emellan var också en del som hindrade att personcentrerad vård kunde utföras (Bolster & Manias, 2010). Rodriguez och King (2014) menar också att den som skulle sköta samordningen var en särskild kontaktperson från den specialiserade palliativa vården. Att ha en

kontaktperson tilldelad med ett särskilt ansvar för en specifik patient skulle kunna stärka patienten och de närståendes upplevelse av att vården är personcentrerad.

Vårdpersonal som arbetade på vanliga vårdavdelningar misstog ofta syftet med palliativ vård och förstod inte hur livsbejakande specialiserad palliativ vård var (Price et al., 2013). Likaså hade ibland närstående svårt att förstå vad som menades med palliativ vård och hur aktivt det sker, många närstående misstog syftet och förstod inte det aktiva engagemanget utan trodde istället att det var ett sätt att aktivt dra in vårdinsatser (Wood et al., 2010). Att vara tydlig med vad palliativ vård innebär kan var extra viktigt vid brytpunktssamtalen, eftersom situationen är extra skör och prevalensen för kommunikativa hinder ökade (Moir et al., 2015).

### **Metoddiskussion**

Högskolan Dalarna hade i förhand bestämt att examensarbetet för kandidatexamen på sjuksköterskeprogrammet skulle skrivas som en litteraturöversikt. Till denna litteraturöversikt användes artiklar av både kvalitativ och kvantitativ typ.

Anledningen till att båda kvalitativa- och kvantitativa studier togs med i översikten var att det förväntades att ge ett bredare underlag, eftersom då skulle inga resultat exkluderas beroende på design.

För att det skulle finnas en chans att förstå artiklarnas innehåll valdes enbart att inkludera artiklar som var skrivna på engelska. Det går att anta att fler artiklar som svarade på syftet funnits om alla språk hade inkluderats, men då hade troligtvis inte författaren till detta arbete kunnat förstå innehållet i dessa och de hade då inte varit av värde för detta arbete.

Aktuell databas var CINAHL och artiklarna som söktes var samtliga utgivna mellan 2010 och 2017. Hade fler databaser använts hade det troligtvis gått att få ett tillräckligt underlag för att sammanställa ännu fler artiklar. De sökorden som användes var desamma som studiens nyckelord. De artiklar som lästes var 24 stycken, av dessa granskades 15 stycken.

Denna litteraturöversikt är skriven av endast en författare, vilket medfört att författaren inte kunnat diskutera personliga tolkningar, styrkor och svagheter i arbetet med att sammanställa och översätta de utvalda artiklarna. Samtidigt som att det även kan anses vara en styrka med att vara en författare, eftersom det ger kontroll över hela processen och samtliga delar av litteraturöversikten.

När artiklarna skulle analyseras så analyserades de en och en och relevanta resultat efter syfte och frågeställning skrevs ned på lappar som numrerades efter sifferkombinationer beroende på typ av fynd. För att tydliggöra likheter, skillnader och för att kunna skapa kategorier sattes lapparna upp tillsammans med syfte och frågeställning. En styrka med förfarandet var att det viktigaste kom med väl synliggjort. En svaghet kan vara att när lapparna satt upp med utvalda resultat, så var det resultat som författaren av denna studie ensam funnit och ansett som de mest relevanta för denna litteraturöversikt och valt ut. Det innebär att det finns en risk att resultaten blivit valda utifrån författarens subjektiva bedömning om vad som är relevant för syfte och frågeställning, även i detta moment hade ett par ögon till varit av betydelse för trovärdigheten och möjligheten att finna fler fynd i artiklarna.

Syftet var att beskriva erfarenheter av kommunikation mellan närstående och vårdpersonal i palliativ vård, i en av studierna uppges deltagarna vara patienter, men i själva verket är det en kvantitativ studie där patienternas journaler agerat underlag och efter att journalerna undersökts har närståendes och vårdpersonals erfarenheter av kommunikation kunnat skattas. Detta kan ha påverkat resultatet på så sätt att patientjournalerna inte syftar till att bedriva forskning på närståendes och vårdpersonals erfarenheter av kommunikation i den palliativa vården, utan är författad av olika vårdpersonal som ger sin beskrivning efter sin bedömning av det som dokumenteras.

### **Etikdiskussion**

Samtliga av artiklarna var godkända av någon form av etisk kommitté, vilket inte undersökts vidare. Att bedriva forskning som engagerar närstående som befinner sig i en krisfas, vilket det måste anses vara att ha en familjemedlem som är döende

känns inte helt okomplicerat att motivera etiskt. Samtidigt är det av vikt att det finns forskning för att i framtiden ha möjlighet att ge ett optimalt stöd till närstående.

### **Klinisk betydelse**

När en familjemedlem dött eller är döende berörs ofta många personer i dess närhet. Att som vårdpersonal kunna identifiera de närståendes behov och kunna ge dem stöd är enligt en personcentrerad vård av betydelse för både de närstående och för patienten. Resultatet tyder på att specialiserade palliativa vårdenheter har förmåga att kommunicera och att genom kommunikation ge stöd till närstående, medan vårdpersonal som inte arbetar med specialiserad palliativ vård har ett behov av att utöka sin kompetens om hur de ska kommunicera med närstående till döende patienter. Att göra vårdpersonal medvetna om problemet kan vara en start på ett förbättringsarbete.

### **Konklusion**

Det är ofta tungt att vara närstående till någon som är döende. Det kan vara svårt för närstående att acceptera och att orka med situationen denne ofrivilligt befinner sig i, när livet är på väg att drastiskt förändras genom att en älskad person är på väg att försvinna. En fungerande kommunikation mellan vårdpersonalen och närstående ger de närstående stöd, information, ökar tryggheten med vården och minskar eventuell oro. Det är viktigt att vårdpersonalen har förståelse för de närståendes behov av kommunikation och vad en fungerande kommunikation genererar. Det är också viktigt att vårdpersonalen har kunskap om hur de kommunicerar med de närstående för att de närstående ska känna stöd och trygghet. Kommunikation sker mellan individer, vårdpersonalen bör ha en förståelse för att de på individnivå aktivt själva måste arbeta för en fungerande kommunikation med närstående.

### **Förslag till vidare forskning**

Eftersom det framkommit i denna litteraturöversikt att det är skillnader på kommunikationsförmåga med närstående beroende på om vårdpersonalen arbetar inom den specialiserade palliativa vården eller inte vore det intressant att i en

kvalitativ studie jämföra vilka faktiska skillnader vårdpersonal gör beroende på var de arbetar. Ett annat förslag till framtida forskning är att undersöka hur kommunikationen mellan vårdpersonal och närstående ser ut ur ett genusperspektiv.

## Referenser

- Atreya, S. (2017). Referral patterns of gynecological cancer patients to a palliative medicine unit: A 2 years retrospective analysis. *Indian journal of palliative care*, 23(4), 409–412. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_77\_17
- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studie*, 47(2), 154–165. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021
- Borstrand, I., & Berg, L. (2009). Närståendes erfarenheter av ett palliativt hemsjukvårdsteam. *Vård i Norden*, 24(94), 15–19. Från <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830902900404?journalCode=njnb>
- Cameron, J., & Waterworth, S. (2014). Patients' experiences of ongoing palliative chemotherapy for metastatic colorectal cancer: a qualitative study. *International journal of palliative nursing*, 20(5), 218-224. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.5.218
- Cipolletta, S., & Oprandi, N. (2014). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studies*, 38(1), 20-27. doi: 10.1080/07481187.2012.707166
- Cowan, M. M. (2014). The lived experiences of the Sikh population of south east England when caring for a dying relative at home. *International journal of palliative nursing*, 20(4), 179-186. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.4.179
- Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International journal of palliative nursing*, 19(12), 593-598. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.12.593

Damani, A., Ghoshal, A., Dighe, M., Dhiliwal, S., & Muckaden, M. (2018). Exploring education and training needs in palliative care among family physicians in Mumbai: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative care*, 24(2), 139-144. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_216\_17

DeMiglio, L., & Williams, A. (2012). Shared care: The barriers encountered by community-based palliative care teams in Ontario, Canada. *Health and social care in the community*, 20(4), 420–429. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01060.x

Ekeström, M.-L., Olsson, M., Runesdotter, S., & Fürst, C. J. (2014). Family members' experiences of the impact of the LCP in a palliative care unit and a geriatric ward in Sweden. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(8), 381-386. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.8.381

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., ... Brink, E. (2011). Person-centered care: Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Fukui, M., Iwase, I., Sakata, N., Kuroda, Y., Yoshiuchi K., Nakagawa, K., ... Hudson, P. L. (2013). Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan. *Supportive care in cancer*, 21(1), 53–58. doi: 10.1007/s00520-012-1491-y



Fürst, C. J., & Ekeström, M.-L. (2012). *Slutrapport Liverpool Care Pathway för vård av döende (LCP): Kunskapsbaserad kvalitetsutveckling*. Hämtad 12 maj, 2018, från Cancerfonden, <https://res.cloudinary.com/cancerfonden/image/upload/v1416224661/global/dokument/forskning/cf20slutrapport20carl20johan20fc3bcrst20120127.pdf>

Harding, E., Wait, S., & Scrutton, J. (2015). *The state of play in person-centred care: A pragmatic review of how person-centred care is defined, applied and measured, featuring selected key contributors and case studies across the field*. (Fullständig rapport, The Healt Foundation). Från <http://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/State-of-play-in-person-centred-care-full-report-Dec-11-2015.pdf>

Harnett, A., Tierney, E., & Guerin, S., (2009). Convention of hope: Communicating positive realistic messages to families at the time of a child's diagnosis with disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(4), 257–264. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00580.x>

Janze, A., & Henriksson, A. (2014). Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: Family carer experiences. *International journal of palliative nursing*, 20(10), 494-501. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.10.494

Kaasalainen, S., Strachan, P. H., Heckman, G. A., D'elia, T., Mckelvie, R. S., Mcainey, C., ... Demers, C. (2013). Living and dying with heart failure in long-term care: Experiences of residents and their family members. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(8), 375-382. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.8.375

Karlsson, M., & Sandén, I. (2007). En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda vårdsituationer i palliativ vård. *Vård i Norden*, 27(83). 50-53. Från <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830702700111?journalCode=njnb>

Kirby, E., Broom, A., Good, P., Wootton, J. & Adams, J. (2014). Families and the transition to specialist palliative care. *Mortality: promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 19(4.), 323-341. doi: 10.1080/13576275.2014.916258

Lees, C., Mayland, C., West, A., & Germaine, A. (2014). Quality of end-of-life care for those who die at home: Views and experiences of bereaved relatives and carers. *International journal of palliative nursing*, 20(2), 63–67. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.2.63

Marques, D. L. L., Laranja, C. O. L., & da Silva, M. C. M. (2014). Interaction between family and nursing team: Implications for treatment of oncologic of patients. *Journal of nursing*, 8(8). 2811-2815. doi: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.080820143

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: Comfort and educational needs of nurses. *International journal of palliative nursing*, 21(3), 109-112. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.3.109

Nationella Rådet för Palliativ Vård. (2010). *Palliativguiden: Vägvisaren till lindrande vård*. Hämtad 7 maj, 2018, från Nationella Rådet för Palliativ Vård, <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf>

Price, J., Jordan, J., & Prior, L. (2013). A consensus for change: Parent and professional perspectives on care for children at the end-of-life. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 36(1-2), 70-87. doi: 10.3109/01460862.2013.779765

Reid, F-C. (2013). Lived experience of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *International journal of palliative nursing*, 19(11), 541–547. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.11.541

Rodriguez, A. & King, N. (2014). Sharing the care: The key-working experiences of professionals and the parents of life-limited children. *International journal of palliative nursing*, 20(4), 165-171. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.4.165

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-446). Lund: Studentlitteratur.

Röda Korsets Högskola. (2015). *Guide till referenshantering enligt APA-systemet: Svensk tolkning av APA –systemet för Röda Korsets Högskola* [Broschyr]. Stockholm: Röda Korsets Högskola. Från <https://www.rkh.se/PageFiles/466/APA-referensguide.pdf>

Sand, L., & Strang, P. (2014). *När döden utmanar livet: Om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10): 1310-1319. doi: 10.1111/jocn.12734

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 23 januari, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 7 maj, 2018, från Socialstyrelsen, <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=272&SrcLang=sv>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut: slutbetänkande*. Stockholm: Socialdepartementet. Från <http://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om: Personcentrerad vård*. Hämtad 21 januari, 2018 från svensk sjuksköterskeförening, [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Söderberg, A., Rydell Karlsson, M., & Löfvenmark, C. (2015). Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic journal of nursing research*, 35(4). 203–209. doi: 10.1177/0107408315587800

Verschuur, E., Groot, M. M., & Van der Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International journal of palliative nursing*, 20(5). 241-245. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.5.241

Wilkinson, A. M., Johnson, C. E., Walker, H., Colgan, V., Arnet, H., & Rai, T. (2015). Evaluating the Liverpool care pathway for care of the terminally ill in rural Australia. *Supportive Care in Cancer*, 23(11), 3173–3181. doi: 10.1007/s00520-015-2697-6

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson., R. & Sandtröm, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wood, F., Simpson, S., Barnes, E., & Hain, R. (2010). Disease trajectories and ACT=RCPCH categories in paediatric palliative care. *Palliative Medicine*, 24(8), 796-806. doi: 10.1177/0269216310376555.

World Health Organization. (2016). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 22 januari, 2018, från World health organization ,<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/>

## Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

### Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionkriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

**Maxpoäng:** 25 = 100 %

**Erhållen poäng:** ?

**Kvalitet:**                    låg                    medel                    hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

## Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

### Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		



23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng:** 29 poäng = 100 %

**Erhållen poäng:** ?

**Kvalitet:**                    låg                    medel                    hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

<b>Bilaga 3. Resultatsöversikt</b>						
<b>Författare År Land</b>	Titel	Syfte	Design  Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Cipolletta S., & Oprandi, N.  2012 Italien	What is a good death? Health care professionals' narrations on end-of-life care	Att utvärdera hur vård i livets slutskede i hemsjukvård och andra verksamheter som arbetar med palliativ vård ska kunna ges efter vad hälso- och sjukvårdspersonal ansåg vara en bra död.	Kvalitativ Gruppdiskussioner i fyra fokusgrupper med 8 till 10 medlemmar vardera.	Totalt 37 vårdpersonal  18 sjuksköterskor 13 läkare 1 psykolog 5 övriga vårdpersonal  25 kvinnor 12 män	Sjuksköterskans uppgift var att genom kommunikation underhålla en god relation med närstående. Läkarens kommunikativa uppgift var att informera om hälsotillstånd. Läkarna hade ansvaret att kommunicera om döden, men inte kunskapen, samtalstekniken. Sjuksköterskorna ansågs ha kompetens att kommunicera om döden, men hade inte ansvaret. Tidsbrist gjorde att vårdpersonal inte lyssnat tillräckligt på närstående.	Hög 22 poäng 88%
Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, Ashlinder., & Wright, F.  2013 Storbritannien & Irland	Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction	Att utforska omvårdnaden sjuksköterskan utför till patienter med maligna magsjukdomar och deras närstående.	Kvalitativ  Semistrukturerade intervjuer.	15 sjuksköterskor	Sjuksköterskan förväntades konstant att hålla en tät kommunikation med närstående, patienter och kollegor samt mellan dessa agera samordnare. En god kommunikation var avgörande för en god vård. Sjuksköterskan menade att det var svårt att finna en balans mellan patientens behov och vad närstående ansåg att patienten hade för behov.	Medelhög 21 poäng 84%

<p>Ekeström, M.-L., Olsson, M., Runesdotter, S., &amp; Fürst, C. J.</p> <p>2014 Sverige</p>	<p>Family members' experiences of the impact of the LCP in a palliative care unit and a geriatric ward in Sweden</p>	<p>Att försöka utforska familjemedlemmars upplevelse av vård i livets slutskede i en palliativ vårdenheter och i en vanlig geriatrisk vårdavdelning, före och efter implementering av LCP.</p>	<p>Kvantitativ  Longitudinell studie</p>	<p>92 närstående</p>	<p>Närstående upplevde en större öppenhet att kommunicera om existentiella frågor på den palliativa vårdavdelningen än på den geriatriska vårdavdelningen. På den geriatriska vårdavdelningen hade de inte möjlighet till tillfredsställande kommunikation. Den palliativa vårdavdelningen gav även information och stöd om sorg. Läkarna visade ett större intresse av att förstå närstående efter att Liverpool care pathway implementerats.</p>	<p>Hög 26 poäng 90%</p>
<p>Fukui, M., Iwase, I., Sakata, N., Kuroda, Y., Yoshiuchi K., Nakagawa, K., Quinn, K., &amp; Hudson, P. L.</p> <p>2013 Japan</p>	<p>Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan</p>	<p>Att utvärdera hur effektivt det är att använda nyligen utvecklade kliniska riktlinjer från Australien för att genomföra familjesamtal inom palliativ vård i Japan.</p>	<p>Kvantitativ Frågeformulär med numerisk bedömningsskala .</p>	<p>15 närstående</p>	<p>Familjerna upplevde att möten som skedde enligt särskild struktur för hur familjesamtal i den palliativa vården skulle ske var informativa, vilket medförde att de kände mindre oro och upplevde ett lugn. Läkarna menade att de hade större möjlighet att förstå familjernas rädslor och sjuksköterskor menade att de kunde ge ett bättre psykosocialt stöd.</p>	<p>Medelhög 22 poäng 77%</p>

Janze, A., & Henriksson, A.  2014 Sverige	Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences	Att utforska närståendes upplevelse, utifrån partners berättelser om förberedelse inför utförandet av omvårdnad.	Kvalitativ  Deskriptiv och tolkande design.	Sex närstående	Vårdpersonal hade en betydande roll för att stötta närstående, vetskapen om detta ökade vårdpersonalens förståelse för betydelsen av kommunikation. Betydande kommunikation för närstående ansågs handla om upplevelser, handlingsberedskap, att identifiera behov och kunskapsluckor.	Hög 22 poäng 88%
Kaasalainen, S., Strachan, P.H., Heckman, G.A., D'elia, T., Mckelvie, R.S., Mcainey, C., Stolee, P., Van der Horst, M.L., Kelley, M.L. & Demers, C.  2013 Kanada	Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members	Att utforska vilka upplevelser och erfarenheter patienter och deras närstående hade om att leva med eller vara i livets slutskede på vårdboende pga. hjärtsvikt.	Kvalitativ metod  Analys av innehåll	Sju närstående sju patienter	En bristfällig plattform för kommunikation minskade sannolikheten att sjukvården fick reda på relevanta försämringar av patientens tillstånd, då insatser från vården ofta är grundade på närståendes återberättande av symtom. Närstående uppgav att vården och kommunikationen var bättre när patienterna fick vård i hemmet än på sjukvårdsinrättningar.	Hög 22 poäng 88%

<p>Kirby, E., Broom, A., Good, P., Wootton, J, Adams, J.</p> <p>2014 Australien</p>	<p>Families and the transition to specialist palliative care</p>	<p>Att beskriva hur specialiserade läkare hanterar och upplever processen som uppstår när en patient skrivs in till specialiserad palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ  Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>20 överläkare</p>	<p>Familjemedlemmarna hade stor betydelse redan vid samtal om remiss till specialiserad palliativ vård, då de kunde ge känslomässigt stöd och även förklara medicinska behov för patienten. Samtalen blev mindre komplicerade i familjemedlemmarnas närvaro. Vårdpersonalen kunde i vissa fall förknippas med den närståendes stundande död, vilket kunde försvåra kommunikationen mellan familj och vårdpersonal.</p>	<p>Medelhög 20 poäng 80%</p>
<p>Lees, C., Mayland, C., West, A., &amp; Germaine, A.</p> <p>2014 Storbritannien</p>	<p>Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers</p>	<p>Att undersöka efterlevande närståendes och vårdgivares erfarenheter av vård i livets slutskede för människor som hade dött hemma.</p>	<p>Mixad metod.  I denna studie redovisas enbart de kvalitativa resultaten, de kvantitativa resultaten redovisas i en annan studie.</p>	<p>72 närstående</p>	<p>För att hjälpa familjen och patienten att få en bra död krävdes det att sjuksköterskan hade en fingertoppskänsla för kommunikation så sjuksköterskan fick möjlighet att förstå vilket stöd de närstående önskade. Det fanns behov av att förbättra kommunikationen, speciellt inom områdena negativa erfarenheter, symtomkontroll och medicinering.</p>	<p>Hög 22 poäng (granskad enligt mall för kvalitativ studie) 88%</p>

<p>Marques, D. L. L., Laranja, C. O. L., &amp; da Silva, M. C. M.</p> <p>2014 Brasilien</p>	<p>Interaction between family and nursing team: Implications for treatment of oncologic of patients</p>	<p>Att tydliggöra effekter av samspelet mellan vårdpersonal och familj i cancerpatienters behandling i palliativ vård för att förhållandet mellan vårdpersonal och familj av cancerpatienter.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Deskriptiv och utforskande design</p>	<p>8 närstående</p>	<p>Det var av vikt i samtalstekniken att vårdpersonal kunde lyssna aktivt när närstående kommunicerade för att inte missa relevant information. Att tydliggöra hur kommunikation skulle se ut var svårt då kommunikation skedde på individuell nivå. Närstående menade att kommunikation är mer än det som uttalas, exempelvis kroppsspråk och tonläge var av vikt.</p>	<p>Medelhög 19 poäng 76 %</p>
<p>Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., &amp; Tivis, L. T.</p> <p>2015 USA</p>	<p>Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses</p>	<p>Att identifiera behov hos sjuksköterskor för att kommunicera med patienter och närstående om palliativ vård vid livets slutskede.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Frågeformulär</p>	<p>60 sjuksköterskor</p>	<p>Sjuksköterskan var olika bekväm med att kommunicera med patient och närstående beroende på typ av verksamheten jobbar i, samt beroende på vilken typ av erfarenhet och typ av vidareutbildning sjuksköterskan har. Kring tiden för brytpunktsamtalet kunde kommunikativa hinder uppstå för alla involverade parter.</p>	<p>Medelhög 21 poäng 72%</p>

Price, J., Jordan, J., & Prior, L.  2013 Storbritannien	A consensus for change: parent and professional perspectives on care for children at the end-of-life	Att undersöka vårdpersonalens perspektiv på hur man kan utveckla verksamheten för barn i livets slutskede, med hjälp av frågor som prioriterats och identifierats av efterlevande föräldrar.	Kvalitativ  Fokusgrupper	35 vårdpersonal	Det fanns enligt vårdpersonalen ett behov av verktyg för att kommunicera mer ärligt med barn om döden, samtidigt som det fanns skillnader utifrån vårdpersonals- och föräldraperspektiv vad som var en lämplig strategi för detta. Det visade även att det fanns en brist på kommunikation mellan olika vårdinstanser.	Medelhög 19 poäng 76%
Reid, F. C.  2013 Storbritannien	Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas	Att belysa de utmaningar som sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård av barn och unga i hemsjukvården på landsbygden där familjer bor 2-7 timmars restid från närmsta barnsjukhus sjukhuset står inför.	Kvalitativ  Semistrukturerade intervjuer.	10 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att delge känslig information till familjen. Sjuksköterskorna uppgav att de kände en oro över att patienten och dennes minderåriga syskon inte skulle klara av att ta till sig informationen de delgav och de kände sig obekväma i att inte kunna styra riktningen i dessa samtal. Sjuksköterskorna menade även att i de fall de blivit inkopplade i familjen i ett sent skede av sjukdomstillståndet var det svårare att få en god kommunikation.	Medelhög 18 poäng 72%

Rodriguez, A., & King, N.  2014 Storbritannien	Sharing the care: the key-working experiences of professionals and the parents of life-limited children	Att undersöka den upplevda erfarenheten av att ge omvårdnad och att planera vården för ett barn med begränsad livslängd.	Kvalitativ  Fokusgrupper med semistrukturerade intervjuer.	21 vårdpersonal 20 närstående	Vårdpersonalen anpassade kommunikation och information efter föräldrarnas behov, då föräldrarna ansågs vara experter på det specifika barnets tillstånd. Föräldrarna hade ett behov av att kontaktpersonen från vården kunde lyfta frågor vidare med andra vårdprofessioner och instanser då de inte orkade repetera för ytterligare personer.	Medelhög 21 poäng 84%
Verschuur, E., Groot, M. M., & Van der Sande, R.  2014 Nederländerna	Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study	Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av att aktivt identifiera problem och önskemål hos patienter med palliativt vårdbehov.	Kvalitativ  Intervjuer med fokusgrupper	16 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna menade att början till en god framtida dialog var att initialt i första mötet fråga många frågor. Att använda ordet palliativ skulle göras med försiktighet vid kommunikation med närstående.  En viktig del av sjuksköterskornas arbete var att föra patienter och närståendes talan till andra vårdinrättningar.	Hög 20 poäng 80%



<p>Wilkinson, A. M., Johnson, C. E., Walker, H., Colgan, V., Arnet, H., &amp; Rai, T.</p> <p>2015 Australien</p>	<p>Evaluating the Liverpool care pathway for care of the terminally ill in rural Australia</p>	<p>Att utvärdera genomförandet av Liverpool care pathway, ett verktyg som används som standardvårdplan för vård av döende patienter i ett terminalt skede, i tre regioner på landsbygden Australien.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Genomgång av journaler enligt enkät.</p>	<p>415 patienter varav 223 patienter avled innan implementeringen genomfördes och 192 avled efter.</p>	<p>Vid användning av Liverpool care pathway förbättrades kommunikationen mellan vårdgivare och närstående. Dokumentationen om kommunikation mellan familjemedlemmar och sjukvården ökade också vid användning av Liverpool care pathway.</p>	<p>Medelhög 21 poäng 74%</p>
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------