

EXAMENSARBETE

Svåra samtal – en del av sjuksköterskans vardag

En intervjustudie

Difficult communication – a part of the nurses' workday

An interview study

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2008

Lisa Andersson
Sara Nilsson

Handledare: Ann-Marie Svensson
Examinator: Anette Ekström

SAMMANFATTNING

| | |
|---------------|--|
| Titel: | Svåra samtal – en del av sjuksköterskans vardag. |
| Institution: | Institutionen för Vård och Natur. |
| Kurs: | Examensarbete i Omvårdnad 15 Högskolepoäng. |
| Författare: | Lisa Andersson, Sara Nilsson. |
| Handledare: | Ann-Marie Svensson. |
| Sidor: | 23 |
| Månad och år: | Maj, 2008. |
| Nyckelord: | Svåra samtal, Sjuksköterska – Patient relation, Kommunikation, Konversation. |

I det dagliga arbetet och som en del av omvårdnaden måste sjuksköterskan samtala med patienterna. Samtal kan vara väldigt svåra, vissa samtal är svårare än andra. För att oerfarna sjuksköterskor lättare skall kunna relatera och hantera dessa samtal i yrkeslivet var syftet med studien att beskriva vad sjuksköterskor anser vara det svåraste i svåra samtal. Ett fåtal studier beskriver vad sjuksköterskor anser vara svåra samtal och ingen studie har funnits som beskriver vad de anser vara det svåraste i dessa samtal. En kvalitativ metod valdes och innehållsanalys användes som metodanalys. Studien innefattar intervjuer med sex sjuksköterskor från ett sjukhus i västra Sverige. Resultatet av analysen visar sex huvudkategorier som innehåller sex sjuksköterskors beskrivning av vad det svåraste är i svåra samtal. Kategorierna är: samtal när personkemin inte stämmer, hoppfulla samtal vid negativa besked, samtal med arga patienter, känsliga samtal, försonande samtal med anhöriga och närvara i samtal under tidsbrist. Alla sjuksköterskorna upplevde att det svåraste i alla samtalen var att vara närvarande i samtalet för att behålla patientens hopp och få patienten att försonas med sin situation.

ABSTRACT

Title: Difficult communication – a part of the nurses workday.

Department: Department of Health Sciences, University of Skövde.

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS.

Author: Lisa Andersson, Sara Nilsson.

Supervisor: Ann-Marie Svensson.

Pages: 23

Month and Year: May, 2008.

Keywords: Difficult Communication, Nurse-Patient Relations, Communication, Conversation.

In the daily work of a nurse, talking to patients is part of the nursing care. Communication can be very difficult, and some conversations are harder than others. To make it easier for inexperienced nurses to relate and handle these conversations it's important to establish what conversations nurses consider difficult and what the most challenging aspects are, and this was the aim of this study. Only a few previous studies describe what nurses consider difficult communication, and none of them focus on what the nurses perceive as the most challenging aspects. A qualitative method was chosen and content analysis was used as an analyze method. The study comprises interviews with six nurses in one hospital in the west of Sweden. The results of the analysis show six main categories which contain six nurses' descriptions of what they consider to be the most difficult communication. The categories are: communication when the personal chemistry don't match, hopeful communication when delivering negative notification, communicating with angry patients, sensitive communication, conciliating communication with relatives, and being presence in communication under stress. What all nurses found most challenging was, to be present in the conversation to keep the patients hope and help the patient accept their situation.

| | |
|---|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Kommunikation | 1 |
| Samtal | 2 |
| Sjuksköterskans arbetssituation | 2 |
| Omvårdnadsteoretiska perspektiv | 3 |
| Tidigare forskning om samtal | 5 |
| Problemformulering | 6 |
| SYFTE | 7 |
| Frågeställning | 7 |
| METOD | 7 |
| Val av metod | 7 |
| Urval | 7 |
| Genomförande | 8 |
| Dataanalys | 8 |
| Etiska aspekter | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| Samtal när personkemin inte stämmer | 10 |
| Att inte stämma överens med patienten | 10 |
| Att sedan tidigare ha en privat relation till patienten | 11 |
| Hoppfulla samtal vid negativa besked | 11 |
| Att få patienten att förstå | 11 |
| Att inte ta bort patientens hopp | 12 |
| Att förstå patientens livsvärld | 13 |
| Att vara nära vid livets slut | 13 |
| Samtal med arga patienter | 14 |
| Att hitta de rätta orden | 14 |
| Att inte ta åt sig av patientens ilska | 14 |
| Känsliga samtal | 15 |
| Att inte kunna hjälpa patientens barn | 15 |
| Att samtala om sexualitet | 16 |
| Försonande samtal med anhöriga | 16 |
| Att inte kunna försona anhöriga och patient | 16 |
| Att bli ifrågasatt | 17 |
| Närvara i samtal under tidsbrist | 17 |
| Att inte vara närvarande i samtalet | 18 |
| Resultatsammanfattning | 18 |
| DISKUSSION | 19 |
| Metoddiskussion | 19 |
| Resultatdiskussion | 20 |
| Slutsats | 22 |
| Förslag till fortsatt forskning | 23 |
| Implikationer | 23 |
| REFERENSER | 24 |
| BILAGOR | A |
| Bilaga 1. | A |
| Bilaga 2. | B |
| Bilaga 3. | C |

INLEDNING

Stone, Patton och Heen (1999) menar att då vi känner oss sårbara eller vår självkänsla berörs och viktiga frågor står på spel. Då vi djupt bryr oss om det som diskuteras eller de människor vi diskuterar det hela med, så finns det en möjlighet att vi upplever samtalet som svårt.

”Ett svårt samtal är vad som helst som man har svårt att prata om”(a a s.11)

Avsikten med studien var att beskriva vad sjuksköterskor upplevde som det svåraste i svåra samtal. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna genomföra samtal som anses vara svåra, då det kan vara en viktig aspekt för en god omvårdnad. Mötet med patienter och närstående är en av de basala delarna i sjuksköterskans arbetsuppgifter, forskning visar tydligt på att svåra samtal är problematiskt för både nyexaminerade och erfarna sjuksköterskor. 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 (SFS, 1982:763). Genom att få mer kunskap om de svåraste i samtalen tror vi att sjuksköterskorna lättare kan främja goda kontakter. När sjuksköterskan ser var svårigheterna i samtalet ligger så underlättar det att skapa en god relation. Socialstyrelsen (2005) skriver 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 och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Studien hoppas kunna bidra med kunskap som underlättar kommunikationen i de svåra samtalen mellan sjuksköterska och patient. Vi vill med denna studie öka kunskapen och förståelsen för svåra samtal i omvårdnaden för att kunna använda det i vårt framtida arbete och även underlätta samtalen för andra sjuksköterskor och därtill alla som arbetar med någon form av samtal.

BAKGRUND

Kommunikation

Kommunikation beskrevs vara grunden i alla relationer mellan människor (Tuckett, 2005). Begreppet kommunikation innebär överföring av information. Den är nödvändig och kanske till och med livsnödvändig inom vården (Fossum, 2007). Effektiv verbal kommunikation är en väsentlig del i omvårdnaden skrev Alasad och Ahmad (2005). Fossum (2007) beskrev kommunikation på flera olika sätt. Dels som communicatio som betyder ett ömsesidigt utbyte, communino som betyder något som går att dela med någon och communicare som betyder något som blir gemensamt att göra någon delaktig. Fossum beskrev vidare att konversation, conversatio, är ett närliggande begrepp som kan betyda förtrolighet, medan kommunikationen handlar mer om det verbala uttrycket men även om kroppsspråket.

Patienter anser att icke-verbal kommunikation, alltså kroppsspråket, är ett sätt att visa genuinitet för att det demonstrerar känslomässigt stöd, förståelse och respekt för dem som individer (McCabe, 2004). Fossum menar att i detta sammanhang är sjuksköterskan en viktig person då kommunikationen handlar om vad sjuksköterskan kan och vill förmedla men även om känslor och uppfattningar. Patienter anser att kommunikationen främst handlar om samtal och bemötande samt att det är förutsättningen för ett bra möte. Oftast handlar det om förmågan att skapa kontakt, nå fram med ett budskap eller förmågan till att känna empati (Fossum, 2007). Sjuksköterskorna i Bushinski och Cummings (2007) studie ansåg att det var deras roll att underlätta förståelsen och kommunikationen. Detta innebar att ge information, aktivt lyssna för att se att informationen nått fram, ta sig tid för kommunikationen och förklara eventuella oklarheter.

Eide och Eide (2006) menade att professionell kommunikation inte är det samma som kommunikation i vardagslivet. I arbetslivet kommunicerar sjuksköterskorna som experter och yrkesutövare, denna typ av kommunikation sker med de personer som av olika anledningar behöver hjälp och söker assistans. En god kommunikation är stödjande, främjar till kontakt, bidrar till att lösa problem och stimulerar patienten till att använda sina resurser. Förutsättningen för en god kommunikation är sjuksköterskans förmåga att se individen och få henne eller honom att känna sig sedd, förstådd och tillfredsställd.

Samtal

Samtal var inte lika lätt att definiera som kommunikation. Samtal ses som en symmetrisk relation där båda parter är involverade. Synonymer till begreppet samtal är bland andra konversation, dialog, resonemang och diskussion. Människor talar med varandra för att få reda på något, sannolikt är alla samtal kunskapssökande där ny kunskap tillförts de samtalande (Fossum, 2007). I Kruivjer, Kerkstra, Bensing och Van De Wiels studie är mer än 60 procent av sjuksköterskors samtal är av instrumentell natur, det vill säga att de utgör ett hjälpmedel för något annat som exempelvis medicindelning och andra praktiska arbetsuppgifter. De affektiva känslomässiga samtalen borde handla om att visa empati, omsorg och optimism. Samtalen handlar nu endast om att hålla med och upprepa istället för att diskutera och aktivt utforska patientens känslor. Minoriteten av de affektiva samtalen relaterades till ett specifikt affektivt beteende så som visa omsorg (2 procent), empati (2 procent) och optimism (2 procent) (Kruivjer, Kerkstra, Bensing & Van De Wiel, 2001). Inom sjukvården är en av sjuksköterskans uppgifter att hjälpa människor ifrån sjukdom och lidande. Samtalen sker oftast inom en medicinsk dimension som bland annat innebär att ge medicin, undersöka och förklara symtom. Samtalen kretsar oftast kring problem och vad som ska göras åt dem (Fossum, 2007).

Sjuksköterskans arbetsituation

Att utföra patientcentrerad vård istället för uppgiftscentrerad kräver varken mer tid eller extra resurser. Många gånger väljer sjuksköterskan att utföra uppgiftscentrerad vård istället för den patientcentrerade trots att sjuksköterskan har en god kommunikationsförmåga. Sjuksköterskan väljer då att utföra uppgiftscentrerade samtal som en skyddsmekanism för att inte själv bli för känslomässigt inblandad i arbetet (McCabe, 2004). Sjuksköterskor menar att deras arbetsuppgifter och ansvar på arbetsplatsen har ökat utan att det gjorts några förändringar i bemanningsantal. Det finns inte mycket tid att samtala med

patienterna på grund av sjuksköterskans höga arbetsbelastning. Det behövs mer utveckling i hur arbetsbelastningen ska hanteras för att mer uppmärksamhet och effektiv tid ska kunna avsättas åt patienterna (McGilton, Irwin Robinson, Boscart & Spanjevic, 2006).

Sjuksköterskornas kommunikationsfärdigheter, tycks till stor del influeras av vilken miljö de arbetar i. Många sjuksköterskor anser, att om deras kommunikationsförmåga förbättras skulle de vara till större hjälp för både patienterna och deras familjer. Sjuksköterskor anser att det är dags att börja ta effektiv kommunikation på allvar och aktivt se till personligt ansvar för sina handlingar. Det finns tydliga bevis på att god kommunikation gör stor skillnad för patienterna och deras familjer (Wilkinson, Bailey, Aldridge & Roberts, 1999). Sjuksköterskor trivs bättre på arbetet och känner mer för sina patienter när de utvecklar och utökar deras kommunikationsfärdigheter. Det har även visats att när sjuksköterskor använder sig av utökad kommunikation minskar generellt patienternas klagomål och det leder till en ökad tillfredsställelse för sjuksköterskan i hennes arbete (McGilton et al., 2006).

Det finns sjuksköterskor som anser att kommunikationen med svårt sjuka patienterna utgör en barriär för dem att utföra sitt jobb. Kommunikationen med patienter ses som en nödvändig del i god omvårdnad. Trots vetskapen om detta utövas kommunikationen minimalt, den glöms bort och får stå tillbaka för andra uppgifter som upplevs ha högre prioritet (Alasad & Ahmad, 2005). Bushinski och Cummings (2007) kom i sin studie fram till fyra barriärer som hindrade sjuksköterskorna från att kommunicera effektivt med patienterna. Dessa barriärer var: kulturella hinder, brist på tid, läkare som inte samarbetar och att ge mer hopp än vad som är rimligt i en situation. I Wilsons studie (1991) beskrev alla sjuksköterskor hur stressigt arbetsklimatet hade utvecklat sig och hur oförmögna de kände sig att kunna ändra på situationen. Ett sådant klimat på avdelningen påverkar tydligt patienternas omvårdnadsqualität. Men i studien visade det sig ändå att det var på den mest arbetsbelastade avdelningen som den bästa kommunikationen ägde rum. Därför kom studien fram till att om viljan finns där så är det möjligt att skapa en bra kommunikation även på de mest stressiga avdelningarna. McCabe (2004) skrev i sin studie att de erfarna sjuksköterskorna inte hann utöva deras samtalskunskaper för att de var för upptagna. De nyexaminerade sjuksköterskorna däremot tillbringade mer tid hos patienterna. Detta troddes bero på oerfarenhet att de nyexaminerade arbetade ineffektivt men även att de inte hade lika höga krav på sig som de erfarna sjuksköterskorna. Studenter ute på kliniska studier uppmärksammade att det aldrig fanns tid på avdelningarna att sitta ner och samtala med patienterna, de uppmärksammade även brist på avskildhet som en stor barriär för en god kommunikation (Hjörleifsdóttir & Carter, 2000).

Omvårdnadsteoretiska perspektiv

Kirkevold (2000) beskrev Travelbees omvårdnadsteorier som fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Travelbees tankegångar sammanfattas i hennes definition av 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.”(a a s.130)

I Kirkevold (2000) beskriver Travelbee att människan kännetecknas av sin förmåga och sin motivation att söka efter en mening i allt som upplevs i tillvaron, såväl glädje som sjukdom och sorg. Upplevelserna är individuella och unika för den enskilda människan och formas av tidigare livserfarenheter.

Sjuksköterskors viktigaste redskap i etablerandet av en god relation till patienterna är kommunikationen. Kommunikation är en ömsesidig process där de samtalande delar med sig av tankar och känslor till varandra. Den kommunikation som sker är både icke verbal och verbal och har som syfte att sjuksköterskan ska lära känna patienten och lära sig tillgodose dennes behov. Med hjälp av god kommunikation ska sjuksköterskan lättare kunna se det som skiljer patienterna åt, för att kunna tillgodose deras individuella behov. Kommunikationen mellan patienter och sjuksköterskor är av stor betydelse och de omvårdnadsåtgärder sjuksköterskor utför ska motsvara patienternas behov. Travelbee anser även att sjuksköterskor bör ständigt sträva efter att utveckla färdigheter i kommunikation (Travelbee, 1971).

Det viktigaste syftet med omvårdnad är att hjälpa en individ finna mening i sina olika livssituationer. Detta uppnås genom att etablera mellanmänniska relationer. Förutsättningen för en mellanmännisklig relation är att båda parterna är observanta på varandras mänsklighet. Vilket innebär att även patienten måste acceptera att sjuksköterskan har behov som tillgodoses i relationen. Travelbee i Kirkevold (2000) menar att om inte detta tillgodoses kommer omvårdnaden att avhumaniseras. Flera interaktions faser måste genomgå för att kunna uppnå målet med den mellanmänniska relationen.

Travelbees fem faser är: *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt*. I *det första mötet* är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om hur stereotypa uppfattningar präglar henne, så att hon kan förmå att upptäcka den unika individen i patienten. Efterhand kommer en *framväxt av identiteter* och stereotypa uppfattningar försvinner. Patienten börjar se sjuksköterskan som en individ istället för en roll. Sjuksköterskan måste här släppa eventuella likheter som patienten har med andra patienter som vårdats. *Empati* äger rum då sjuksköterskan delar den andres psykologiska tillstånd och samtidigt är en självständig individ. Empati sker inte kontinuerligt utan uppstår av och till. Travelbee menar att när empati en gång uppstått, förändras relationen och interaktionsmönstret för gott. Empati är en intellektuell process som inte står i beroende till om man tycker om den andre. Förutsättningen för att kunna känna empati är att båda har en likartad bakgrund och erfarenheter. På grund av detta är det orealistiskt att tro att varje sjuksköterska ska kunna känna empati till alla sina patienter. *Sympatifasen* är ett resultat av empatifasen. Denna fas kännetecknas av medlidande, att sjuksköterskan tar del i den andres lidande och har en önskan att lindra lidandet. Sympati kan bidra till att lindra lidandet då bördan delas. I den sista fasen uppstår en *ömsesidig förståelse och kontakt* mellan parterna. När patienten och sjuksköterskan delar samma upplevelse blir det en meningsfull och betydelsefull relation för de båda. Detta blir nu resultatet som byggs upp av de föregående faserna genom att sjuksköterskan kontinuerligt lindrat patientens lidande (Kirkevold, 2000).

Tidigare forskning om samtal

Kennedy Sheldon, Barrett och Ellington (2006) kom i sin studie fram till fem teman som identifierade svåra samtal. Dessa var kommunikationen mellan sjuksköterska - läkare - patient, arga patienter och familj, patienter med metastas cancer, aggressiv intervention vid livets slutskede och förnekande fasen hos patienter. Samtal i sjuksköterska - patient relationen är en interaktion som är multidimensionell och komplicerad för både sjuksköterskan och patienten på grund av människans komplexitet.

Bowles, Mackintosh och Torn (2001) skrev att sjuksköterskors förmåga att kommunicera har kritiserats under flera år och att sjuksköterskeutbildningar har en dålig teoretisk inställning till kommunikationsfärdigheter. Enligt Hjørleifsdóttir och Carter (2000) upplevde sjuksköterskestudenter generellt att det var svårt att samtala med patienter och deras anhöriga. De upplevde även att det var en svår utmaning att samtala med patienter i livets slut då studenterna hade en förmåga att förbise problematiken kring döden. McCaughan och Parahoo (2000) skrev att sjuksköterskestudenter hade få möjligheter att prata om och lära sig kommunikation, med patienter i livets slut, under utbildningens kurser. Hjørleifsdóttir och Carter (2000) skrev vidare i sin studie att föreläsningar på universitet om samtal vid livets slut ansågs vara värdefullt för studenterna. Det hjälpte studenterna att få bättre självförtroende i dessa samtal.

Clover, Browne, McErlain och Vandenberg (2004) menade att det alltid är sjuksköterskans ansvar att underlätta i samtalen mellan sjuksköterska - patient vilket är speciellt viktigt vid livets slutskede. I Wilkinsons (1991) studie framgick det att sjuksköterskor som tyckte att det var svårt med samtal vid livets slut använde ett blockerande verbalt beteende, vilket hindrade patienterna från att samtala om deras problem. Detta ledde till att sjuksköterskan inte klarade av att känna empati för patienternas känslor och lidande. Om de däremot utsatte sig för att samtala om patientens känslor så underlättade det svårigheten i samtalet. Bushinski och Cummings (2007) skrev att döden var ett ämne som vårt samhälle och sjukvårdskultur ansåg svårt att diskutera samt att det lätt undveks. De menade även att ämnet var alldeles för lite utforskat och skrivet om. Även Kruijver et al. (2001) kom fram till att samtala kring känslomässiga problem upplevdes som en av de svåraste uppgifterna för sjuksköterskan på grund av de obehag de upplevde i samtalen. De var rädda för att tappa kontrollen över situationen om de kom patienten för nära. Känslomässig omvårdnad, som påbyggnad till praktisk och medicinsk omvårdnad, är en mycket viktig uppgift i sjuksköterskans professionella roll.

En av sjuksköterskans svåraste uppgifter var att ge svåra och negativa besked till patienter och anhöriga. Samtalet kan skada och förändra den naturliga relationen mellan sjuksköterska och patient permanent (Garg, Buckman & Kason, 1997). Sjuksköterskorna i Kendalls studie menade att det var svårt att vårda patienter som inte informerats om deras diagnos för att anhöriga inte ville oroa patienten. Sjuksköterskor blev utmanade både personligt och professionellt när de inte fick avslöja diagnos eller behandling för patienten (Kendall, 2006). För att kunna samtala öppet så behövde sjuksköterskorna känna sig säkra på att de kunde svara på patientens frågor ärligt, utan att få problem med det efteråt (Wilkinson, et al. 1999).

Trovo De Araujo och Paes Da Silva (2004) skrev att sjuksköterskors dåliga kunskaper om olika sätt att kommunicera med döende patienter kunde förklaras av bristen på träning i

kommunikationsteknik under högskoleutbildningen. Genom att fylla informationsbristen som finns i sjuksköterskeutbildningen kan en mycket bättre hjälp ges till patienterna. Stöd behöver också ges till personalen som jobbar med svåra samtal samt undervisning i hur de ska handskas med sina egna rädslor och begränsningar. Detta kommer att resultera i en mer komplett omvårdnad då patientens behov tillfredsställs och lidande lindras både fysiskt, psykiskt och andligt. Maguire och Faulkner (2002) menade att utbildningen behöver innehålla grundläggande kommunikationsteknik och praktisk träning likt rollspel. Kennedy Sheldon et al. (2006) kom i sin studie fram till att sjuksköterskorna kände sig oförberedda att hantera svåra samtal efter utbildningen. Sjuksköterskorna menade att utbildningen inte förberedde dem för svåra samtal och omfattningen av kommunikationsteknik som skulle vara nödvändigt att ha i framtida kliniska situationer. Nyexaminerade sjuksköterskor kände sig oförberedda på många av deras kliniska uppgifter, speciellt samtal med patienter, anhöriga och läkare. Erfarna sjuksköterskor menade att det var genom erfarenheter som de lärt sig samtala bättre. Mer undervisning i kommunikation under både bas- och vidare utbildningar föreslogs för att utveckla och upprätthålla kunskaper inom kommunikationsteknik. Även Benner (1997) menade att nyexaminerade sjuksköterskor kunde lära från mer erfarna om effektiva samtals strategier för att hantera svåra samtal. Även människor med den bästa kommunikationsförmågan blir utmanade av svåra samtal. Kruijver et al. (2001) skrev att sjuksköterskor bör förse med kommunikations träning under deras utbildning. De behöver lära sig hur de kan undersöka och diskutera känslor och uppfattningar med patienten utan att förlora kontrollen över deras egna känslor.

Brist på både kvalitativa och tillfredställande samtal kan få allvarliga konsekvenser, både fysiskt och psykiskt, för svårt sjuka patienter (Alasad & Ahmad, 2005). McCabe (2004) skrev i sin studie att det är viktigt för patienterna att sjuksköterskan vidkänner och förstår patientens situation vilket kan lätta den oro de känner. Patienter litar på sjuksköterskor som känner medkänsla och som kan identifiera specifika omvårdnadsbehov, vilket visar på inlevelse i samtalet. När sjuksköterskan känner sympati så upplever patienterna att deras känslor blir rättfärdigade. Patienten känner då att sjuksköterskan förstår deras situation och ser dem som individer. Men många patienter kände att sjuksköterskan inte alls samtalade på ett patientcentrerat vis, utan gjorde egna antaganden om deras bekymmer och behov. Kendall (2006) skrev att kommunikation är en hörnsten i vården och väsentlig för sjuksköterskor som arbetar med omvårdnad. Effektiv kommunikation ökar patientens förmåga att klara av och hantera sin sjukdom. Podrasky och Sexton (1988) beskrev i sin studie vad sjuksköterskor anser vara svåra patienter och som de reagerar negativt på. Dessa är bland annat: krävande patienter, frustrerande patienter, tidskrävande patienter, ifrågasättande patienter och oresonabla patienter som inte vill samarbeta. Alasad och Ahmad (2005) skrev att sjuksköterskor föredrar patienter som de kan ha kontroll över och som inte ifrågasätter sjuksköterskans beslut och handlingar. McGilton et al. (2006) skrev att för att sjuksköterskor ska förstå oroliga patienter bättre och hjälpa dem att uttrycka sig verbalt behöver deras samtals metoder förbättras.

Problemformulering

Under sjuksköterskeutbildningen och tidigare erfarenheter inom vården har författarna uppmärksammat problematiken kring svåra samtal. I de situationer där svåra samtal uppstått, har författarna känt och sett en stor brist på kunskap att hantera dessa samtal samt brist på träning i deras egen utbildning av sådana situationer. Författarna anser att det är av

betydelse att ta reda på vad sjuksköterskor upplever som det svåraste i svåra samtal. Endast ett fåtal studier beskriver vad svåra samtal är och författarna har inte funnit någon studie som beskriver det svåraste i dessa samtal. Många studier visar att sjuksköterskor, erfarna som oerfarna, kräver utbildning och erfarenhet för att på ett bra sätt kunna hantera dessa samtal. Tidigare forskning visar även på att utökade kommunikationsfärdigheter hos sjuksköterskorna leder till att sjuksköterskorna trivs bättre på arbetet och klagomål från patienterna minskar. Brist på tillfredställande samtal kan få allvarliga konsekvenser för svårt sjuka patienter, menar tidigare forskning. Det är därför av betydelse att göra erfarna sjuksköterskors privata kunskaper allmänna så att det förhoppningsvis kan användas både i utbildning och i praxis. Oerfarna sjuksköterskor kan då tillgodose sig erfarenheterna och få reda på vad som anses vara det svåraste i svåra samtal och lättare kunna relatera och hantera dessa samtal i yrkeslivet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva vad sjuksköterskor upplevde som det svåraste i svåra samtal.

Frågeställning

Vilka samtal anses som svåra?

Vad är det svåraste i de svåra samtalen?

METOD

Val av metod

För att få en ökad förståelse och kunskap om vad sjuksköterskan upplever som svårigheterna i svåra samtal, valdes att göra en kvalitativ intervjustudie. Ämnet för den kvalitativa forskningen är människans livsvärld och hennes relation till den. Avsikten är att beskriva och förstå de centrala budskapen som den intervjuade upplever och förhåller sig till. Den förutsätter en empatisk dialog och är en unikt känslig och kraftfull metod som är till för att fånga erfarenheter och innebörder i människors vardagsliv. Det innebär ett möte med människan och hennes livsvärld och att den intervjuade börjar reflektera. För att genomföra detta krävs det att vissa krav ställs på intervjuaren som metod. De samtalande parterna bör ha ett gemensamt intresse av att fördjupa sig i ämnet. Forskaren hjälper den intervjuade att rikta uppmärksamheten mot ett bestämt fenomen av intresse. Forskaren ska sträva efter att inte ta något för givet utan att ställa frågor och göra kommentarer på ett sådant sätt att informanterna berättar mer (Dahlberg, 1997; Kvale, 1997).

Urval

För att få ett resultat som beskrev sjuksköterskornas upplevelser av det svåraste i svåra samtal så bra som möjligt lämnades förfrågningar och informationsbrev till enhetscheferna

på tre olika allmänna medicinavdelningar på ett sjukhus i Väst Sverige (Bilaga, 1). I breven beskrevs studiens syfte och genomförande för att hitta de sjuksköterskor som var bäst lämpade. De tre enhetscheferna ombeddes välja ut två sjuksköterskor vardera, som de ansåg vara bäst lämpade för studiens syfte. Kriteriet för att räknas till erfaren sjuksköterska är i studien minst tre års arbetslivserfarenhet som sjuksköterska. De utvalda sjuksköterskorna fick ett informationsbrev där de skriftligt kunde tacka ja eller nej till att delta i studien (Bilaga, 2).

Genomförande

Studien har genomförts med hjälp av en kvalitativ insamlingsmetod. Författarna har inriktat sig på interaktionsproblemet mellan sjuksköterska - patient och fenomenet svåra samtal och med hjälp av intervjuer format en empirisk studie. Avdelningarna besöktes personligen då informationsbrev lämnades ut. Sjuksköterskorna ringdes upp då de fick avtala tid och plats för intervjun. Vid telefonsamtalet gavs återigen information om studiens syfte och genomförande samt att deltagandet var frivilligt. Det informerades även att materialet behandlas konfidentiellt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien utan någon förklaring. En test intervju genomfördes med en utomstående sjuksköterska. Innan intervjuerna startade poängterades vikten av att få reda på sjuksköterskans erfarenheter av det svåra i samtalet och inte patienternas erfarenheter. Det klargjordes att det var öppna intervjuer med en inledande fråga och en öppen huvudfråga samt att sjuksköterskorna fick prata fritt utifrån frågorna. För att sjuksköterskorna skulle hinna reflektera och tänka efter i lugn och ro så informerades det att längre tystnad under intervjuerna tilläts. Det informerades både muntligt och i informationsbrev att båda intervjuerna skulle närvara under intervjuerna. Intervjuerna växlade mellan att vara aktiv och observatör, observatören var passiv i intervjun och var placerad en bit ifrån sjuksköterskan. Sex sjuksköterskor intervjuades och fick svara på frågorna angående det svåra samtalet och utefter egna erfarenheter beskriva vad de upplevde som det svåraste i svåra samtal. Intervjuunderlaget utformades efter Kvaless (2007) intervjuguide med öppna och ostrukturerade frågor. De tolkande frågorna och följdfrågorna var direkt tagna ur Kvaless intervjuguide (Bilaga, 3). Intervjuerna pågick i cirka 20 minuter vardera och genomfördes ostört i samtalsrum i anslutning till avdelningarna och utgick från den övergripande frågan att beskriva det svåraste i svåra samtal. Intervjuerna bandades i sin helhet och skrevs därefter ut ordagrant, sedan analyserades det transkriberade datamaterialet för sammanställning.

Dataanalys

Den transkriberade texten bestod av 33 sidor dataskrivna text. Hela texten lästes igenom flera gånger var för sig för att få en känsla för helheten. Därefter lästes texten igenom tillsammans och bakomliggande budskapen diskuterades. Meningar och fraser som innehöll relevant information för frågeställningarna plockades ut. Lite av den omgivande texten togs med så att det kvarstod ett sammanhang. De fraser och meningar som plockades ut, så kallade meningsbärande enheter, tilldelades olika färgkoder för att likheter och olikheter tydligare skulle ses. Därefter sågs tydligt olika kategorier på svåra samtal (figur 1). Datamaterialet kondenserades sedan till mindre enheter till syfte att korta ner texten. De kondenserade enheterna grupperades sedan ytterligare för att identifiera det svåraste i samtalen och för att det centrala budskapet och manifesta innehållet i

intervjuerna skulle komma fram. Slutligen formulerades kategorier och även underkategorier där det svåraste i samtalen kom fram. Bakomliggande värderingarna som inte var synliga försökte identifieras. Processen gjordes om många gånger och de olika stegen bearbetades fram och tillbaka för att på ett så strukturerat sätt som möjligt kunna presentera resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Ett tema som vävde samman det slutliga resultatet i en enda mening identifierades. Temat som identifierades var: *närvarons betydelse vid svåra samtal för att behålla hoppet och försonas med sin situation*. I studiens resultat har informanterna namngetts som sjuksköterskor.

| Meningsbärande enhet | Kondenserad mening | Kategori |
|---|---|---|
| Det svåraste är att leverera sanningen på rätt sätt för att inte ta bort hoppet för patienten | Att inte ta bort patientens hopp | Hoppfulla samtal vid negativa besked |
| Det är väldigt svårt att hamna mitt emellan patienten och anhöriga och att medla mellan de två lägren | Att inte kunna försona anhöriga och patient | Försonande samtal med anhöriga |
| Det är svårt att vara närvarande i samtalet trots att det är mycket att göra. | Att inte vara närvarande i samtalet | Närvara i samtal under tidsbrist |

Figur 1: Exempel på innehållsanalys från studiens resultat enligt Graneheim och Lundman (2004).

Etiska aspekter

Studien utförs i enlighet med Medicinska forskningsrådets (2000) riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning som delvis utgår ifrån Helsingforsdeklarationen. De etiska grundreglerna som studien tillämpar är Respekt för personer: Studien avser konfidentiell hantering. Vilket innebär att alla sjuksköterskor informerades om att identiteter och citat till respektive sjuksköterska inte går att spåra. Deltagandet var frivilligt och sjuksköterskorna kunde när som helst avbryta sin medverkan utan närmare motivering. Godhetsprincipen: Studien avser att göra gott genom att öka kunskapen om vad det svåraste är i svåra samtal, vilket förhoppningsvis kommer att förbättra och underlätta svåra samtal för sjuksköterskor. Principen att inte skada: Studien utgick ifrån att förebygga/förhindra skada och minimera obehag för dem som medverkade. Riskerna för sjuksköterskorna övervägdes gentemot vinsterna av att genomföra forskningen. Rättvisprincipen: Studien behandlade alla sjuksköterskor lika och urvalet av sjuksköterskor skedde på ett etiskt godtagbart sätt då enhetscheferna tilldelades uppgiften att välja ut lämpliga deltagare. I intervjuerna strävades det efter att få alla sjuksköterskor att känna sig bekväma. Utskrivet material och inspelade band kommer att förvaras var för sig fram tills dess att resultatet rapporterats. Därefter kommer detta material att förstöras. Information om att allt material behandlas konfidentiellt ges både muntligt och skriftligt (Medicinska forskningsrådet, 2000). Denna forskning anses generera kunskap som är viktig och studien kommer att vara väl underbyggd.

RESULTAT

Studiens resultat beskriver vad sex sjuksköterskor anser vara det svåraste i svåra samtal. Efter genomgången bearbetning och analys av intervjutexterna växte sex huvudkategorier fram, som presenterar de svåra samtalen; samtal när personkemin inte stämmer, hoppfulla samtal vid negativa besked, samtal med arga patienter, känsliga samtal, försonande samtal med anhöriga och närvara i samtal under tidsbrist. Ur huvudkategorierna kunde sedan 13 underkategorier urskiljas som redogör för det svåraste i de olika samtalen (figur 2). De sex huvudkategorierna presenteras var för sig med tillhörande underkategorier som styrks med beskrivande citat i texten.

| Tema | Huvudkategorier | Underkategorier |
|---|---|---|
| Närvarons betydelse vid svåra samtal för att behålla hoppet och försonas med sin situation. | Samtal när personkemin inte stämmer | Att inte stämma överens med patienten Att sedan tidigare ha en privat relation till patienten |
| | Hoppfulla samtal vid negativa besked | Att få patienten att förstå Att inte ta bort patientens hopp Att förstå patientens livsvärld Att vara nära vid livets slut |
| | Samtal med arga patienter | Att hitta de rätta orden Att inte ta åt sig av patientens ilska |
| | Känsliga samtal | Att inte kunna hjälpa patientens barn Att samtala om sexualitet |
| | Försonande samtal med anhöriga | Att inte kunna försona anhöriga och patient Att bli ifrågasatt |
| | Närvara i samtal under tidsbrist | Att inte vara närvarande i samtalet |

Figur 2: Huvudkategorierna benämner de svåra samtalen och underkategorierna redogör för det svåraste i samtalen.

Samtal när personkemin inte stämmer

Hälften av sjuksköterskorna beskriver svårigheterna i samtal när personkemin inte stämmer. De upplever det svårt att samtala innan de lärt känna patienten och innan de vet hur patienten kommer att reagera. Balansgången att lyckas vara drivande men att samtidigt vara försiktig upplevs som svår.

Att inte stämma överens med patienten

Tre av sjuksköterskorna beskriver att det svåraste vid första mötet är att just öppna upp samtalet när de inte stämmer överens med patienten och att gå in med en öppenhet och lyssna till det som sägs i samtalet samt gå in med sina känslor i samtalet och att våga bli

berörd. De beskriver även att det svåraste är när personkemin inte stämmer mellan sjuksköterska och patient. Det svåraste i det samtalet är då att känna av vad problemet beror på och ta upp problemet så fort som möjligt och även svårigheten i att inte känna sig misslyckad själv som person utan förstå att problemet ligger hos båda parter.

”Jag kan känna att svårigheten att känna in...vad är detta för någonting...det är en svårighet. Är det detta att vi inte stämmer ihop eller vad är det?” (Intervju 3)

Sjuksköterskorna upplever det som svårare att ge negativa besked till en patient som de inte stämmer överens med. Därför försöker de alltid byta samtalspartner i sådana lägen så att sjuksköterskan och patienten känner sig bekväma.

Att sedan tidigare ha en privat relation till patienten

Två av sjuksköterskorna tar upp svårigheten när de har eller har fått en privat relation till patienten. Det svåraste i det samtalet är då att vara både professionell och privat och veta vilket ben de ska stå på. De upplever att de inte kan vara vårdare på rätt sätt och att patienten kanske inte kan ta upp det den vill.

”Ett samtal som jag hade...en arbetskamrat som blev akut sjuk i leukemi, som jag jobbat mycket med...där...när jag gick in i detta rummet för första gången då kände jag FRUKTANSVÅRT svårt.” (Intervju 3)

En av sjuksköterskorna upplevde att det svåraste med att ha en privat relation till patienten är att de blir så personligt engagerade och berörda att de inte kan arbeta professionellt. Det svåraste är även att kunna lämna över patienten till någon annan i personalen utan att lägga sig i patientens fortsatta vård.

Hoppfulla samtal vid negativa besked

Alla sjuksköterskorna upplever att ett av de svåra samtalen är att förmedla negativa besked. Svårigheten i ett sådant samtal är bland annat vetskapen om att det sjuksköterskan tänkt säga kommer att bli svårt för patienten och en oro över hur patienten skall reagera. Sjuksköterskorna upplever även att det är svårt att förmedla beskedet på ett så ärligt men samtidigt skonsamt sätt som möjligt och samtidigt framföra det på rätt sätt.

Att få patienten att förstå

Alla sjuksköterskor beskriver brytpunktsamtalet som ett mycket svårt samtal, med brytpunktssamtal menar sjuksköterskorna att gå över från en botande behandling till en palliativ fas. Det svåraste i detta samtal är då att få patienten införstådd i sin sjukdomssituation, när patienten inte kommit lika långt i sin sjukdom som sjuksköterskan och de står på olika nivåer. När patienten fortfarande vill ha en botande behandling är det svårt att förmedla att det inte finns så lång tid kvar i livet.

”Jag tycker att man ska ta vara på den tiden man har kvar...försök att umgås med dina barn och barnbarn...men patienten är inte där, han vill fortfarande ha en botande behandling...utan att försöka att få dom liksom att byta livsstil och

få dom att förstå att nu får jag nog skynda mig om jag ska hinna göra det som är viktigt...man får ju inte ta bort patientens hopp!” (Intervju 5)

Sjuksköterskorna upplever även att det svåraste i brytpunktssamtalet är att varken vara för positiv eller för negativ samt att lyckas vara så konkret och objektiv som möjligt. En annan svårighet under samtalet är att se patienters känslor och reaktioner som kommer fram under samtalets gång och att inte personligen fördjupa sig i alla patienters känsloreaktioner. Det gäller att lära sig hålla viss distans, men ändå ha närvaro, för att orka med dessa samtal. Det svåraste är också att lyckas förmedla att det fortfarande finns mycket kvar att göra för patienten även om det inte går att fortsätta en botande behandling, detta bygger upp en trygghet hos patienterna. Vidare beskriver de svårigheten i att inte veta när patienten fått tillräckligt med information då en del patienter inte är mottagliga för all information som ges.

”Ibland så vill vi kanske informera patienten mer än vad patienten känner att den vill och orkar ta emot” (Intervju 4)

Hälften av sjuksköterskorna nämnde att det var svårt att samtala med förnekande patienter. Många patienter blir blockerade när de får ett negativt besked och hör inte informationen som ges. Det svåraste i det samtalet är då att följa upp samtalet och att veta hur mycket patienten tagit till sig av informationen samt att lyckas sammanfatta informationen på ett sådant vis att patienten får tid att förstå och acceptera.

”Patienten i regel stänger av liksom...de hör inte...lyssnar inte...jaha det är cancer och sen stänger av, det gäller inte mig.” (Intervju 2)

En sjuksköterska beskriver svårigheten med patienter som alltid skrattar och är glada, men där sjuksköterskan ser sorgen bakom likt en glädjefasad. Det svåraste upplevs då vara att komma bakom fasaden och hjälpa dem bearbeta sorgen men samtidigt tillåta dem vara glada.

”Jag tror att det som är svårast för mig är när patienten inte har kommit lika långt i sin sjukdom som vi som vård personal...den har inte hunnit med rent psykologiskt...vi står på olika nivå. Det kan vara svårt.” (Intervju 5)

Att inte ta bort patientens hopp

Vid många svåra diagnoser, till exempel metastascancer, är det inte ovanligt att vissa undersökningar visar att patienten ser helt frisk ut, medan sjuksköterskorna har vetskapen om att det är väldigt vanligt att sjukdomen kommer tillbaka. Sjuksköterskorna upplever att det svåraste i den situationen är att stå bredvid patienten och det patienten känner samt veta vad som ska sägas och hur de ska leverera sanningen på rätt sätt.

”Ja då får man ju inte säga...jaa det är ju roligt att det gått bort...det svåraste är när patienten har sånt hopp om att bli frisk, då får man ju inte trycka ner dom, samtidigt så sitter jag med vetskapen om att de inte är det egentligen...det kan kännas svårt ibland” (Intervju 2)

Alla sjuksköterskor beskriver att det svåraste i att leverera sanningen på rätt sätt är att inte ta bort hoppet för patienten. En annan svårighet i detta samtal är att våga stå kvar och känna tryggheten i att bara finnas där för patienten och på det sättet stötta dem. De upplevde dock detta som ännu svårare när de var oerfarna.

”Svårigheten att leverera livets allvar utan att ta bort hoppet.” (Intervju 5)

Att förstå patientens livsvärld

Alla sjuksköterskor beskriver det svåraste som att förstå och sätta sig in i patientens livsvärld. Sjuksköterskorna är med vid många negativa besked och de upprepar även det som läkaren har sagt. Sjuksköterskorna upplever att det svåraste i det samtalet är att förstå hur mycket det negativa beskedet förändrar patientens och anhörigas framtid och hur mycket de har förstått av beskedet. De beskriver svårigheten i att veta på vilket sätt de kan stödja patienten och dess anhöriga och hur de ska göra för att framtiden ska bli bättre och hur de lättare ska förstå deras livsvärld.

”Vi försöker oss då sätta oss in i...vad innebär det här för familjen och vad kommer detta bli? Har de förstått det egentligen...allting sparkas ju undan fullständigt.” (Intervju 1)

Två sjuksköterskor beskriver även svårigheten att kunna tolka de reaktioner som sker i rummet under samtalets gång och att även här förstå innebörden av patientens reaktioner. Det svåraste är att se vad de har förstått och vad det innebär det för patienten.

Att vara nära vid livets slut

Endast den yngsta sjuksköterskan upplevde döden som svår och beskriver vikten av debriefing och handledning. Resterande sjuksköterskor upplevde inte samtal kring döden eller själva dödsögonblicket som speciellt komplicerat eller svårt. De beskrev däremot att det hade varit ett av de svåraste samtalen när de var unga och oerfarna. Det svåraste var då rädslan för döden och att inte kunna göra någonting för patienterna, idag vet de att det finns mycket att göra vid livets slutskede. Sjuksköterskorna anser däremot att de under åren blivit bättre på att hjälpa patienterna så att de kan få ett så bra slut som möjligt. En annan svårighet som de upplevde när de var oerfarna var den fysiska och känslomässiga kontakten med patient och anhöriga.

”Det va ju jobbigt att sätta sig och hålla i dom och krama om anhöriga det va ju en jobbig bit och alla gråter och...åh så hemskt.” (Intervju 2)

Som oerfarna upplevde sjuksköterskorna det svårt att våga stå kvar vid patienten när de inte visste vad som skulle komma upp. Idag vet de att genom att visa sin närvaro och våga finnas där för patienten många gånger kan vara tillräckligt. En sjuksköterska beskriver att det svåraste är att hitta rätt ord och veta vad som ska sägas när en döende patienten söker bekräftelse och vill höra att situationen är bättre än vad den är. De är då rädda för hur patienten ska reagera på sanningen och om patienten kommer att bryta ihop. Det svaret har de ju inte innan.

”Veta om jag ska säga: -Jo men...du ska dö om några veckor eller att jo men visst du har ju den här sjukdomen det måste du ju förstå. Hur ska jag göra? Ska jag gå emot eller hur ska jag göra...ska jag linda in det? Vad säger jag då?”
(Intervju 6)

Samtal med arga patienter

Många patienter blir arga av olika anledningar beskriver tre av sjuksköterskorna. De upplever det som svårt att veta hur de ska handskas med ilskan. Men samtidigt ser de dessa patienter som en utmaning, att lyckas få personen nöjd och att kunna nå fram till patienten.

Att hitta de rätta orden

De upplever att det svåraste i detta samtal är att hitta de rätta orden i situationen och att de måste lägga ner mer tid på dessa patienter.

”Det är ju sådant som man egentligen bara skulle vilja göra sig av med men det löser ju inga problem...bara skjuta åt sidan.” (Intervju 6)

Många gånger blir patienterna arga på deras anhöriga och personalen. Anhöriga blir väldigt ledsna över detta, det svåraste för sjuksköterskorna är då att finnas där och förklara på rätt sätt för de anhöriga att ilskan egentligen är riktad mot själva sjukdomen men att de närmaste ofta får ta emot dessa känsloreaktioner istället. En annan svårighet som sjuksköterskorna upplever är när arga patienter vägrar att bli vårdade av någon i personalen. De upplever det då svårt att både möta och lösa problemet och att framföra detta till berörd personal på rätt sätt.

”Sen kan det ju vara jobbigt om man träffar på en annan patient som säger att: -Denna här undersköterskan eller sköterskan som kom in, jag vill inte se henne jag vill inte bli vårdad av henne. Det är tufft.” (Intervju 6)

Hälften av sjuksköterskorna beskriver att det svåraste är att välja sina ord väl, framförallt i samtal med upprörda patienter och anhöriga. De upplever att det som sägs lätt kan missförstås om de inte är tydliga nog.

”Det svåra är att välja rätt ord i samtalet... alla ord som sköterskan säger i ett svårt läge kan fastna väldigt hårt hos en anhörig. Man kanske säger någonting i förbifarten...och då tänker man att det kanske inte var så viktigt men efter några månader...då kan de nästan säga ord för ord vad man sagt...dom orden man säger då vägs med guld...så det är ju svårt” (Intervju 1)

Att inte ta åt sig av patientens ilska

Det svåraste som sjuksköterskorna upplever i att samtala med arga patienter är att inte själva bli arga och förbannade. De menar att det är en naturlig reaktion hos sjuka patienter och det gäller att vara vuxen i sådana situationer och inte säga något dumt tillbaka. Något som sjuksköterskorna tycker är svårt är när patienten ifrågasätter och blir arg på dem som personer. Särskilt då de vet att de har rätt.

”Att inte själv svara upp med ilska...att behålla mitt lugn...det gör man inte alltid, ibland blir man ju så hellskotta arg asså. Men man är ju inte mer än människa.” (Intervju 6)

Känsliga samtal

Alla sjuksköterskor beskriver samtal med yngre patienter som ett av de svåraste samtalen. Med yngre patienter menar sjuksköterskorna småbarnsföräldrar och som är mitt uppe i livet. Sjuksköterskorna beskriver det som svårt att se hela deras livsvärld rasa samman. Även sexualitet är ett samtal som anses vara svårt och känsligt att samtala kring.

Att inte kunna hjälpa patientens barn

De upplever att det svåraste är att berätta för barnen hur mamma eller pappa mår och framföra det på en nivå så de förstår.

”Ja, det som är svårt och som jag känner mest är när en yngre patient och med en yngre patient så menar jag en som har cancerdiagnos som har småbarn. Då känns allt mycket tyngre och svårt liksom att vara så tydlig som man bör vara.” (Intervju 2)

Sjuksköterskorna upplever även att det svåraste i samtalet är att ställa upp för patienternas barn så att de skulle få vara med under vårdtiden. De beskriver vikten vid att barnen ska få vara med redan från början så att de känner sig trygga och vågar komma tillbaka. De beskriver också svårigheten i att informera barnen om deras föräldrars tillstånd på ett så bra sätt som möjligt.

”Ja, svårigheten i det samtalet när barn är med...dom frågar väldigt mycket, dom är ju väldigt öppna barnen idag men just på ett...det är väldigt svårt att förklara att nu kommer mamma och pappa dö i det här liksom.” (Intervju 2)

Hälften av sjuksköterskorna beskriver att det svåraste i dessa samtal är att känna sig så hjälplös och hur de ska kunna hjälpa och stötta barnen när deras mamma eller pappa gått bort. De upplever då en stor otillräcklighet i att inte kunna följa upp dessa barn.

”Det som är svårt är när det är mycket barn med och att man inte kan följa dom hur det blir framöver och så...det tycker jag att vi inte är riktigt bra på att hinna med.” (Intervju 2)

Sjuksköterskorna beskriver också att de känner en svårighet i när de yngre patienterna inte kan hantera sin egen sorg eller sitt eget lidande och det inte finns några möjligheter till tröst eller hjälp. Då visste inte sjuksköterskorna hur de på bästa sätt skulle hjälpa dessa patienter mer än att bara vara kvar.

”Det kan väl vara just detta att inte ha redskaperna att klara av sitt lidande...att man är så hjälplös.” (Intervju 3)

Att samtala om sexualitet

En sjuksköterska berättar om svårigheten i att samtala om sexualitet med yngre patienter, detta ansågs vara någonting som de flesta i vården hade svårt för, både patienter och personal. Det är ett mycket känsligt samtalsämne som sjuksköterskan hade svårt att handskas med.

”Det är ett känsligt ämne...ja hur ska man handskas med det...det tycker jag är svårt.” (Intervju 5)

Det svåraste i samtalet om sexualitet är just att respektera patienternas integritet och inte kränka patienten beskriver sjuksköterskan. Det svåra är även hur de ska lägga upp samtalet vilka frågor som hjälper till att öppna upp på ett bra sätt så att patienten känner att det finns utrymme att ta upp ämnet.

”Jag ska inte gå in och klampa på patientens intimitet och så... men samtidigt måste jag liksom visa patienten att dom har lov att ta upp detta ämne. Hur gör jag detta på ett bra sätt?” (Intervju 5)

Försonande samtal med anhöriga

Alla sjuksköterskor beskriver att samtal med anhöriga är svårt på något vis. Svårigheten är att få anhöriga att känna en trygghet i samtalet och veta hur de ska medla vid osämja. Anhöriga kan ibland vara väldigt ifrågasättande och detta upplevs som svårt bland sjuksköterskorna. Anhöriga behöver ibland lika mycket stöd och support som patienten själv och de är viktigt att inte lämna anhöriga utanför.

Att inte kunna försona anhöriga och patient

Fem sjuksköterskor beskriver svårigheten i att samtala med patienter och anhöriga som är oense. Svårigheten är att se döende patienter som fortfarande har mycket trassligheter och ilska i familjen och att då vara så tillåtande som möjligt, att hjälpa och stötta patienten i vad de tycker är viktigast utan att döma patienten. Sjuksköterskorna inser att de inte kan hela allas relationer på slutet, men det är svårt att se när det inte fungerar.

”Vi vill ju så gärna att alla ska vara goda vänner när de dör. Och det får man nog göra upp med sig själv att...allt kan vi inte fixa.” (Intervju 4)

Sjuksköterskorna beskriver även att det svåraste i samtalet med anhöriga är när det är tryck från olika håll, när anhöriga ber sjuksköterskan undanhålla information från patienten eller tvärt om, i syfte att skydda den andre. Det svåra är då att hamna mitt emellan patienten och dess anhöriga, veta hur samtalet ska öppnas mellan dem, vad som kan sägas och vad som ska göras. Det svåra i det är att våga säga ifrån och lägga tillbaka ansvaret på patienten och dess anhöriga. Om sjuksköterskan undanhåller information för att inte skada kan det många gånger skada mycket mer, det viktigaste är att lyckas försona de två olika lägren som patienten och anhöriga har hamnat i, men så långt det går är det patientens vilja som ska prioriteras.

”Vissa har ju inte ens pratat om att de har en livshotande sjukdom.... ibland kan det vara möjligt att lösa det lite grann...så att dom kan börja prata lite med varandra. Det är ju sådant som är svårt och gör ont...och det är ju gott om man kan lyckas där då.” (Intervju 4)

Även fast sjuksköterskorna inser att det inte är deras arbetsuppgift att lösa patienternas familjeproblem så beskrivs det som väldigt svårt i dessa situationer för att sjuksköterskan alltid hamnar mitt emellan de båda parterna och svårigheten i att medla i gamla problem de egentligen inte känner till. Men ändå vill de reda ut patientens bekymmer och se relationer helas.

”Jaa...för att man måste ju...jag måste ju försöka glutta olja på vågorna ändå. Jag måste ju ändå försöka lösa det...så att det blir så bra...det är ju patienten som jag är skyldig att företräda. Jag är ju hela tiden patientens advokat också så att säga.” (Intervju 6)

En sjuksköterska berättar att det är väldigt svårt och väldigt frustrerande när patientens privata problem inte går att lösa. Det finns en önskan om att kunna göra mer men, många gånger är det enda som hjälper att våga finnas där för patienten och våga vara tyst.

”Jag blir frustrerad då för jag kan ju inte lösa deras problem...jaa...man kan bli ledsen också å deras vägnar...man tar åt sig det...man funderar mycket...och ibland tar man med sig det hem.” (Intervju 6)

Att bli ifrågasatt

En sjuksköterska beskriver svårigheten i samtalet när anhöriga ifrågasätter sjuksköterskans arbete, varför patienten inte får en viss behandling eller varför sjuksköterskan inte gör vissa åtgärder. Det svåraste för sjuksköterskan ligger då i att kunna förklara varför hon har handlat som hon gjort och våga stå upp för sina åtgärder och visa att detta är det bästa för patienten. Det blir därför svårt om sjuksköterskan inte kan argumentera att hennes handlingar är riktiga.

”Det handlar om att stå för vad man gjort eller inte gjort så att säga...är det så att man inte gjort vad man borde göra då...då är det ju inte enkelt när anhöriga ifrågasätter detta.” (Intervju 3)

Närvara i samtal under tidsbrist

Tre sjuksköterskor beskriver tidsbristen som en av de största faktorerna som försvårar för att det ska bli ett bra samtal. Svårigheten som beskrivs på avdelningen är att sjuksköterskorna inte får tillräckligt med tid och hela tiden blir störd och avbruten. Det är viktigt att det finns ett tillåtande klimat där patienten känner att det finns tid att kunna fråga och undra.

Att inte vara närvarande i samtalet

Tre sjuksköterskor beskriver att det svåraste är att försöka samtala med en patient samtidigt som de är stressade i sin arbetssituation och har ont om tid. Sjuksköterskorna upplever att det svåraste är när patienterna känner av deras stress och inte litar på att de hinner göra sitt bästa. En sjuksköterska berättar svårigheten i att vara närvarande i samtalet trots att hon har mycket att göra.

*”Det jag brukar ha som teknik är att jag tar med mig stolen och sätter mig hos patienten och försöker vara närvarande i det jag gör trots att jag har jätte mycket att göra. Det är också en svårighet...att vara närvarande i situationen.”
(Intervju 5)*

En sjuksköterska beskriver att det svåraste i att arbeta under stress är att alltid vara någon annanstans i tankarna och att hela tiden tänka på allt som ska göras istället för att fokusera på patienten framför sig och avsätta tid för patienten här och nu. Två sjuksköterskor beskriver att när de var nyexaminerade låg svårigheten i att vara närvarande i samtalet samtidigt som de var stressade, att hitta balansen och lära sig prioritera och göra en sak i taget, nu har de lättare att prioritera och lägga bort saker.

En annan faktor som försvårar samtalet är om sjuksköterskan inte har tid att ta patienten till enrum eller i avskildhet. Det som är svårt i det samtalet är då att hålla sekretessen när det finns andra patienter runtomkring, sjuksköterskan kan inte samtala om det som är viktigt för situationen och hon känner även att patienten inte kan ta upp vissa känsliga ämnen.

”Det är ju det att om man inte kan vara i enrum eller själva så är det svårare att föra ett bra samtal.” (Intervju 5)

Resultatsammanfattning

I resultatet framkom sex huvudkategorier som nämner de svåra samtalen. Ur dessa svåra samtal framkom 13 underkategorier som beskrev vad det svåraste i de olika samtalen var. I samtal när personkemin inte stämmer beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att inte stämma överens med patienten och svårigheten i att sedan tidigare ha en privat relation till patienten. I hoppfulla samtal vid negativa besked beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att få patienten att förstå, att inte ta bort patientens hopp, att förstå patientens livsvärld och att vara nära vid livets slut. I samtal med arga patienter beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att hitta de rätta orden och att inte ta åt sig av patientens ilska. I känsliga samtal beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att inte kunna hjälpa patientens barn och att samtala om sexualitet. I försonande samtal med anhöriga beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att inte kunna försona anhöriga och patient och att bli ifrågasatt. I att närvara i samtal under tidsbrist beskrev sjuksköterskorna att det svåraste var att inte vara närvarande i samtalet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas upplevelser valdes den kvalitativa intervjun. Den ansågs lämplig för den beskriver informantens livsvärld enligt Kvale (1997), dock var valet av metod tidskrävande. Kvalitativa intervjuer anses även vara bra inom forskning som berör hälso- och sjukvård. Den är komplex och innehåller företeelser som inte så lätt låter sig mätas och kvantifieras (Dahlberg, 1997). Enkätundersökning övervägdes men ansågs inte vara tillräckligt beskrivande och uttrycksfull som studiens syfte krävde. Under intervjuerna fanns möjligheten att ifrågasätta och be sjuksköterskorna att utveckla sin beskrivning. En svårighet med intervjuerna var dock att intervjuaren lätt kunde tolka resultatet och styra frågorna utefter egen åsikt. Medvetna om problemet försökte därför detta undvikas genom att gå in i intervjun så neutralt som möjligt. Frågeställningen som användes stämde väl överens med studiens syfte.

Urval av sjuksköterskor skedde med hjälp av enhetscheferna på avdelningarna. De ansågs kunna avgöra vilka av de erfarna sjuksköterskorna som ansågs vara bäst lämpade för studiens syfte. Det ansågs viktigt att de samtalande parterna hade ett gemensamt intresse för att fördjupa sig i ämnet vilket enhetscheferna prioriterade. Sjuksköterskorna bestod av fyra kvinnor och två män vilket ansågs fördelaktigt då båda genusens upplevelser kunde tolkas, dock saknades deltagare från andra kulturer. Vid val av mindre erfarna sjuksköterskor hade det varit svårt att få reda på det svåraste i samtalen, då de erfarna sjuksköterskorna beskrev att de som unga upplevde svårigheter i det mesta. Det valdes att ha en inledande fråga som beskrev vad sjuksköterskorna ansåg vara svåra samtal för att lättare kunna gå vidare till vad det svåraste i det samtalet var. Sjuksköterskorna inledde ofta intervjuerna med att poängtera att de inte upplevde samtal som svåra på grund av deras långa erfarenhet. Men efter sjuksköterskorna betonat detta så öppnade de upp och beskrev vad svårigheterna var i de svåra samtalen. Detta beteende tros bero på en yrkesstolthet då de varit yrkesaktiva i många år och har goda kunskaper om hur svåra samtal skall hanteras. Därför var det väldigt intressant när sjuksköterskorna började reflektera utifrån intervjufrågorna och berättade att de inte tidigare reflekterat över det svåraste i samtalen.

Det upplevdes som positivt att intervjuerna personligen besökte avdelningarna då informationsbrevan lämnades. Kontakt via telefon innan intervjuerna, då sjuksköterskorna själva fick bestämma tid och plats upplevdes också som positivt. Detta ansågs som en trygghet för sjuksköterskorna då de skapades en personlig kontakt mellan intervjuerna och sjuksköterskan. Båda intervjuerna närvarade under intervjuerna detta tolkades som positivt då datamaterialet lättare kunde tolkas och analyseras. Trost (2005) skrev att när två intervjuare närvarar finns det en risk att sjuksköterskan känner sig underlägsen. Därför förklarades att anledningen till att två intervjuare närvarade berodde på oerfarenhet så att sjuksköterskorna inte skulle känna sig underlägsna. Detta upplevdes aldrig som ett problem enligt sjuksköterskorna, men frågan kvarstår om resultatet blivit annorlunda med endast en närvarande intervjuare. Fördelen med att vara två under intervjun var att svaren kunde tolkas på två olika sätt och sedan diskuteras.

Svårigheter som upplevdes under intervjuerna var bland annat att inte ställa ledande frågor. Intervjuguiden som användes hjälpte intervjuerna att utveckla följdfrågor så att sjuksköterskorna höll sig till ämnet och att en djupare beskrivning av upplevelserna kom fram. En del sjuksköterskor beskrev gärna hur de gick till väga praktiskt när de löste svårigheterna i svåra samtal istället för att beskriva deras upplevelser av svårigheterna. Detta tolkades som ett försvar för att de inte ville prata om att de hade svårigheter trots deras långa yrkeserfarenhet, eller berodde detta på otillräcklig information från intervjuerna eller att det var ett känsligt ämne.

Transkriberingen försvårades då vissa sjuksköterskor pratade med lägre ljudnivå och ljudupptagningen var svag. Intervjuerna spolades fram och tillbaka flera gånger för att inte feltolkas och få med allt som sagts. Innehållsanalysen krävde mycket tid, det upplevdes som väldigt svårt att presentera dataresultatet på ett så rättvist och strukturerat sätt som möjligt. Intervjuerna var väldigt innehållsrika och det var svårt att sammanfatta resultatet utan att utesluta intressant data, då det fanns mycket relevant information som svarade på studiens syfte. Svårigheten var inte att tolka datamaterialet utan att finna huvudkategorier som på ett övergripligt sätt talade för innehållet. Efter många olika resonemang om hur data skulle framställas och med handledarens hjälp framkom tillslut ett bra upplägg att presentera resultatet på. Trovärdigheten i resultatet framgår i att sjuksköterskorna fått likadana frågor och många citat visar på en öppenhet så att läsaren själv kan avgöra om resultatet tolkats korrekt.

Resultatdiskussion

Det saknas forskning som beskriver vad det svåraste är i de svåra samtalen vilket är en förutsättning för att kunskap om svåra samtal och samtalsteknik skall kunna förbättras. Det valdes därför att beskriva detta i studien. Studien kom fram till vad sjuksköterskorna upplevde som det svåraste i svåra samtal och vilka dessa svåra samtal var, vilket var avsikten med studien.

Studien visar att de flesta sjuksköterskorna upplevde samtal som svårt trots deras långa yrkeserfarenhet. En ny förståelse för sjuksköterskornas upplevelser av det svåraste i svåra samtal har framkommit och det visar bland annat att samtal vid negativa besked är ett samtal som är väldigt komplext och innehåller många svårigheter. Dels att på bästa sätt förstå patientens livsvärld och att inte ta bort hoppet hos patienten. En ytterligare förståelse som framkom var att sjuksköterskorna upplevde att tidsbristen hindrade dem från att vara närvarande i samtalet. En medvetenhet om att det var svårt att försona mellan anhörig och patient framkom samt att sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att vara närvarande vid livets slut.

I studien fann författarna sex olika kategorier på svåra samtal; samtal när personkemin inte stämmer, hoppfulla samtal vid negativa besked, samtal med arga patienter, känsliga samtal, försonande samtal med anhöriga och närvara i samtal under tidsbrist. Kennedy Sheldon et al. (2006) har också kommit fram till att samtal med arga patienter och anhöriga är svåra samtal. De nämner även att samtal med förnekande patienter är ett svårt samtal. Studien visar dessutom att samtal med förnekande patienter är en av svårigheterna i svåra samtal. Likheter mellan studien och tidigare forskning tyder på att resultatet till viss del går att generalisera, trots att det endast var sex sjuksköterskor som intervjuades. Det finns många likheter mellan de två studierna trots att de är av olika nationalitet, vilket kan tyda på att studiens resultat inte bara begränsas till den lilla del av verkligheten som studerats.

Studien beskriver att ett av de svåraste i samtalen var när sjuksköterskan inte stämde överens med patienten och den mellanmännsliga relationen inte fanns där. Enligt Travelbee är förutsättningen för en mellanmännslig relation att båda parterna är observanta på varandras mänsklighet. Hon menar även att det är orealistiskt att tro att varje sjuksköterska ska kunna känna empati till alla sina patienter (Kirkevold, 2000). Detta bekräftar att det inte alltid är sjuksköterskans brister som gör samtalet svårt. Därför anser författarna att sjuksköterskan inte ska se det som ett misslyckande när hon inte lyckas stämma överens med patienten.

Samtal kring döden ansågs inte som svårt i studien. Vilket var förvånande då tidigare forskning beskriver problematiken i dessa samtal. Det visade sig att med ökad erfarenhet så minskade rädslan för samtal kring döden och detta ansågs inte längre som svårt. Många av tidigare studier beskriver att unga och oerfarna sjuksköterskor ansåg samtal vid livets slut som väldigt svåra samt att de behövde undervisning kring samtalet (Clover et al. 2004; Hjørleifsdóttir & Carter, 2000; McCaughan & Parahoo, 2000; Trovo De Araujo & Paes Da Silva, 2004). Om studien inkluderat unga och oerfarna sjuksköterskor anser författarna att resultatet kring samtal vid livets slut sett annorlunda ut. Författarna tror att erfarna sjuksköterskor känner en trygghet i att kunna stå kvar vid patienten och inte behöva vara orolig över vad som bör sägas. De kanske inser och accepterar att livet har sin gång och att de inte kan råda över döden. Oerfarna sjuksköterskor har oftast inte samma tillit till sin egen förmåga att hantera samtalet.

Endast en sjuksköterska tog upp svårigheterna i samtalet om sexualitet. Detta förvånade författarna då de antog att samtalet var ett av de svåraste. Anledningen att så få sjuksköterskor berört samtalet tror författarna beror på samtalets känslighet och att många sjuksköterskor hade dåligt samvete för att de inte vågat gå in i samtalet med deras patienter.

Studien beskriver att tidsbrist och arbetsbelastning är de enda yttre faktorerna som försvårar samtalen. Tidsbristen gjorde det svårt för sjuksköterskorna när de önskade samtala med patienterna ostörda. De upplevde att de bröt mot sekretessen när de inte hann samtala i ett enskilt rum. Detta styrks av Hjørleifsdóttir och Carter (2000) som uppmärksammade att bristen på avskildhet var en barriär för god kommunikation. Det svåraste i samtal under tidsbrist är att vara närvarande i samtalet, detta upplever även författarna som svårt. Författarna förmodade att stressen skulle avta med ökad erfarenhet, men eftersom tidigare forskning beskriver att tidsbristen och arbetsbelastningen hela tiden ökar utan att bemanningsantalet förändras (Bushinski & Cummings, 2007; McCabe, 2004; McGilton et al. 2006; Wilkinson, 1991) förstår författarna att problemet inte beror på erfarenheten. Problemet kommer att bli svårt att lösa så länge det inte sker en förändring anser författarna.

Garg et al. (1997) beskrev att en av sjuksköterskans svåraste uppgifter var att lämna ett negativt besked. Alla sjuksköterskorna i studien beskrev att det svåraste i det samtalet var att inte ta bort hoppet för patienten och även att kunna förstå hur mycket det förändrade patientens livsvärld. Det hade varit väldigt intressant att se tidigare forskning som beskrev hur sjuksköterskorna på bästa sätt kunde samtala vid negativa besked utan att ta bort hoppet hos patienten. Frågan är om sjuksköterskans rädsla för att ta bort hoppet hos patienten egentligen grundar sig i sjuksköterskans egna svagheter. Svagheten tros då ligga i

hur sjuksköterskan ska hantera ett sådant samtal samt vad det samtalet kan få för konsekvenser som sjuksköterskan sedan måste handskas med. Wilkinson (1991) menade att svårigheterna i samtalet underlättar om sjuksköterskan utsätter sig för patientens känslor, vilket författarna tror skulle hjälpa interaktionen mellan sjuksköterska och patienten. När sjuksköterskan vet att patienten är nära döden, kan frågan uppstå vart hoppet i det skedet finns. Genom att förstå patientens livssyn är det lättare att sätta sig in i patientens syn på döden och inse att patientens hopp inte alltid behöver stå i relation till livet, utan att det finns ett hopp i vad som väntar efter döden.

I studien beskrev sjuksköterskorna svårigheten i att hamna mellan anhörig och patient. Svårigheten var när anhöriga hade olika åsikter om vad patienten bör veta om sin diagnos samt om hur den skall vårdas. Hälso- och sjukvårdslagen skriver att vården skall utformas så långt det är möjligt i samråd med patienten (SFS, 1982:763). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan skall ha förmåga till att kommunicera med patient, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Författarna ser att det finns en svårighet i att lyckas följa kompetensbeskrivningen, när sjuksköterskan mer eller mindre måste gå emot anhöriga, i sådana här situationer eftersom patientens vilja alltid skall prioriteras. Det blir svårt att utföra anhörigas önskingar och beslut genom handlingar men självklart kan sjuksköterskan respektera anhörigas åsikter ändå. Detta styrks av Kendall (2006) som menade att sjuksköterskorna blev utmanade både personligt och professionellt när de inte fick avslöja diagnos eller behandling för patienten. Wilkinson et al. (1999) skrev att sjuksköterskorna ville samtala så ärligt som möjligt med patienten för att inte få problem efteråt med vad som sagts eller inte sagts.

Samtal med arga patienter beskrevs i studien som svårt, detta styrks av Podrasky och Sexton (1988) som menade att sjuksköterskor reagerar negativt på arga patienter och upplever dem som svåra. Det svåraste som sjuksköterskorna beskrev i studien var att inte själva svara upp med ilska. Författarna ser ett samband mellan att reagera negativt på en patient och att svara upp med ilska. Sambandet anses som en naturlig reaktion men som sjuksköterska gäller det att vara professionell och inte ta åt sig. Sjuksköterskorna i studien upplevde ifrågasättande patienter som svåra detta styrks av Alasad och Ahmad (2005) som menade att sjuksköterskor föredrog patienter som de kan ha kontroll över och som inte ifrågasätter deras beslut och handlingar.

Slutsats

Denna studie kom fram till sex svåra samtal och beskriver det svåraste i dessa samtal. Studien visar att de flesta sjuksköterskorna upplevde samtal som svårt trots deras långa yrkeserfarenhet. En ny förståelse för sjuksköterskornas upplevelser av det svåraste i svåra samtal har framkommit och det visar bland annat att samtal vid negativa besked är ett samtal som är väldigt komplext och innehåller många svårigheter. Dels att på bästa sätt förstå patientens livsvärld och att inte ta bort hoppet hos patienten. En ytterligare förståelse som framkom var att sjuksköterskorna upplevde att tidsbristen hindrade dem från att vara närvarande i samtalet. En medvetenhet om att det var svårt att försona mellan anhörig och patient framkom samt att sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att vara närvarande vid livets slut. Studien beskriver även svårigheten som sjuksköterskorna upplever när de inte kan hjälpa patientens barn och att de upplever det svårt när de inte stämmer överens

med patienten. Studien visar ytterligare på att det finns många svårigheter i samtalen och att det är viktigt att samtalen blir bra för det bidrar till att interaktionen mellan sjuksköterska och patient förbättras.

Förslag till fortsatt forskning

Eftersom det inte finns mycket forskning som beskriver det svåraste i svåra samtal ser författarna gärna att fler studier görs inom området. Kompletterande forskning på studien bör inrikta sig på hur sjuksköterskor hanterar svårigheterna i samtalen och vad sjuksköterskor anser vara de huvudsakliga åtgärderna för att underlätta de svåra samtalen. Forskningen kan då även användas till att förbättra samtals tekniker. Vidare forskning kan även beskriva vad patienter anser vara det svåraste i samtalen med sjuksköterskor för att på bästa sätt tillgodose deras behov.

Implikationer

I studien har ett stort antal svårigheter lyfts fram och sjuksköterskornas personliga upplevelser blivit allmänna. Författarna anser att kännedomen om det svåraste i svåra samtal har stor betydelse för den framtida vården. När sjuksköterskorna på förhand vet vilka svårigheterna är i samtalen kan de lättare förbereda sig på hur de ska hantera problemen när de kommer. Genom att känna till studiens resultat kan oerfarna sjuksköterskor förstå att svårigheterna i vissa samtal inte endast beror på deras oerfarenhet i svåra samtal, utan att det fortfarande är svårt även för väldigt erfarna sjuksköterskor. Därför tror författarna att studien även kan bidra med kunskap och vara till hjälp för andra erfarna sjuksköterskor, så att de lättare ser svårigheterna och kan relatera till sig själva. De kan då arbeta på svårigheterna och försöka undgå dem samt lättare inse att svårigheterna i samtalen är allmänna och inte se dem som personliga misslyckanden. Resultatet i studien är även en tillgång för sjuksköterskeutbildningar. Trovo De Araujo och Paes Da Silva (2004) och Kennedy Sheldon et al. (2006) menade att det var viktigt att få träning i kommunikationsteknik under högskoleutbildningen och genom att fylla informationsbristen som finns i sjuksköterskeutbildningen kan en mycket bättre hjälp ges till patienterna. Därför anser författarna att det är av vikt att öka utbildningens kunskaper om svårigheterna i svåra samtal. Författarna anser även att studiens resultat kan användas som praktisk träning i sjuksköterskeutbildningarna. Detta styrker även Maguire och Faulkner (2002) som anser att utbildningarna bör innehålla praktisk träning likt rollspel. Även Travelbee (1971) styrker att sjuksköterskor ständigt bör sträva efter att utveckla färdigheter i kommunikation.

REFERENSER

- Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 356–362.
- Benner, P. (1997). The social fabric of nursing knowledge. *American Journal of Nursing*, 97(7), 16BBB-16DDD.
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing* 36(3), 347-354.
- Bushinski, R. L., & Cummings K. M. (2007). Practices of Effective End-of-Life Communication between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings. *Creative Nursing*, 3, 9-12.
- Clover, A., Browne, J., McErlain, P., & Vandenberg, B. (2004). Patient approaches to clinical conversations in the palliative care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 333–341.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur
- Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken- relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Korotan Ljubljana: Liber AB.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation –samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur.
- Garg, A., Buckman, R., & Kason, Y. (1997). Teaching medical students how to break bad news. *Canadian Medical Association Journal*, 156(8), 1159-1164.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, rocedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hjörleifsdóttir, E., & Carter, D. E. (2000). Communicating with terminally ill cancer patients and their families. *Nurse Education Today*, 20, 646-653.
- Kendall, S. (2006). Being asked not to tell: nurses experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1149–1157.
- Kennedy Sheldon, L., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of nursing scholarship*, 38(2), 141-147.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kruivjer, I. P. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M., & Van De Wiel, H. B. M. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Maguire, P., & Faulkner, A. (2002). How to improve counseling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Journal of Medicine*, 297, 847-849.

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

McCaughan, E., & Parahoo, K. (2000). Medical and surgical nurses' perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 420-428.

McGilton, K., Irwin Robinson, H., Boscart, V., & Spanjevic, L. (2006). Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 35-44.

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (MFR-rapport 2). Stockholm.

Podrasky, D. L., & Sexton, D. L. (1988). Nurses' Reactions to Difficult Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 1(20), 16-21.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från WWW 2008-02-06: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

Stone, D., Patton, B & Heen, S. (1999). *Svåra samtal – hur pratar man om det som betyder mest*. Falun: Egmont Richter AB.

Svensk författningssamling; SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trovo De Araujo, M. M., & Paes Da Silva, M. J. (2004) Communication with dying patients – perception of intensive care units nurses in Brazil. *Journal of Clinical Nursing* 13, 143-149.

Tuckett, A. G. (2005). The care encounter: Pondering caring, honest communication and control. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 77-84.

Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, *16*, 677-688.

Wilkinson, S., Bailey, K., Aldridge, J., & Roberts, A. (1999). A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, *13*, 341-348.

BILAGOR

Bilaga 1.

Kärnsjukhuset i Skövde

Till enhetschef, en förfrågan om deltagande i studie.

Vi är två sjuksköterskestudenter på Högskolan i Skövde som ska påbörja vår C-uppsats i omvårdnad på 15 hp. Vi avser att studera sjuksköterskans erfarenheter av fenomenet svåra samtal. Genom studien hoppas vi kunna beskriva vad erfarna sjuksköterskor anser vara det svåraste i svåra samtal. Målet med studien är att öka kunskaper inom det svåra samtalet bland oerfarna sjuksköterskor.

Vår förhoppning är att Ni ger oss Ert medgivande till att genomföra två intervjuer med sjuksköterskor som har jobbat i minst tre år. Vi vill också be om Er hjälp att välja ut de två sjuksköterskor som ni anser vara mest lämpliga för intervjun. Vi ber dig också om möjligt avsätta arbetstid för berörd personal samt lämplig plats för intervjun. Intervjuerna beräknas ta ca 20 min vardera och vi kommer att använda oss av en bandspelare för att kunna analysera intervjuerna och bearbeta materialet så noggrant så möjligt.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som sagt vad och banden kommer att förstöras så snart studien är avslutad och examensarbetet är godkänt. Vi vill här poängtera att det inte är patienter eller patientuppgifter vi studerar utan sjuksköterskans erfarenheter av det svåraste i svåra samtal.

Härmed önskar vi göra en förfrågan om intresse att delta i studien finns. Om någon dag kontaktar vi Dig för en eventuell bekräftelse.

Med Vänliga hälsningar

Lisa Andersson

Sara Nilsson

Tel: xxxx-xxxxxx

Tel: xxxx-xxxxxx

Ansvarig handledare:

Ann-Marie Svensson

Bilaga 2.

Till sjuksköterskorna på avdelningen

Hej!

Vi är två sjuksköterskestudenter på högskolan i skövde som nu påbörjat vår C-uppsats i omvårdnad 15 hp. Vi avser att studera sjuksköterskans erfarenheter av fenomenet svåra samtal. Genom studien hoppas vi kunna beskriva vad erfarna sjuksköterskor anser vara det svåraste i svåra samtal. Målet med studien är att öka kunskaper inom det svåra samtalet bland oerfarna sjuksköterskor. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som sagt vad och ni kan när ni vill avbryta er medverkan utan någon förklaring. Vi vill här poängtera att det inte är patienterna eller patientuppgifter vi studerar utan sjuksköterskans erfarenheter av det svåraste i svåra samtal.

Vår tanke är att samla in data via intervjuer och vår önskan är att komma i kontakt med 2st sjuksköterskor från er avdelning. Via kontakt med din enhetschef har vi fått uppgiften att du visat intresse för att delta i vår studie.

I vår intervju som beräknas ta ca 20 minuter kommer bandspelare att användas, detta för att vi skall kunna analysera intervjun och bearbeta materialet så noggrant som möjligt.

Eftersom vi båda är oerfarna inom kvalitativ forskning kommer vi båda att närvara vid intervjun. Materialet kommer att omarbetas till text för att resultatet skall kunna redovisas. I resultatet kommer ett antal citat från intervjun att användas vilka inte kommer att kunna härledas. Din identitet är skyddad och intervjun kommer att hanteras med sekretess, banden kommer att förstöras så fort studien är avslutad och examensarbetet är godkänt. Endast undertecknade och vår handledare kommer att ha tillgång till materialet.

Medgivande till studie:

Med Vänliga hälsningar

Lisa Andersson

Tel: xxxx-xxxxxx

Sara Nilsson

Tel: xxxx-xxxxxx

Ansvarig handledare:

Ann-Marie Svensson

INTERVJU UNDERLAG

Inledande frågor

- Kan du nämna ett av de svåraste samtalen?

Huvudfråga

- Kan du beskriva så detaljerat som möjligt svårigheterna i det samtalet/samtalen?

Följande frågor är tagna ur Kvaless intervjuguide:

Tolkande frågor

- Du menar alltså att...?
- Är det så att du upplever att...?
- Gäller oron främst för hur patienten ska reagera?
- Kan du se något samband mellan...?

Följdfrågor

- Kan du säga något mer om det?
- Kan du ge en mer detaljerad beskrivning av just det?
- Har du fler exempel på detta?
- Hur reagerade du då?
- Vad tänkte du då?
- Vad gjorde du egentligen när du kände...?
- Hur reagerade din kropp då?
- Är du någonsin rädd för att...?