



Namn: Nils Thörnwall och Ebba Hellmark

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, 2018

Nivå: Grundnivå

Handledare: Maria Norinder

Examinator: Martin Salzmänn-Erikson

**En litteraturöversikt över hur patienter med cancersjukdom
upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal på
slutna palliativa avdelningar**

A literature review of how patients with a cancer disease experience
the encounters with healthcare professionals in inpatient palliative
wards

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år diagnosticeras flera miljoner människor med cancer. Cellerna i kroppen kan mutera och bilda tumörer. En elakartad tumör räknas som en cancertumör. Vid behandling av cancer tar ansvarig läkare ställning till ifall patientens cancersjukdom går att bota eller om behandling ska vara lindrande, det vill säga palliativ. Den palliativa vården ska ske på patientens villkor, utformat utifrån personcentrerad vård. Individen ska respekteras och bemötas som en unik person. Patienten har rätt till självbestämmande, tydlig information, att bevara sin integritet samt att få symtomlindring.

Syfte: Syftet är att undersöka hur patienter med en cancersjukdom som vårdas palliativt på slutenvårdsavdelning upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal.

Metod: Databaserna CINAHL Complete och Medline with Full Text användes vid informationssökning. Införskaffat material granskades och godkändes av båda författarna.

Resultat: Resultatet belyser patienters upplevelser av hälso-sjukvårdspersonalens bemötande. Studien resulterade i två teman. Tema ett: *Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt* med två underteman: *Närvaro och engagemang* och *förtroende och respekt*. Tema två: *Kommunikation och information*, utan underteman.

Diskussion: Resultatet diskuterades utifrån Rosemarie Rizzo Parses teori där begreppen tillit och misstro identifierades. Patienterna upplevde att engagemang, ärlighet och medlidande var viktigt i bemötandet. Upplevelserna diskuterades utifrån Parses teori om Human Becoming och annan litteratur.

Nyckelord: Palliativ vård, cancer, personcentrerad vård, bemötande, patienters upplevelser, information

Abstract

Background: Millions of people are yearly diagnosed with a cancer disease. The cells in the body can for different reasons mutate and become tumours. If the tumour is determined as bad it's considered cancerous. The responsible physician takes a stand if the cancer disease is treatable or if the treatment should be palliative. The palliative care should be shaped from the terms set by the patient. The patient ought to receive care from healthcare staff, where they respect the individual and treat them in a kind manner, so called person centered care. The patient is to be encouraged to have the freedom to control their own life, the right to information, preserve their integrity and receive adequate alleviation of symptoms.

Aim: A literature review over how patients with a cancer disease experience the encounters with healthcare professionals in inpatient palliative wards.

Method: The databases CINAHL Complete and MEDLINE with Full text were used for information retrieval. The retrieved information was audited and approved by both authors.

Results: The results highlight patient experiences of the professional-patient relation. The study resulted in two themes. The first theme: Healthcare Professional's approachment with two subtopics: Presence and commitment and trust and respect. The second theme: Communication and information, without subtopics.

Discussion: The results were discussed on the basis of Rosemarie Rizzo Parse's theory after the subjects trust and mistrust were identified. Patient experienced that involvement, honesty and benevolence were important. The experiences were discussed based on Parse's theory about Human Becoming and other literature.

Keywords: Palliative care, cancer, person centered care, professional-patient relation, patient experience, information

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 <i>Cancer</i>	1
2.1.1 Patofysiologi och prognos	1
2.2 <i>Palliativ vård och cancersjukdom</i>	2
2.2.1 Palliativa vårdplaner	3
2.2.2 En god död	4
2.3 <i>Patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen</i>	5
2.3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter	5
2.3.2 Patientlagen	5
2.3.3 Sjuksköterskans roll	6
2.4 <i>Kommunikation och dialog</i>	6
2.5 <i>Personcentrerad vård och bemötande</i>	6
2.5.1 Personcentrerad vård	6
2.5.2 Bemötande	7
3. <i>Problemformulering</i>	7
4. Syfte/Frågeställningar	8
5. Teoretiska utgångspunkter	8
5.1 <i>Mänsklig utveckling</i>	8
6. Metod	9
6.1 <i>Datainsamling</i>	9
6.2 <i>Urval</i>	10
6.3 <i>Analys</i>	10
7. Forskningsetiska överväganden	11
8. Resultat	11
8.1 <i>Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt</i>	12
8.1.1 Närvaro och engagemang	12
8.1.2 Förtroende och respekt	12
8.2 <i>Kommunikation och information</i>	13
9. Diskussion	14
9.1 <i>Metoddiskussion</i>	14
9.1.1 Sökstrategi och databaser	15
9.1.2 Urval	16
9.1.3 Analys	16
9.1.4 Samarbete	17

<i>9.2 Resultatdiskussion</i>	18
<i>10. Kliniska implikationer</i>	20
<i>11. Förslag till fortsatt forskning</i>	20
Referensförteckning	22
Bilaga 1. Sökmatrix	27
Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat	30

1. Inledning

Mer än 40 miljoner människor världen över beräknas behöva palliativ vård varje år (Parola, Coelho, Sandgren, Fernandes & Apóstolo, 2018). Författarna vill ta reda på hur patienterna upplever bemötandet i den palliativa cancer vården. Vi har båda ett intresse kring hur patienter upplever bemötandet. Dock upplever vi båda ha kunskapsbrist inom ämnet. Därför anser vi det viktigt att ta reda på mer om ämnet och belysa viktiga aspekter inom området, både ur ett forskningssammanhang och inför den framtida rollen som sjuksköterskor.

2. Bakgrund

2.1 Cancer

Varje år diagnostiseras cirka 13 miljoner människor världen över av cancersjukdom och cirka 8 miljoner av de drabbade dör (Nilbert, 2013). I Sverige drabbas en av tre personer av cancer vilket gör sjukdomen till en av de största folksjukdomarna. Det beräknas finnas ca 200 olika cancerformer. De vanligaste cancerformerna är bröstcancer och prostatacancer (Cancerfonden, 2017). Olika former av cancer förekommer och skiljer sig åt beroende på biologiskt kön (Nilbert, 2013). Risken för cancer ökar vid stigande ålder då kroppens förmåga att förhindra och reparera skador försämras.

2.1.1 Patofysiologi och prognos

Kroppen består av många miljarder celler där det ständigt sker tillväxt, celledning och celldöd (E. Eriksson & T. Eriksson, 2012). Cellerna samarbetar och kommunicerar sinsemellan genom signaler vilket är en förutsättning för att kroppen ska fungera normalt (Z. Hassan & M. Hassan, 2003). Vanligtvis delar sig cellerna under välreglerade förhållanden med start- och stoppsignaler och andra styrfunktioner. Av okända skäl kan det hända att cellen börjar dela sig onormalt och cellens beteende ändras. Det kallas för malign transfusion och är början till cancer. När cellen fortsätter att dela sig okontrollerbart skapar den till slut en cellmassa som kallas primärtumör. Denna process sker ofta under lång tid, det kan dröja 20 år eller mer innan en tumör upptäcks (Einhorn, u.å.). Tumörer kan delas in i två grupper de godartade (benigna) och elakartade (maligna) tumörer (Z. Hassan & M. Hassan, 2003). Både benigna tumörer och maligna tumörer kan växa och bli stora. Benigna tumörer har inte samma förmåga att växa genom vävnad och sprida sig till skillnad från maligna, som kan växa genom vävnad, tränga undan och förstöra den. Om tumören är elakartad, det vill säga malign, klassas

den som en cancertumör. Om en malign tumör skulle lossna från vävnad uppstår risk att den följer med ut i blodet och bildar tumörer i andra delar av kroppen, så kallade cancertumörer (metastaser).

När behandling mot cancern ska påbörjas informerar hälso- och sjukvårdspersonalen patienten huruvida syftet med behandlingen är kurativ det vill säga botande eller om behandlingen är palliativ det vill säga lindrande (Nilbert, 2013). Så kallad tilläggsbehandling ges till patienter där målsättningen är att förhindra återfall av cancersjukdom (Nilbert, 2013). En cancersjukdom kan behandlas med cellgiftsbehandling (så kallad cytostatikabehandling) som dödar cancercellerna, cancersjukdomen kanske också behandlas med strålbehandling där syftet är att avlägsna cancertumörer, bromsa sjukdomen eller lindra symtom. Strålbehandling och cytostatikabehandling kan även ske i kombination med varandra. Patienten har själv rätt att bestämma vilka behandlingar som ska genomföras eller inte (Sandman & Kjellström, 2013).

2.2 Palliativ vård och cancersjukdom

Mer än 40 miljoner människor världen över beräknas behöva palliativ vård varje år (Parola et al. 2018). Den palliativa vården utvecklades på 1960-talet i England efter stora reaktioner på att de traditionella sjukhusen inte hade förmågan att möta de obotligt sjuka och döende patienternas behov (Nilbert, 2013). I Sverige infördes den första hospitaala vårdavdelningen år 1987 av Ersta Diakoni på Ersta sjukhus i Stockholm. Idag finns det även ett flertal hospice och avancerad vård i hemmet. Litteraturöversikten kommer endast belysa patienter som är inskrivna i slutenvården. Slutenvård innebär generellt vård på till exempel sjukhus och inleds om en patients tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses på vårdcentral eller av hemsjukvård (HSL, SFS 2017:30, kap. 2, § 4).

Begreppet palliativ vård omfattar alla personer som är i livets slutskede på grund av livshotande sjukdom (Nilbert, 2013). Vården har ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten hos patienter vid uppkomst av livshotande sjukdom (Melin-Johansson, 2010). Dessutom ska den bidra till psykosocialt, existentiellt och psykologiskt stöd åt patienten (Nilbert, 2013). Den ska även förebygga och lindra fysisk, psykosocial och existentiell smärta (World Health Organization, u.å.). De viktigaste punkterna palliativ vård eftersträvar är att bejaka livet och betrakta symtom och döendet som en normal process. Döden ska inte påskyndas eller skjutas upp.

När sjukdomen inte går att bota på grund av fortgående förändring övergår patienten till palliativ vård (Nilbert, 2013). Även fast patienten övergår till ett palliativt skede betyder inte det att behandlingen upphör. Vården omfattar medicinsk och omvårdnadsmissig kunskap med avsikt att lindra och inte att bota. Hur cancersjukdomen behandlas kan variera och förändras under behandlingstiden. Varför behandling med cytostatika och strålbehandling kan vara aktuellt vid livets slutskede är för att den kan förlänga livet hos patienten samt lätta symtom. Att informera patienten att hen är döende är viktigt men kräver mycket erfarenhet och kunskap av ansvarig läkare. Vidare ställs hälso- och sjukvårdspersonal inom den palliativa vården ofta inför flera utmaningar som kan orsaka stress (Parola et al., 2018). Bland annat att etablera en stark relation till patienten, tillfredsställa patientens individuella behov, konstant vara i kontakt med människors lidande och fatta komplexa etiska beslut till exempel rörande smärtlindring eller livsuppehållande åtgärder (Hernández-Marrero, Martins Pereira & Carvalho, 2015). Personal inom palliativ vård lider ofta av stress menar Sandgren et al. (2006). Därutöver löper hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar palliativa patienter högre risk för utbrändhet än andra delar av hälso- och sjukvården (Pavelková & Bužgová, 2015).

2.2.1 Palliativa vårdplaner

I Sverige har en Nationell vårdplan (NVP) utvecklats med inspiration från bland annat Svenska palliativregistret och Liverpool Care Pathway for the dying Patient (LCP) (Palliativt Utvecklingscentrum, u. å.). Svenska palliativregistret används av hälso- och sjukvårdspersonal för att registrera hur den palliativa vården har genomförts (Svenska palliativregistret, u. å.). Det sker i enkätform. Syfte är att förbättra den palliativa vården oavsett patientens diagnos eller utförare av vården. LCP utvecklades för att säkra och förbättra vårdkvaliteten när patienten bedöms endast ha några dagar kvar i livet till följd av obotlig sjukdom (Lindqvist & Rasmussen, 2014). NVP fokuserar på stöd åt patienten genom att identifiera, bedöma och tillfredsställa individuella palliativa vårdbehov (Palliativt Utvecklingscentrum, u. å.). Med hjälp av vårdplanen kan patientens önskemål om mat och dryck tillfredsställas, patientens psykologiska, sociala och spirituella behov bekräftas och patientens önskan om adekvat smärtstillande behandling genomföras (Dobson, 2017). NVP:s syfte är att kvalitetssäkra vården när den övergår från botande till lindrande och stödjande vård ända tills patienten bedöms vara döende och slutligen omhändertagandet efter döden (Lindqvist & Rasmussen, 2014). NVP kan användas inom alla delar av hälso- och sjukvården oberoende av patientens diagnos och ålder, där huvudmålet är att uppnå bästa tänkbara och möjliga livskvalitet genom symtomlindring och stöd.

Första delen av NVP utgörs av bedömning av palliativ vård (Palliativt Utvecklingscentrum, u. å.). Målet är att identifiera och samordna patientens palliativa vårdbehov med syfte att patienten och närstående ska ges möjligheten att förbereda sig, planera och genomföra de prioriteringar som upplevs vara mest betydelsefulla.

Del två är uppdelad i tre faser (Palliativt Utvecklingscentrum, u. å.). Fas ett innefattar stöd att fatta beslut vid palliativ vård. Här erbjuds patienten ett personcentrerat stöd för att kunna identifiera, avgöra och åtgärda det egna palliativa vårdbehovet, prioriteringar samt önskemål. Det innebär att tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov, där syftet är att största tänkbara välbefinnande. Fas två utgörs av vårdåtgärder för den döende människan. Fasen omfattar vanligt förekommande problem som uppstår vid vårdandet av den döende samt förslag på vilka vårdåtgärder som kan tänkas bli aktuella att genomföra. När patienten upplevs som mer sjuk avslutas fas två. Fas tre inleds när patienten bedöms att endast ha några dagar kvar att leva och ger patienten möjlighet till ytterligare beslutsstöd.

Efter patientens bortgång inleds del tre (Palliativt Utvecklingscentrum, u. å.). Då är målet att den avlidnes värdighet och integritet respekteras och att närstående får stöd och hjälp vid sorgearbetet samt blir väl omhändertagna.

2.2.2 En god död

Ett flertal begrepp används för att beskriva vad en *bra död* innebär (Ternestedt, 2013). Begreppen *värdig död*, *sund död*, *god död* och *fridfull död* syftar till tiden bland annat tiden före döden, dödsögonblicket och omhändertagandet efter döden. De typiska likheterna för begreppen är patientens identitet, delaktighet, integritet, självbestämmande, relationer och symtomlindring. En värdig död innebär att patientens uppfattning över vem den själv är blir bekräftad och sedd. En god död betyder att patienten ska leva med bästa möjliga självbild innan döden. För att en god död ska uppnås måste vården vara anpassad efter patientens individuella behov med fokus på självbestämmande och minskning av lidande. En fridfull död främjas av att patienten respekteras och visas sympati. En fridfull död kan hindras beroende på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och hur vården organiseras. Slutligen vill begreppet den sunda döden lyfta fram angelägenheten av att hälso- och sjukvårdspersonal ser det friska hos patienten trots sjukdomen. Genom stöd kan det medverka till att patienten lever närmare sina önskningar.

2.3 Patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen

2.3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

Begreppet patient betyder ursprungligen den som tåligt föredrar och uthärdar lidandet, eller den lidande (Dahlberg & Segesten, 2010). Begreppet är inte anknutet till en speciell vårdkontext och kan därför användas för att symbolisera en person som befinner sig i någon form av kontakt med vårdssystemet till exempel på sjukhus, vårdcentral eller olika former av hemvård. Hälso- och sjukvårdens mål är att ge god vård på likställda villkor för hela Sveriges befolkning (Hälso- och sjukvårdslagen, [HSL], SFS 2017:30). Människors lika värde och människans värdighet ska respekteras. Vidare ska vården vara säker, behovsanpassad och åtkomlig för alla. Människor med livshotande sjukdom ställer särskilda krav på vården och hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdspersonal innefattar legitimerad personal till exempel läkare och sjuksköterska samt personal utan legitimation bland annat undersköterskor (Socialstyrelsen, 2018). Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kunskap om hur de ska vårda patienter med obotliga sjukdomar men också ha kunskap om god kvalitet (Melin-Johansson, 2010). Varje hälso- och sjukvårdspersonal har viktiga uppgifter att fullfölja och avklara (Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2014). Därav bör hälso- och sjukvårdspersonalen ha en god teamsamverkan inom den palliativa vården. Att ha ett gemensamt synsätt och mål för vården är grundläggande för att den ska ha så hög kvalitet som möjligt. Hälso- och sjukvårdspersonalen inom palliativ vård ska även ha förmåga att skapa en förtroendefull och trygg relation med patienten (Friedrichsen, 2012). Respekt för såväl patienten och närstående kan öka patientens potential till en värdig död.

2.3.2 Patientlagen

Patientlagen ger patienten rättighet till god väsentlig information kring sin situation, omvårdnadsåtgärder, behandlingar och andra viktiga aspekter av vården (Patientlag, SFS 2014:821 Kap 3, 6§). Informationen ska vara individanpassad kring patientens rådande förutsättningar. Patientlagen ger också hälso- och sjukvårdspersonalen en skyldighet att informera patienten. Lagen är viktigt för att fastställa att patienten har förstått innebörden av vården korrekt samt bidra till ökad delaktighet, stärka självbestämmande och integritet. Patienten kan känna sig trygg och respekterad om relevant information förmedlas genom öppen dialog med hälso- och sjukvårdspersonalen (Socialstyrelsen, 2015).

2.3.3 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan ansvarar för att ge vård, främja hälsa och lindra lidande (ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor, 2017). Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden av patienter som söker hälso- och sjukvård (Dahlberg & Segesten, 2010). Omvårdnad är åtgärder som hjälper människor att främja och återställa hälsa eller handlingar som leder till en fridfull död. Åtgärderna ska ha stöd av forskning och vara evidensbaserad. Evidensbaserad omvårdnad betyder att kombinera den senaste vetenskapliga kunskapen från till exempel systematiska litteraturoversikter eller nationella vårdprogram samt pålitlig empiri och kunskap kring enskilda patienters önskemål och upplevelser (Willman, 2013). Sjuksköterskans vårdbeslut bör grundas på evidensbaserat underlag i samråd med patienten.

2.4 Kommunikation och dialog

Kommunikation kan innebära aktiv överföring av information mellan människor och kan definieras som ett gemensamt utbyte det vill säga delbart eller delaktighet mellan en eller flera parter både verbalt, skriftligt och med kroppsspråk (Fossum, 2013) Kommunikation behöver inte vara ömsesidig utan kan ske via envägskommunikation (Friedrichsen, 2013). Ett samtal kan definieras som ett balanserat förhållande mellan parter med fokus på verbalt utbyte av information med tydligt syfte, förhoppningar och avsikter. Parter som inleder ett samtal bör vara öppna för nya uppfattningar och ha välvilja att få så stor förståelse möjligt. God kommunikation är viktigt för god palliativ vård (Dobson, 2017). Sjuksköterskan bör öppna upp till dialog om patientens upplevelser kring rådande situationen, bekräfta patientens individuella behov och respekterar patientens självbestämmande. Det kan upplevas problematiskt för hälso- och sjukvårdspersonal att hålla en öppen dialog med patienter och deras närstående, eftersom det kan vara svårt att välja rätt ord i svåra situationer och förmedla information på ett empatiskt sätt (Jors et al., 2016).

2.5 Personcentrerad vård och bemötande

2.5.1 Personcentrerad vård

Ett personcentrerat förhållningssätt och personcentrerad vård ger patienten möjlighet att själva ta evidensbaserade beslut i förhållande till sin hälsa där integritet och självbestämmandet respekteras (Willman, 2013). Det ger patienten förutsättningar att vara delaktig i sjukvårdsrelaterade beslut samt möjlighet att uttrycka sin egen vilja (Eldh, 2014). En mall

som kan bidra till ökad personcentrerad vård inom palliativ vård, där patienten står i fokus är modellen med “De 6 S:n” (Ternestedt, Henoch, Österlind & Andershed, 2017). Modellen används för att ge patienten stöd att bevara sin *Självbild* alltså identitet, sitt *Självbestämmande* med andra ord största möjliga delaktighet, bevara sina *Sociala relationer*, att patienten ges optimal *Symtomlindring* och slutligen *Sammanhang och Strategier* det vill säga dialog kring livet, framtiden och döden.

För att vården ska anses personcentrerad ska den information patienten delges vara korrekt och begripligt (Ternestedt et al. 2017). Målet med informationsöverföringen är att generera kunskap och förståelse (Eldh, 2014). Ytterligare ett centralt begrepp inom den personcentrerade vården är ett aktivt lyssnande. Hälso- och sjukvårdspersonal ska aktivt lyssna till patientens berättelser kring sin rådande situation. Ett villkor för att sjuksköterskan ska frambringa delaktighet beror på sjuksköterskans förmåga att lyssna, inlärd kunskaper och förmåga att kommunicera och föra vidare kunskap till patienten.

2.5.2 Bemötande

Ordet bemötande är ett komplicerat och mångdimensionellt begrepp. Ett gott bemötande reflekteras i hälso- och sjukvårdspersonalens människosyn där alla människors värde är lika. Bemötande innebär till exempel beteende, mottagande, behandling men också svar eller yttranden. Bemötande innefattar hur och vad hälso- och sjukvårdspersonal svarar men också vad de väljer att inte svara på i kontakt med patienten. Hälso- och sjukvårdspersonalens omhändertagande, kroppsspråk, tillgång till eller brist på ögonkontakt med patienten eller om hälso- och sjukvårdspersonalen sitter eller står i relation till patienten påverkar också bemötandet. Avsaknad av medlidande från sjuksköterskan inom den palliativa cancervården kan bero på brister i kommunikationen och bemötandet mellan patient eller närstående och sjuksköterskan (Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006).

Ett gott bemötande bör även vara genuint, engagerande, vänligt samt visas med medlidande och respekt för patienten. Hur information överlämnas och hur självbestämmande så väl som delaktighet främjas reflekteras i bemötandet (Fossum, 2013).

3. Problemformulering

Varje år diagnostiseras cirka 13 miljoner i världen över med cancersjukdom och cirka åtta miljoner dör till följd av cancer. Vid livshotande sjukdom kan palliativ vård bli aktuellt. Palliativ vård ska erbjuda psykosocialt, existentiellt och psykologiskt stöd åt patienten. Men

ska även bidra med förebyggande resurser för att lindra fysisk, psykosocial och existentiell smärta. Enligt patientlagen har patienten rätt till väsentlig information kring sin situation, behandlingar och omvårdnadsåtgärder. Det är för att säkerställa att patienten har förstått innebörden av vården korrekt. Personcentrerad vård kan bidra till ökat självbestämmande, delaktighet och stärkt integritet. Genom ett gott bemötandet kan patientens behov tillfredsställas. Därför är det angeläget att undersöka patienters upplevelser av hälso- sjukvårdspersonalens bemötande.

4. Syfte/Frågeställningar

Syftet är att undersöka hur patienter med cancersjukdom som vårdas på palliativ slutenvårdsavdelning upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal

5. Teoretiska utgångspunkter

Författarna har valt Rosemarie Rizzo Parse's teori om *Human becoming* (Mänsklig utveckling) (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Teorin kan uppfattas som abstrakt eftersom den använder komplexa begrepp som är ovanliga i vardagligt språk. Författarna till föreliggande studie anser att Parse's teori om omvårdnad och hälsa är relevant och användbar i litteraturöversikten. Vidare kommer Parse's teori diskuteras ytterligare i resultatdiskussionen.

5.1 Mänsklig utveckling

Parse's teori om Mänsklig utveckling fokuserar på omvårdnad och har sin utgångspunkt i att människan ständigt samspelar med sin omgivning (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Människans hälsa är ett kontinuerligt skede som skapas mellan, av och inom människor och ses inte som en motsats till sjukdom (Parse, 1981).

Parse (1998) beskriver att omvårdnad inträffar i första hand genom relationer. *True presence* (Sann närvaro) beskrivs som en förutsättning vid bildandet av en relation. Det omfattar relationen mellan såväl sjuksköterska och patient som relationen mellan närstående och sjuksköterska. En sjuksköterska med en sann närvaro *gör inga försök* att engagera sig i patienten *utan bara är* genom att följa rytmen, ljuden och tystnaden. Risken som uppstår när sjuksköterskan *försöker* är att fokus försvinner från patienten. Ett försökande kan till exempel vara startande av en dialog eller påbörjande hälsofrämjande åtgärd med syfte att förhindra en obekvämlig situation, trots att patientens egentliga behov kan vara att bara ha någon hos sig. Det

innebär att sjuksköterskan ska respektera patientens egna uppfattningar även när de går emot sjuksköterskans perspektiv.

Vid första mötet med en patient har sjuksköterskan endast sin egen förförståelse och erfarenheter från tidigare möten (Parse, 1998). Det innebär att sjuksköterskan inte har någon inblick i patientens upplevelser kring mål, hopp och drömmar. Endast i den sanna närvaron får sjuksköterskan tillträde till den verklighet som patienten väljer att dela med sig av. Verkligheten ska tas emot på ett öppet sätt utan att patienten döms. Sjuksköterskan är tillsammans med patienten i sann närvaro genom *face-to-face discussions* (diskussioner ansikte mot ansikte), *silent immersion* (tyst närvaro) och *lingering presence* (kvardröjande närvaro). Diskussioner ansikte mot ansikte innebär dialog mellan patient och sjuksköterskan. Patienten kan uttrycka tankar kring sin hälsa både genom allmän konversation med sjuksköterskan men också genom andra uttryckssätt till exempel fotografier, berättelser, poesi, teckningar, eller musik för att förmedla tankar kring sin hälsosituation. Sjuksköterskan bör vid diskussioner ansikte mot ansikte vara tillgänglig både fysiskt och mentalt.

Tyst närvaro är en process av tystnad där sjuksköterskan *bara är* (Parse, 1998). Sjuksköterskan följer patientens rytm och känner av patientens behov av närvaro eller ensamhet och behov av att tala eller inte. Situationer kan uppstå där patientens behov av tyst närvaro är tillräcklig eller mer värdefull än om sjuksköterskan väljer att starta dialog. Kvardröjande närvaro innebär att sjuksköterskan och patienten reflekterar kring sina uttalanden, vad som händer och sina känslor både före, under och efter en situation. Reflektionen resulterar i nya erfarenheter där framtida situationer kan bemötas med ett öppnare sinne.

6. Metod

En litteraturöversikt ger en kunskapsbild av ett specifikt område (Friberg, 2017).

Litteraturöversikt som metod har tillämpats för att sammanställa existerande kunskap och har gett en bredare insikt i hur patienter med cancer upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal i palliativ vård.

6.1 Datainsamling

Databaserna CINAHL Complete och MEDLINE with Full Text användes vid informationssökning. Sökorden *ward, hospital, hospitals, palliative care, end of life care, terminal care, cancer, oncology, neoplasms, professional-patient relation**, *communication*,

attitude, *patient attitude**, *patient perception**, *patient view**, *cancer patient* och *inpatient* har använts i olika kombinationer och aldrig alla på samma gång. Författarna har använt sig boolesk sökning (Karlsson, 2017) där utvalda sökord användes och kombinerades med AND och OR. För att få en bredare sökning har sökorden trunkerats (Östlundh, 2017) med *patient attitude**, *patient perception**, *patient view** och *professional-patient relation** för att databasen ska söka efter ordets alla böjningsformer. Sökordet *professional-patient relation** hittades med hjälp av Ersta Sköndal Bräcke Högskola:s Palliativt forskningscentrum. Avgränsningar i sökningar har varit att artiklarna ska vara vetenskaplig granskade (peer reviewed), ha tillgång till full text, ska varit publicerade under en tioårsperiod mellan åren 2008-2018 och vara på engelska. Artikeln av Öhlén och Håkansson (2015) hittades via manuell sökning 15/10-2018 bland publikationer från Palliativt Forskningscentrum på Ersta Sköndal Bräcke Högskola och finns därför inte i sökmatriken (bilaga 1) men redovisas i resultatmatriken (bilaga 2.).

6.2 Urval

Vid urvalsprocessen läste båda författarna alla rubriker på samtliga sökningar. Ansågs artikeln vid första granskning vara relevant för litteraturöversiktens syfte lästes artikelns abstract av båda författarna. Hela artiklarna lästes av båda författarna ifall abstract ansågs vara relevant för syftet. Artiklar vars abstract eller fullständiga innehåll inte stämde överens med syftet exkluderades. Författarna var inte alltid överens ifall en artikelns abstract var relevant eller inte. Då lästes hela artikeln från början till slut av båda författarna. Sedermera exkluderades och inkluderades ett antal artiklar av denna urvalsprocess. En mer detaljerad redovisning av hur sökningen har gått till redovisas i sökmatriken (Bilaga 1.). En sammanfattning av de utvalda artiklarnas syfte, metod, analys, innehåll, land och tidskrift redovisas i resultatmatriken (Bilaga 2.).

6.3 Analys

Inkludering eller exkludering av artiklar samt vetenskaplig kvalitet kan enklare säkerhetsställas om artiklar läses flera gånger (Friberg, 2017). Utvalda artiklar lästes flera gånger av respektive författare enskilt för att få förståelse för artiklarnas resultat. Sedan analyserades respektive artiklar tillsammans för att bekräfta att båda författarna hade tolkat innehållet korrekt och var eniga. Litteraturöversiktens resultat har analyserats enligt Fribergs analysmetod (Friberg, 2017). Artiklarnas metod och analys granskades för att skapa en

kvalitet- och trovärdighetsuppfattning. Valda artiklar var skrivna på engelska. För att undvika misstolkningar och översättningsfel användes ett svensk-engelskt lexikon samt en synonymordbok på svenska. Likheter och skillnader i artiklarnas resultat diskuterades av författarna. Resultaten färgkodades och kategoriserades. Två huvudteman bildades varav huvudtema ett innehöll två underteman.

7. Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik vill belysa överväganden som författarna bör göra inför och under ett genomförande av vetenskapligt arbete (Kjellström, 2017). Det handlar om etiska krav och riktlinjer om rättigheter och människovärdet för att undvika att människor som deltar i arbetet inte såras, skadas eller utnyttjas. Etiska övervägande involverar anonymt och frivilligt deltagande där samtycke har getts från deltagarna med syfte att skydda människor från kränkningar. Belmontrapporten är ett etiskt dokument som innefattar tre etiska grundprinciper: Respekt för individen, göra gott- principen samt rättvisepincipen. Principerna omfattar hänsynsfullhet till autonomi, respekt för människan, samtycke samt riskanalys kring urval av deltagarna. Enligt Helsingforsdeklarationen ska etiska aspekter granskas av oberoende individer vid forskning som involverar människor.

Artiklarna som använts i litteraturöversikten är etiskt granskade, där deltagarna deltar frivilligt och anonymt samt gett samtycke till kontribution i arbetet. Av forskningsetiska skäl har författarna inte inkluderat barn och ungdomar under 18 år. I två av artiklarna framgår det inte om dem blivit etiskt godkända. Författarna har därför valt att kontakta vederbörande men har i skrivandets stund inte fått någon återkoppling. Trots oklarhet om artiklarna är etiskt granskade väljer författarna att ha kvar dessa eftersom de inte visar någonting oetiskt i varken genomförandet eller i resultatet.

8. Resultat

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka hur patienter med cancersjukdom som vårdas på slutna palliativa avdelningar upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Funnen information kunde presenteras i två teman. Tema ett: *Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt* med två underteman: *Närvaro och engagemang* och *förtroende och respekt*. Tema två: *Kommunikation och information*, utan underteman. Det som framställs i resultatet beskriver patienters upplevelse av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen.

8.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt

8.1.1 Närvaro och engagemang

Fysisk närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal primärt sjuksköterskor, bidrog till lätnad och tillfredsställelse samt bibehållande av psykisk styrka hos patienterna (Alsadat Khoubbin Khoshnazar et al., 2016). Patienterna uppskattning att konstant ha en sjuksköterska som bryr sig, är engagerad, är tillgänglig för dialog och kan ge fysisk beröring. Vid brist på sjuksköterskor ledde det till ångest och en upplevelse av ensamhet. En god kvalitativ vård ansågs vara om hälso- och sjukvårdspersonal ansträngde och engagerade sig att lära sig patienternas tilltalsnamn samt att patienterna kunde hälso- och sjukvårdspersonals tilltalsnamn (Seccareccia et al., 2015). Patienter värderade högt hälso- och sjukvårdspersonal som hade en nyfikenhet och visade ett intresse att lära känna sina patienter, såväl på en professionell nivå som personlig nivå, samt tog sig tid att lyssna (Seccareccia et al., 2015). Patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal som bemötte dem med medlidande, visade empati, hopp och ingav förtroende bidrog till en upplevd känsla av trygghet, lugn och självbestämmande (Dong et al., 2016). Att dessutom bli förstörd av sjuksköterskorna medverkade till en ökad känsla av hopp och reducerad smärta (Alsadat Khoubbin Khoshnazar et al., 2016). Att få sitt lidande bekräftat av läkare upplevdes som viktigt. Om detta behov negligerades upplevde en del patienter sig ignorerade och maktlösa.

8.1.2 Förtroende och respekt

Inför en cytostatikabehandling var uppriktighet, ett glatt humör och vänlighet viktigt för patienterna i skapandet av förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen (Alsadat Khoubbin Khoshnazar et al., 2016). Det största förhindret vid behandlingsuppföljning var en bristande förmåga hos hälso- och sjukvårdspersonal att påbörja en dialog samt ett opassande bemötande. Det ansågs vara en absolut nödvändighet att bygga en god relation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient (Seccareccia et al., 2015). Patienterna konstaterade att ett respektfullt bemötande där de blev lyssnade på var centralt, att respektera dem som individer, inte bara som patienter. Respekt innebar att göra något extra utöver det vanliga, till exempel anstränga sig att ersätta maten om det var mat patienten inte tyckte om (Kvåle & Bondevik, 2007). Betydelsen av att utveckla en god relation till sjuksköterskan ansågs viktigt eftersom det påverkade hur patienterna upplevde sin behandling och atmosfären på avdelningen (Cameron & Waterworth, 2014). Att få sina individuella preferenser respekterade ledde till att patienterna kände sig sedda. Patienter som kände sig sedda hade ett ökat förtroende för hälso-

och sjukvårdspersonalen som vårdade dem, vilket i sin tur ledde till förhöjd förmåga att föra en dialog om andra ting än sin cancer och pågående behandling. Vikten av att kunna lita på sin hälso- och sjukvårdspersonal stod i stort fokus (Dale & Johnston, 2011). Patienterna uppgav minskat förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen och missnöje över att inte ha fått det stöd som de förväntats sig få i rätt tid. Många patienter som deltog i studien upplevde även att de inte hade något val än ha förtroende för sina läkare och den övriga personalen även fast de upplevde oro och ofördelaktigt stöd.

Patienter på en palliativ vårdavdelning var i behov av kroppsvård till följd av sin cancersjukdom, där av bland annat rengöring och omläggning av sår och intimhygien (Öhlén & Håkansson, 2015). Huruvida hälso- och sjukvårdspersonalen fick hjälpa patienterna att tillgodose detta behov berodde på om patienterna upplevde förtroende för personalen. Förtroende kunde skapas genom personalens attityd och bemötande. Patienterna upplevde ett omtänksamt och involverande bemötande och att de fick sin integritet respekterad, när de fick hjälp med exempelvis moment som innefatta intimhygien. Patienterna upplevde en ökad tillit till hälso- och sjukvårdspersonal när de observerade och bekräftade deras fysiska smärta. De flesta patienterna upplevde en känsla av förtroende till hälso- och sjukvårdspersonalen men en av patienterna kände sig kränkt och otrygg, framförallt i bemötandet relaterat till mer avancerad kroppsvård. Känslan av otrygghet berodde på tidigare erfarenheter vilket resulterade i att patienten inte ville ha kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal vid kroppsvård. Patientens önskemål att utföra momentet själv respekterades av personalen. Patienten tilldelades rätt materiel och avskildhet i utförandet av momentet, med respekt för integriteten. Flera av deltagarna upplevde sig ignorerade av hälso- och sjukvårdspersonal och upplevde svårigheter att be om hjälp eftersom de uppfattade personalen som upptagna.

8.2 Kommunikation och information

Kommunikation och information från hälso- och sjukvårdspersonalen uppgav 86 procent av patienterna som betydelsefullt i livets slutskede (Chacko, Anand, Rajan, John, & Jeyaseelan, 2014). Att få adekvat information om sin sjukdom och sjukdomsutveckling ansåg över 89 procent av patienterna vara viktigt eller mycket viktigt (Heins et al., 2018). Dessutom upplevde de här patienterna att de inte fått adekvat information om att deras sjukdom inte längre var kurativ. Delaktighet kring sin palliativa vård var viktigt eller exceptionellt viktigt enligt 99 procent av patienterna. God och öppen kommunikation mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal för att klara av och hantera förändringar i patientens tillstånd, var av

betydelse för patienterna (Seccareccia et al., 2015). De betonade även att god vård innebär god information (Kvåle & Bondevik, 2007). Ärlighet ansågs vara viktigt då oärlighet bidrog till förvirring och en känsla av osäkerhet. Patienterna upplevde också att personalen hade svårt att finna tid att kommunicera och informera på grund av hård arbetspress och personalbrist (Black, McGlinchey, Gambles, Ellershaw & Mayland, 2018). Bristande kontinuitet i vårdteamet och varierande engagemang från hälso- och sjukvårdspersonal påverkade kommunikationen och överlämning av information mellan vårdgivare och vårdtagare negativt. Dessutom upplevde en del av deltagarna att det fanns individuella skillnader bland hälso- och sjukvårdspersonal i deras bemötande. Hälso- och sjukvårdspersonal som trots sitt pressade schema tog sig tid att behandla sina patienter som individer värderades högt. Patienterna uttryckte ett starkt behov av information relaterat till sin hälsosituation (Esteves, Roxo & Conceição Saraiva, 2015). En del patienter talade inte samma språk som hälso- och sjukvårdspersonalen och var därmed i behov av tolk, de upplevde brister i kommunikationen med läkare gällande förväntningar och förståelse av den palliativa vården (Kirby et al., 2018). Tydligast var den otillräckliga kommunikationen gällande smärta och smärtbehandling. För andra deltagare var språkbarriären den största orsaken till kommunikationssvårigheter, framförallt vid avsaknad av tolk. Det ledde till en känsla av frustration och isolering eftersom de inte kunde förmedla sina behov eller få sina behov väl förstådda.

Ett stödjande vårdteam var värdefullt för patienterna. På så sätt kunde patienterna få självförtroende att kontakta läkare och övrig personal när de behövde det, vilket gjorde att patienterna upplevde ett stort stöd från omgivningen (Dale & Johnston, 2011). Patienterna ansåg det betydelsefullt att bli informerade och att få information på ett förståeligt sätt. Att få information sent eller få obegriplig information resulterade i oro och ängslighet. Patienterna menade att korrekt information i rätt tid hade medfört ett större förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen samt att de hade upplevt sig sedda.

9. Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Genom att diskutera och reflektera över styrkor och svagheter i ett examensarbete kan en god kvalitet och trovärdighet fastslås (Mårtensson & Fridlund, 2017). Litteraturöversikten baseras på den gemensamma projektplan som författarna skrev tillsammans. Från början hade arbetet ett annat syfte som involverade närståendeperspektivet. Det resulterade i svårigheter att

utveckla och fortskrida projektplanen framåt. Det uppstod även svårigheter att hitta artiklar som besvarade det tidigare syftet. Om svårigheterna beror på brist på forskning inom ämnet eller författarnas val av sökord eller sökmetod är oklart. Dessutom hade författarna ett större intresse för patientperspektivet än närståendeperspektivet. Efter diskussion mellan författarna formulerades en ny frågeställning. Detta förändrades flera gånger under arbetsprocessen eftersom syftet från början var för stort och brett. Det blev mer specifikt och inriktat under arbetets gång. Till slut kom författarna fram till att det var patienternas upplevelser av bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal som var området vi ville utforska.

9.1.1 Sökstrategi och databaser

När frågeställning fastställts kunde författarna utforma passande sökord för att finna lämpliga artiklar. Begreppet vårdpersonal beskrevs tidigare i arbetet och i syftet. Ordet byttes vid ett senare tillfälle ut till hälso- och sjukvårdspersonal eftersom det är termen Socialstyrelsen väljer att använda för att beskriva personer som arbetar inom vården (Socialstyrelsen, 2007). Författarna anser att det inte påverkar metoden eller resultatet eftersom de valda sökorden är på engelska. Cinahl Complete blev den primära databasen eftersom den ansågs vara mest användarvänlig och ha flest relevanta artiklar som besvarade syftet. En nackdel med att primärt använda Cinahl Complete kan vara att artiklar som kunde varit relevanta för litteraturöversiktens syfte har försumrats.

För att hitta artiklar som baserade på litteraturöversiktens frågeställning var fritextsökning nödvändigt, som använde sig av synonymer till litteraturöversiktens ämne. De booleska operatörerna AND och OR har använts i denna litteraturöversikt, operatörn NOT har inte använts. (Karlsson, 2017). Operatörn AND har använts på sökord som ansågs vara nödvändiga att ha med i en sökning, till exempel *cancer* och *palliative care*. Dessutom har OR använts för att bredda sökningen, då bland annat sökorden *oncology* och *end of life care* har använts. Författarna ser det som en styrka att använda en boolesk sök teknik eftersom det resulterade i ett större urval av potentiellt användbara artiklar. Operatörn NOT har författarna valt att inte använda eftersom artiklar som nämnde till exempel ordet *child** försvann ur sökningen trots att artiklarna inte handlade om barn. Sökordet *professional-patient relation* blev ett centralt begrepp. Sökordet berör relationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienten. Med hjälp från Ersta:s Palliativt Forskningscentrum upptäcktes sökordet eftersom författarna hade svårigheter att hitta ett adekvat sökord som berör bemötande. Trunkering av sökord kan ge en bredare sökning (Östlundh, 2017). Författarna valde att trunkera ett antal

sökord bland annat *professional-patient relation* eftersom antalet sökträffar ökade, vilket bedömdes som en styrka eftersom det kunde generera fler artiklar relevanta för syftet.

9.1.2 Urval

Författarna ville få aktuella patientupplevelser i resultatet och därför begränsades sökningarna till åren 2008-2018, en 10-årsperiod. För att stärka trovärdigheten på utvalda artiklar inkluderades endast peer reviewed artiklar. Till sist har författarna valt att endast inkludera artiklar med tillgänglig full text, eftersom det underlättar för läsaren att ta del av original artiklarna. Genom att endast använda artiklar med full text som var gratis kan viktigt material ha förbisetts. Dock anser författarna att genom detta stärker det trovärdigheten i litteraturöversiktens resultatdel, och det ger en ökad transparens. Det ger även möjligheten för läsaren att tillägna sig det material författarna samlat in. Författarna ser det som både en svaghet och en styrka att artiklar som använts kommer från olika länder i Europa, Asien, Oceanien och Nordamerika. Ur ett globalt perspektiv kan det ge en stärkt bild över hur patienterna upplever bemötandet. Samtidigt kan författarna se det som en svaghet eftersom det kan ge en otydlig bild över hur patienterna specifikt i Sverige upplever bemötandet och att den palliativa vården kan skilja sig åt från land till land.

Den kvalitativa artikeln av Öhlén och Håkansson (2015) hittades via publikationer från Palliativt forskningscentrum den 15/10-2018, webbplatsen blev reviderad 19/10-2018 och dokumentet med publikationer är inte längre tillgängligt. Artikeln gav ytterligare ett perspektiv på bemötandet kopplat till kroppsvård som författarna ansåg vara viktigt att inkludera. Artikeln inkluderades eftersom den ansågs vara relevant till syftet. Det kan ses som både en styrka och svaghet att artikeln är formulerad och publicerad på samma högskola som litteraturöversiktsförfattarna studerar på. Styrkan är att författarna har lätt tillgång till publikationerna och känner förtroende för skolans forskare. Det kan också vara en svaghet eftersom författarna eventuellt inte förhåller sig kritiskt till publiceringen och blir mindre opartiska. Författarna ifrågasätter hur det kommer sig att de inte hittat artikeln vid tidigare sökning. Orsaker kan vara val av sökord eller att författarna valt att endast använda sig av två databaser.

9.1.3 Analys

Författarna har tillsammans analyserat materialet från utvalda artiklar, det minskar risken för att resultatet vinklas utifrån en enskild persons eventuella förutfattade mening eller förståelse

och stärker litteraturöversiktens trovärdighet (Friberg, 2017). I litteraturöversikten har både kvalitativa och kvantitativa artiklar använts eftersom det ger både en statistisk bild samt människors individuella upplevelser av problemet, något som författarna ser som en styrka i arbetet. Två kvantitativa artiklar har använts eftersom författarna ville ta reda på faktorer patienter ansåg vara viktiga inom den palliativa vården, där bland annat information och delaktighet ansågs vara viktiga faktorer. Dessa anses som en styrka enligt författarna eftersom det ger en bredare syn på vad den större populationen av patienter ansåg vara viktigt. Majoriteten av artiklarna har varit kvalitativa eftersom författarna ville få en djupare förståelse av patienters upplevelser kring bemötande i palliativ slutenvård. Studien av Alsadat Khoubbin Khoshnazar et al. (2016) har inkluderats trots att det inte framgår i artikeln vilka av deltagarna som har vårdats på palliativ avdelning respektive onkologisk avdelning. Fördelen med att inkludera artikeln är att den besvarar litteraturöversiktens syfte, samt att författarna får en förståelse, ur ett patientperspektiv, på vad patienterna anses viktigt vid bemötandet. En nackdel med inkludering av artikeln kan vara att upplevelser från patienter som vårdats på onkologisk avdelning har räknats med. Författarna är medvetna om att bemötandet kan skilja sig åt på palliativ och onkologisk avdelning men har ändå valt att inkludera den. Artikeln är publicerad av en palliativ tidskrift och anses ha hög kvalitet och vara relevant för litteraturöversiktens syfte. Författarna har valt att utgå ifrån patienters upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal och inte enbart sjuksköterskans bemötande, eftersom författarna har upplevt att hälso- och sjukvårdspersonal har olika yrkesroller och arbetssätt. Författarna ser det som både en svaghet och en styrka att inte fokusera på enbart hur patienterna upplevde sjuksköterskans bemötande. Styrkan är att det ger en helhetsbild av hur patienterna upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal men det ger ingen djupare förståelse för hur patienterna upplever bemötandet från specifikt sjuksköterskor.

9.1.4 Samarbete

Innan arbetet började och projektplanen kunde utvecklas till en litteraturöversikt diskuterade författarna vilka förväntningar som fanns på varandra och arbetet. Arbetet har förlöpt bättre när de suttit med varandra eftersom det har bidragit till motivation. Respekt för varandras privatliv och andra situationer som uppstått har vidtagits och det har alltid funnits en positiv anda mellan författarna. Dessutom var de enade om en flexibel inställning eftersom förändringar under arbetets gång kunde uppstå. Båda författarna har varit delaktiga, diskuterat tillsammans och sett till att skrivprocessen gått framåt.Handledare har funnits tillgänglig vid behov om författarna behövt vägledning.

9.2 Resultatdiskussion

Utifrån litteraturoversiktens resultat har författarna identifierat två begrepp som påverkade bemötandet: tillit och misstro. Resultaten visar att engagemanget, ärlighet, informationen och att bli sedd påverkade hur patienterna upplevde bemötandet. I resultatet var det viktigt för patienterna att på en individanpassad nivå få bra och tydlig information, vilket ledde till att patienterna kände sig sedda. Dessutom var respekt och ett empatiskt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen, som visade medlidande och ärlighet viktigt. Detta ledde till en upplevelse av tillit. Författarna kommer diskutera resultatet utifrån Parse (1998) omvårdnadsteori om Mänsklig utveckling.

Patienterna upplevde i litteraturoversiktens resultat att personal visade engagemang när de tog sig tid att lära känna dem på ett personligt och professionellt plan, lärde sig deras tilltalsnamn samt respekterade och tillfredsställde deras individuella behov. Patienterna upplevde även att engagemang kunde variera från person till person och att engagemanget påverkas av huruvida patientkontakten var kontinuerlig eller inte. Parse (1998) menar att omvårdnaden bildas mellan patient och hälso-sjukvårdspersonal genom sann närvaro. Det måste finnas personal fysiskt på vårdavdelningen för att det ska kunna vara i sann närvaro. Det krävs att personalen är närvarande sina patienter i bemötande för att kunna visa engagemang och skapa tillit. Artiklarna visar även att vid bristande kontinuitet och engagemang från till exempel sjuksköterskan påverkade det även kommunikationen och överlämning av information på ett negativt sätt. Användning av Parse teori kräver både engagemang, närvaro och reflektion från sjuksköterskans håll (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Sann närvaro existerar genom diskussioner ansikte mot ansikte, där sjuksköterskan visar tillgänglighet rent fysiskt och mentalt (Parse, 1998). Det är patientens och dennes egna behov som avgör ifall denne vill starta en dialog eller vara tyst. Parse (1998) menar att det är sjuksköterskans uppgift att känna av detta behov genom processen tyst närvaro, där sjuksköterskan *bara är*. Inom palliativ vård leds dialogen av patienten inte utav sjuksköterskan, det är patienten som sätter agendan (Hutchings, 2002). Författarna till litteraturoversikten menar att personen som vårdas palliativt upplever att personalen inte är engagerad och kommunicerar på ett tillfredsställande sätt kan det orsaka misstro. Av detta skäl kan det avgöras huruvida patienten väljer att öppna upp sig till dialog eller inte. Enligt Blaževičienė, Newland, Čivinskienė & Beckstrand (2017) kan tidsbrist vara en orsak till varför sjuksköterskor inte öppnar upp till dialog. Rasmussen, Sandman & Norberg (1997)

menar att ta sig tid och ha tid är viktigt för sjuksköterskan. Tid möjliggör att lära känna patienten, kunna göra det lilla extra, att engagera sig samt skapa trygghet och förtroende. Hur sjuksköterskan väljer att genomföra sin omvårdnad avgör om vården blir personcentrerad eller inte (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Omvårdnaden ska utföras genom dialog där patientens önskemål respekteras. En sjuksköterska med sann närvaro ska inte försöka forcera fram en dialog med patienten, eftersom det är individen som sätter ramarna utifrån sina behov (Parse, 1998). I slutändan syftar palliativ vård till att hjälpa patienter att leva sitt liv till fullo innan döden, där individens definition av hälsa är avgörande. Sjuksköterskan i sann närvaro ska se och hedra den palliativa patienten som en unik individ person samt hedra dess verklighet och inte döma (Hutchings, 2002).

I litteraturöversiktens resultat framgick det att en deltagare belyste vikten av att ha en sjuksköterska tillgänglig som kunde tilldela fysisk beröring. Genom tyst närvaro kan sjuksköterskan lättare identifiera patientens önskemål (Parse, 1998). Oavsett om det handlar om sällskap, att ha någon att prata med, hålla ens hand eller dela tystnad med.

Enligt Parse (1998) är det patienten själv som bestämmer hur hälsa upplevs och väljer att uttrycka det. I resultatet framgick det även att det var viktigt för patienterna att på en individanpassad nivå få bra och tydlig information, som ledde till att patienterna kände sig sedda. Hälsa- och sjukvårdspersonal som hade ett respektfullt och empatiskt bemötande, som visade medlidande och var ärliga värderades högt. De här faktorerna ledde till en upplevelse av tillit. En sjuksköterska med ett personcentrerat förhållningssätt ska ge patienten bästa möjliga förutsättningar att göra bra val för sin hälsa (SSF, 2016). Författarna till litteraturöversikten menar att ett respektfullt, ärligt, empatiskt och medlidande bemötande är viktiga verktyg för att hjälpa patienten att fatta bra beslut. I slutändan är det patienten som väljer vad den vill fatta för beslut från den givna informationen. Om patienten väljer att bortse från de rekommendationer sjuksköterskan ger är helt upp till patienten. Sjuksköterskan måste bortse från sitt eget perspektiv och respektera patientens egna uppfattningar (Parse, 1998). I en studie av Erichsen, Danielsson & Friedrichsen (2010) menades att sjuksköterskors ärlighet var en del av sjuksköterskans arbetssätt. På lång sikt ansågs ärlighet vara bäst för patienten även om informationen initialt kunde sårta patienten. Andra sjuksköterskor hävdade att modifiera sanningen eller att undanhålla patienten information i dialog kring döden, framtiden och sjukdomsförloppet inte ansågs vara oärlighet. Att anpassa sig till patientens individuella syn på sanningen var avgörande i sjuksköterskans bedömning i vad som ansågs vara rätt tid till ärlighet. Resultatet i litteraturöversikten visade att sann information kring sin hälsa, i rätt tid som var tydlig att förstå var viktigt för patienterna. Enligt patientlagen (SFS 2014:821 Kap

3, 6§) har patienten rätt till korrekt och adekvat information angående sin hälsa. Enligt Erichsen et al. (2010) är ärlighet i slutänden en nödvändighet eftersom oärlighet kan orsaka misstro och ilska hos patienten.

Den kritik författarna till litteraturoversikten har emot Parses teorin är att den hävdar att sjuksköterskan inte ska göra några *försök* till att starta en dialog för att förhindra en obekväm situation. Sjuksköterskan har trots allt ett ansvar att ge patienten korrekt information i rätt tid. Om sjuksköterskan befinner sig i sann närvaro och ser till patientens behov, till exempel behovet att bara ha någon hos sig, kan risken uppstå att information patienten behöver få, inte ges i rätt tid. Författarna menar att det kan uppstå en konflikt hos sjuksköterskan, som ska befinna sig i sann närvaro med patienten men samtidigt också har skyldighet delge den viktiga information som hen besitter. Författarna menar att det kan vara svårt att göra en bedömning vad som innebär *i rätt tid* genom att endast följa rytmen, ljuden och tystnaden, framförallt om sjuksköterskan är pressad på tid.

10. Kliniska implikationer

Litteraturoversikten kan bidra till att sjuksköterskor får kunskap, vägledning och tydligare förståelse för vad patienter som vårdas palliativ slutenvårdsavdelning anses viktigt i bemötandet. Studiens resultat redovisar upplevelser som ledde till ökad tillit respektive reducerat förtroende och hur viktigt det är med engagerade hälso- och sjukvårdspersonal som ger ärlig information. Litteraturoversikten kan användas tidigt i patientens vård på den slutna palliativa avdelningen som riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal till ökad personcentrerad vård byggt på förtroende. Patienter som vårdas palliativt ska inte behöva uppleva sig otrygga, osedda och oroliga till följd av ett dåligt bemötande.

11. Förslag till fortsatt forskning

Palliativa vårdavdelningar är specialiserade för patienter med ett palliativ vårdbehov. Ett förslag till vidare forskning är att göra jämförelser hur palliativa patienter upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal när det vårdas på en avdelning som inte är specialiserad på palliativ vård, till exempel en akutmottagning. Författarna upplever att det skulle vara intressant att få mer kunskap om hur patienterna upplever bemötande samt om det finns några skillnader och/eller likheter med bemötande på den palliativa slutenvårdsavdelningen.

12. Slutsats

Patienters upplevelser av bemötandet varierade från person till person. Att få sina individuella preferenser respekterade ledde till att patienter kände sig sedda. Om de upplevde sig sedda ökade förtroende till hälso-sjukvårdspersonalen, vilket i sin tur ledde till förhöjd förmåga att föra en dialog om andra ting än sin sjukdom och pågående behandling. Förtroendet var också viktigt för patienter när kroppsvård skulle utföras, där patienten var i behov av omläggningar och intimhygien. Hur hälso- och sjukvårdspersonalen fick hjälpa patienten berodde på hur patienten upplevde tilliten till personen som skulle utföra arbetet. Resultatet visade även att det var viktigt för patienterna med engagerad och ärlig hälso- och sjukvårdspersonal. Brister i kommunikationen och bemötande bidrog till en känsla av otrygghet, isolering, frustration och förvirring.

Referensförteckning

- Alsadat Khoubbin Khoshnazar, T., Rassouli, M., Esmaeli Akbari, M., Lotfi-Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Monsey, M. (2016) Communication Needs of Patients with Breast Cancer: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care* 22(4), 402-409. doi:10.4103/0973-1075.191763
- Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L., & Bond, A. E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum* 36(4), 446-453. doi: 10.1188/09.ONF.446-453
- Black, A., McGlinchey, T., Gambles M., Ellershaw, J., & Mayland, C. R. (2018). The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting - A qualitative study. *BMC Palliative Care* 17(91). doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0345-x>
- Blaževičienė, A., Newland, J. A., Čivinskienė, V., & Beckstrand R. L. (2017). Oncology Nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *BMC Palliative Care* 16(1). doi: 10.1186/s12904-017-0257-1
- Bolund, C. & Brandberg, Y. (2008). Psykosocial onkologi. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.) *Onkologi*. (s. 586-597) Stockholm: Liber.
- 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
- Cancerfonden (2017). *Vanliga frågor om cancer* Hämtad 17 september, 2018 från Cancerfonden, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/om-cancer>
- Chacko, R., Anand, J. R., Rajan, A., John, S., & Jeyasselan, V. (2014). End-of-life care perspectives of patients and health professionals in an Indian health-care setting. *International Journal of Palliative Nursing* 20(11), 557-564. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.11.557
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Dobson, J. (2017). Providing high-quality care at the end of life: the role of education and guidance. *British Journal of Nursing* 9;26(20), 1116-1120. doi: 10.12968/bjon.2017.26.20.1116
- Dong, S. T., Butow, P. N., Tong, A., Agar, M., Boyle F., Forster, B. C., Stockler, M., & Lovell, M. R. (2016) Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Supportive care in cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 24(3), 1373-1386. doi:10.1007/s00520-015-2913-4
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl.) (s. 485-501). Lund: Studentlitteratur.

- Einhorn, S. (u.å.). *Så utvecklas cancer: Sjukdomstecken*. Hämtad 23 oktober, 2018, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/vad-ar-cancer>
- Erichsen, E., Danielsson, E., & Fridrichsen, M. (2010) A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics* 1(17), 39-50. doi: 10.1177/0969733009350952
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Esteves, A., Roxo, J., & Conceição Saraiva, M., (2015). The lived experience of people with progressive advanced cancer. *British Journal of Nursing* 24(10), 15-21. doi: 10.12968/bjon.2015.24.Sup10.S15
- Fossum, B (2013). Kommunikation och bemötande. I B, (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl.) (s.25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 366-372). Stockholm: Liber.
- Hassan, Z. & Hassan, M. (2003). Allmänt om cytostatika: Cancer och cancerbehandling igår och idag. I M. Hassan & P. Ljungman (Red.), *Cytostatika* (s. 9-28). Stockholm: Liber.
- Heins, M., Hofstede, J., Rijken, M., J, Korevaar, J., Donker, G., & Francke, A. (2018). Palliative care for patients with cancer: Do patients receive the care they consider important? A survey study. *BMC Palliative Care* 17:61(1). doi:10.1186/s12904-018-0315-3
- Henderson, V. (1982) *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3. uppl.). Stockholm: LiberTryck.
- Hernández-Marrero, P., Martins Pereira, S., & Carvalho, A. (2015). Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout Protective Factor? Results From a Mixed-Methods Multicenter Study in Portugal. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(8), 723-732. doi: 10.1177/1049909115583486
- Hutchings, D. (2002). Parallels in practice: Palliative nursing practice and Parse's theory of human becoming. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 19(6), 408-416. doi: 10.1177/104990910201900612
- International Council of Nurses. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2014). Livets slutskede. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 179-203). Lund: Studentlitteratur.
- Jors, K., Seibel, K., Bardenheuer, H., Buchheidt, D., Mayer-Steinacker, R., Viehrig, M., Xander C., & Becker, G. (2016). Education in End-of-Life Care: What do experienced

professionals find important? *Journal of cancer education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education* 31(2) 272-278. doi: 10.1007/s13187-015-0811-6

- Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-96). Lund: Studentlitteratur.
- Kirby, E., Lwin, Z., Kenny, K., Broom, A., Birman, H., & Good, P. (2018) "It doesn't exist...": negotiating palliative care from a culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective. *BMC Palliative Care* 17(90). doi: 10.1186/s12904-018-0343-z
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2007). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22(4), 582-589. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x
- Linder, S. (2008). Invasion och metastasering. I U. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 72-76). Stockholm: Liber.
- Lindqvist, O., & B, H. Rasmussen. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I A-K. Edberg, & Helle Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 757-791). Lund: Studentlitteratur.
- Melin-Johansson, C. (2010). Vård i livets slutskede. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s. 175-194). Lund: Studentlitteratur.
- Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi*. (1. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Palliativt Utvecklingscentrum (u. å.) *Översikt över NVP:s olika delar*. Hämtad 18 september, 2018, från <http://palliativtutvecklingscentrum.se/nvps-olika-delar/>
- Parola, V., Coelho, A., Sandgren, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2018). Caring in Palliative Care: A Phenomenological Study of Nurses' Lived Experiences. *Journal of hospice and palliative nursing* 20(2), 180-186. doi: 10.1097/NJH.0000000000000428
- Parse, R.R. (1981). *Man-living-health: a theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R.R. (1998). *The human becoming school of thought: a perspective for nurses and other health professionals*. (Rev. upplaga). California: Sage Publications.
- Pavelková, H., & Bužgová, R. (2015). Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 6(1), 2018-223. doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0006
- Rasmussen, B. H., Sandman, P. O., Norberg, A. (1997). Stories of being a hospice nurse: A journey towards finding one's footing. *Cancer Nursing* 20(5), 330-341
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative health research* 16(1), 79-96
- Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D., & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine* 18(9), 758-764. doi:10.1089/jpm.2014.0408
- Socialstyrelsen (2007) *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 24 oktober, 2018 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=645&SrcLang=sv>
- Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal - Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015*. Hämtad 11 september, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). *Hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtat 1 oktober, 2018, från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/halso-och-sjukvardspersonal>
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om...Personcentrerad vård*. Hämtad 11 oktober, 2018 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf
- Svenska palliativregistret (u. å.) *Livskvalitet i livets slut*. Hämtat 1 oktober, 2018, från <http://palliativ.se/palliativvard/>
- Ternstedt, B-M. (2013). Döden i samhället. I B. Andershed, B-M. Ternstedt, & Cecilia Håkansson (Red.), *Palliativ vård - Begrepp & Perspektiv i teori och praktik* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ternstedt, B-M., Hensch, I., Österlind, J. & Andershed, B. (2017). *De 6 s:n: en modell för personcentrerad palliativ vård*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2013). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Johanneshov: MTM.
- Willman, A. (2013). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell, & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1. uppl.) (s. 193-200). Stockholm: Liber.
- World Health Organization. (u.å.). *Cancer*. Hämtad 14 maj, 2018, från World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/en/>
- World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 14 maj, 2018, från World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg, (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Öhlén, J., & Håkansson, C. (2015). Meanings and experiential outcomes of bodily care in a specialist palliative context. *Palliative & Supportive Care* 13(3), 625-633. doi: 10.1017/S147895151400025X

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete	ward or hospital AND palliative care OR end of life care AND cancer OR oncology AND professional-patient relation*	13	Full Text, Peer Reviewed, 2008-2018, Engelska	13 2	1	Valda artiklar: 1 Tahereh Alsadat Khoubbin Khoshnazar et al. (2016)
Medline with FullText	ward or hospital AND palliative care OR end of life care AND cancer OR oncology AND professional-patient relation*	14	Full Text, Peer Reviewed, 2009-2017, Engelska	14 3	1	Valda artiklar: 1 Dori Seccareccia et al. (2015)
Cinahl Complete	ward OR hospital AND palliative care OR end of life care AND cancer OR oncology AND Communication need*	47	Full Text, Peer Reviewed, 2008-2018, Engelska	47 17	2	Valda artiklar: 1 Cameron, J., & Waterworth, S. (2014)
Cinahl Complete	Cancer patient AND palliative care OR end of	54	2008-2018, Engelska, Full text, Peer reviewed	54 6	2	Valda artiklar: 2 Heins, M. et al. (2018)

	life care AND professional-patient relation*					Dale, M. J., & Johnston, B. (2011)
Cinahl Complete	Palliative Care AND Patient perspective AND hospital AND Cancer	36	2008-2018, Full Text, Engelska, Peer Reviewed	36 3	1	Valda artiklar: 1 Dong, S. T. et al. (2016)
Cinahl Complete	Patient attitude* or patient perception* or patient view* AND Cancer or oncology AND Palliative care OR end of life care AND inpatient	54	2008-2018, Full Text, Engelska, Peer Reviewed	54 7	4	Valda artiklar: 3 Esteves, A., Roxo, J., & da Conceição Saraiva, M. (2015) Chacko, R., Anand, J. R., Rajan, A., Subhashini, J., & Vishalakshi, J. (2014) Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008)
Cinahl Complete	patient experience* AND palliative care AND communication AND cancer or	89	2008-2018, Full Text, Engelska, Peer Reviewed	89 4	1	Valda artiklar: 1 Kirby, E., Lwin, Z., Kenny, K., Broom, A., Birman, H., & Good, P. (2018)

	neoplasms or oncology					
--	--------------------------	--	--	--	--	--

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Kohshnazar, T., A., Rassouli, M., Akbari, M. E., Lotfi- Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Mohseny, M.	Communication Needs of Patients with Breast Cancer: A Qualitative Study	2016, Indien, Indian Journal of Palliative Care	Denna studie syftar till att undersöka kvinnors upplevelser med bröstcancer gällande deras kommunikationsbehov	Kvalitativ studie - Konventionell innehållsanalys 20 deltagare - 9 kvinnor med bröstcancer, 6 läkare, 4 onkologisjuksköterskor och 1 vårdare från familjen Dataanalys enligt Graneheim och Lundman - Intervjuer transkriberades och registrerades med MAXQDA 10	Tema: Terapeutisk kommunikation och underlättande av empati Underteman: "förtroendebyggande terapeuter", "Ropar ut för att höras", "Söker en lugnande närvaro", "Delning av kunskap" och "Stödjande vänner"
Seccareccia D., Wentlandt, K., Kevork N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman,	Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study.	2015, Kanada, Journal of Palliative Medicine	Målet var att identifiera kommunikationsinslag som är centrala för vård samt tillfredsställande kvalitet med omsorg på palliativa vårdenheter	Kvalitativa intervjuer med patienter/vårdgivare och fokusgrupper med personal genomfördes på fyra palliativa vårdenheter. 85 deltagare var av	Tema: Lyssna aktivt Tema: Ett säkert utrymme för konversationer om döden och döende Tema: Hålla patienter och familjer informerade Tema: Bygga förhållanden med patienter och familjer

D., & Zimmerman, C.			beskrivet av patienter och hälso- och sjukvårdspersonal	23 patienter med cancer och palliativt vårdbehov Semistrukturerade intervjuer Grundad teori metod	
Cameron, J., & Waterworth, S.	Patients' experiences of ongoing palliative chemotherapy for metastatic colorectal cancer: a qualitative study	2014, Nya Zeeland, International Journal of Palliative Nursing	Denna studie syftade till att utforska patienters erfarenheter av förlängd palliativ kemoterapi för metastatisk kolorektal cancer.	Kvalitativ beskrivande metodik 10 patienter som får palliativ kemoterapi Semistrukturerade intervjuer transkribering av intervjuer ord för ord från den digitala inspelningen	Tema: Betydelsen av relationer
Heins, M., Hofstede, J., Rijken, M., Korevaar, J., Donker, G., Francke, A.	Palliative care for patients with cancer: do patients receive the care they consider	2018, Nederländerna, BMC Palliative Care	Syftet var att studera vilka aspekter av vården, vårdgivare och vårdinstitutioner som patienter anser vara viktiga och om	72 cancerpatienter 87 läkare 26 hemsjukvård sjuksköterskor	Vilka aspekter av vård anser patienterna viktiga? Får patienterna vård som de anser vara viktiga?

	important? A survey study.		patienterna får den vården de anser viktigt	Vikten av stöd när man upplever symtom, respekt för patienternas självständighet och information. Patienter bedömde också om de fick dessa aspekter. Frågeformulär baserades på "CQ-index palliative care" Deskriptiv statistik	Nästan alla patienter värderade aspekter relaterade till information som viktig eller mycket viktigt. 89 % för att ta emot information om den förväntade sjukdomsförloppet
Dale, M. J., Johnston, B.	An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer	2011, Skottland International Journal of Palliative Nursing	Denna studie syftade till att utforska oron hos patienter med lungcancer där operation inte är genomförbar och att tolka denna för att ge kunskap till specialist palliativ vård i vårdpraxis.	6 deltagare, 4 kvinnor 2 män med lungcancer Beskrivande studie som använde kvalitativ metoder Semistrukturerade utforskande intervjuer Tematisk analys av Braun och Clarke 1 av deltagarna var på sjukhus	Tema: Förtroende för vårdpersonal och acceptera och lita på information och råd

Dong, S. T., Butow, P. N., Tong, A., Agar, M., Boyle, F., Foster, B. C., Stockler, M., & Lovell, M. R.	Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study	2016, Australien, Support Cancer Care	Denna studie syftar till att beskriva erfarenheter hos patienter med flera symtom i avancerad cancervård	Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 58 avancerade cancerpatienter (23 "inpatients" och 35 "outpatients")	Tema: Uppskattar medlidande förvaltning
Esteves, A., Roxo, J., & da Conceição Saraiva, M.	The lived experience of people with progressive advanced cancer	2015, Portugal, British Journal of Nursing	Denna studie syftade till att förstå den levda erfarenheten hos patienter med progressiv avancerad onkologisk sjukdom	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer 7 deltagare	Tema: Information om ens hälsa Tema: Stödstrategier av sjuksköterskor
Chacko, R., Anand, J. R., Rajan, A., John, S., & Jeyaseelan, V.	End-of-life care perspectives of patients and health professionals in an Indian health-care setting	2014, Indien, International Journal of Palliative Nursing	Den här beskrivande undersökningen syftade till att undersöka perspektiv både hos patienter med avancerat karcinom och av hälso-och sjukvårdspersonal i ett	Deskriptiv - Kvantitativ 180 deltagare 140 patienter, 40 vårdpersonal Uppgifterna samlades in genom strukturerad intervjuer med	Behov av kommunikation, information Behov av emotionellt och socialt stöd Behov av symtomlindring

			hälsovårdsområde i Indien	patienterna och av självstyrta frågeformulär från sjukvårdspersonal	
Kvåle, K., & Bondevik, M.	What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer	2008, Norge, Scandinavian Journal of Caring sciences	Syftet med denna studie var att få insikt i patienter med cancers uppfattningar. Om vikten av att respekteras som partner och ha kontroll över beslut om åtgärder och hantering av deras hälsoproblem och orsakerna bakom deras önskemål.	Fenomenologisk intervjuteknik 10 män och 10 kvinnor, åldrar 25-80 med cancer som vårdades på palliativ avdelning	Tema: <i>Empowerment</i> , att bli respekterade, få information och värderas
Kirby, E., Lwin, Z., Kenny, K., Broom, A., Birman, H., & Good, P.	“It doesn’t exist...”: negotiating palliative care from a culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective	2018, Australien, BMC Palliative Care	Syftet var att få en kritisk evidensbaserad förståelse över erfarenheter hos patienter med kulturellt och språkligt olika bakgrunder i den palliativa slutenvården på sjukhus	Fenomenologisk intervju med behov av tolk 16 patienter deltog. Alla patienter hade avancerad cancer och vårdades palliativt, 8 vårdades på palliativ avdelning vid intervjutillfället, 8 i hemmet vid intervjutillfället.	Tema: Kommunikation, kultur och smärtbehandling Tema: Kommunikationssvårigheter med vårdpersonal på grund av språkbarriärer när det gällde t.ex. smärtbehandling.

Öhlén, J., Håkansson, C	Meanings and experiential outcomes of bodily care in a specialist palliative context.	2015, Sverige, Palliative and Supportive Care	Syftet var att förstärka redan existerande kunskap om betydelser och erfarenheter kring kroppsvård hos patienter som vårdas på palliativ vårdavdelning	Fenomenologisk intervjuteknik Analys av van Manen 9 deltagare (5 kvinnor och 4 män) med olika typer av cancer	Tema: Kroppslig integritet i bemötandet, tillit, respekt, tillfredsställande av behov. Varierande upplevelser av bemötande vid kroppsvård
----------------------------	---	---	--	---	---