



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Allmänsjuksköterskans palliativa omvårdnadsarbete med cancersjuka patienter

En litteraturstudie

Daniel Montserrat & Joel Ström

Mars 2013

Examensarbete, Grundnivå (högskoleexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Elisabet Eriksson
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva allmänsjuksköterskans palliativa omvårdnadsarbete med cancersjuka patienter.

Metod: Deskriptiv litteraturstudie baserad på 15 artiklar som söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Analysen identifierade fyra huvudkategorier som ligger till grund för resultatet.

Huvudresultat: Att arbeta med palliativ vård är ett arbete som sjuksköterskor anser påverkar patienter inom flera olika aspekter, både fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Ett sätt som sjuksköterskan kan hjälpa patienten är att informera och utbilda patienter vilket har visat ge en viss lindring hos patientens symtom. Sjuksköterskan har även en viktig roll i att koordinera omvårdnadsarbetet och framförallt se till att patienten har det så bra som omständigheterna tillåter. Stöd av erfarna kollegor ansågs vara ett bra hjälpmedel och sambandet mellan erfarenhet och trygghet i yrkesrollen bidrog till en trygghet som förs vidare till patienten.

Slutsats: De viktigaste perspektiven som framkom inom palliativ vård var fysiskt, psykiskt och socialt. Det andliga perspektivet skiljer sig dock från olika kulturer och behöver studeras mer i Sverige för att kunna tillämpa riktlinjer och arbetssätt. Det framkom även att utbildning behövs för att känna sig trygg i sin arbetsroll när sjuksköterskor arbetar med döende människor som vårdas palliativt.

Nyckelord: Cancer/Neoplasm, Palliativ vård, Omvårdnad

Abstract

Aim: The aim of this study was describe nurses' palliative care with patients who suffer from cancer.

Method: Descriptive study based on 15 articles sought in the databases PubMed and Cinahl. The analysis identified four main categories underpinning for the results.

Main result: Working with palliative care is a task that nurses believe affects patients in various aspects, physically, mentally, socially and spiritually. One way that the nurse can help the patients is to inform and educate them, which has been shown to give some relief of the patient's symptoms. The nurse also has an important role in coordinating nursing care and, above all, to ensure that the patient is as comfortable as circumstances permit. The support of experienced colleagues was considered a great tool and the relationship between experience and confidence in the professional role led to a security that is passed on to the patient.

Conclusion: Within palliative care it is revealed that the strongest perspectives were physically, mentally and socially. The spiritual perspective differs from different cultures and needs to be studied more in Sweden to be able to apply guidelines and procedures. It also emerged that education is needed to feel secure in the role as a nurse when working with dying people who are cared for palliative

Keywords: *Cancer/Neoplasms, Palliative Care, Nursing*

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Cancer	1
1.2	Sjuksköterskans ansvar	2
1.3	Livskvalitet	2
1.4	Palliativ vård	3
1.5	Smärtbehandling	3
1.6	Kari Martinsens omvårdnadsteori	3
1.7	Problemformulering	4
1.8	Syfte	4
1.9	Frågeställningar	4
2	Metod	4
2.1	Design	4
2.2	Databaser och sökord	4
2.3	Utfall av sökning	5
2.4	Urvalskriterier	6
2.5	Dataanalys	6
2.6	Forskningsetiska överväganden	7
3	Resultat	7
3.1	Fysiskt perspektiv	7
3.2	Psykiskt perspektiv	8
3.3	Socialt perspektiv	10
3.4	Andligt perspektiv	12
3.5	Kvalitet och granskning av urval och bortfall	13
4	Diskussion	14
4.1	Huvudresultat	14
4.2	Resultatdiskussion	15
4.2.1	Allmänsjuksköterskans palliativa omvårdnadsarbete	15
4.2.2	Kvalitetsdiskussion av metodologiska aspekter	16
4.3	Metoddiskussion	17
4.4	Allmän diskussion	18
4.5	Slutsats	19
	Referenser	20
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	
	Bilaga 3	

1 Introduktion

Cancer är en ledande dödsorsak i världen och står för 7,6 miljoner dödsfall, vilket motsvarar cirka 13 % av alla dödsfall. Lung-, esofagus-, lever-, kolon- och bröstcancer orsakar flest dödsfall av cancer varje år och de vanligaste cancertyperna skiljer sig åt mellan män och kvinnor. I omkring 30 % av dessa dödsfall så beror cancerdiagnosen på fem riskfaktorer: högt Body Mass Index (BMI), låg frukt- och grönsakskonsumtion, brist på fysisk aktivitet, tobaksbruk och alkoholkonsumtion. Antalet döda i cancer i världen förväntas fortsätta att öka. Ökningen uppskattas till 13 100 dödsfall år 2030 utöver de 7,6 miljoner dödsfallen (WHO Globocan 2008).

Tillsammans med hjärt- och kärlsjukdomar är cancer den vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut 2012). År 2011 diagnostiserades 57 726 personer i Sverige med någon form av elakartad cancer. Sjukdomens utbredning har ökat i Sverige de senaste två decennierna då bland annat screening- och diagnostiseringsmöjligheter har ökat, samt att medellivslängden har förlängts vilket resulterar i större risk att drabbas. Könsfördelningen mellan vilka som drabbas av cancer är relativt jämn med 52 % män respektive 48 % kvinnor. De tre vanligaste cancerformerna hos kvinnor i Sverige är bröstcancer, hudcancer och tjocktarmscancer medan de tre vanligaste cancerformerna hos män i Sverige är prostatacancer, hudcancer och tjocktarmscancer (Socialstyrelsen 2012a).

1.1 Cancer

I människokroppen bildas och nedbryts miljoner celler varje minut. Varje cell har en inprogrammerad livslängd och när den nås dör cellen, så kallad apoptos (Johansson et al. 2009). Styrmekanismen för detta är cellens deoxiribonukleinsyra (DNA). Av olika anledningar så kan DNA muteras vilket innebär att arvsanlaget ändras. Normalt upptäcks detta av cellen och felet kan korrigeras. Ibland klarar inte cellen av detta och då går den självmant in i apoptos. I de fallen där cellens DNA inte korrigeras eller att cellen inte klarar av att gå in i apoptos så kommer cellen att fortsätta dela sig okontrollerbart. Dessa celler bildar en svulst som i medicinska sammanhang kallas för tumör (Johansson et al. 2009 & Socialstyrelsen 2009). Tumörer svarar inte på signaler från kroppen och med sin tillväxt skapar de ett tryck mot vävnader i kroppen. Detta tryck kan vara mot nerver vilket ofta ger smärta eller tryck mot blodkärl vilket kan leda till sämre cirkulation till området efter tumören (Ferrell et al. 2008). Cancertumörer delas in i två varianter, godartade som medicinsk kallas för benigt och elakartad som kallas för malignt. Maligna tumörer kan ta sig till intilliggande områden i kroppen. Dessa sekundära tumörer kallas för metastaser. Beroende på vart i kroppen eller på

vilket organ tumören befinner sig i så klassificerades den som olika cancerformer (Johansson et al. 2009 & Socialstyrelsen 2009). Cancerpatienterna kan uppleva symtom som beror på olika faktorer, främst på utveckling av sin cancer och vart i kroppen den finns. De vanligaste erfarna symtomen är trötthet, minnessvårigheter, aptitförlust, brist på livsglädje, smärta, ångest, svårigheter att gå, muntorrhet och depression. Det är inte bara sjukdomen som ger symtom, även behandlingen ger symtom såsom smakbortfall, håravfall, sköra slemhinnor och illamående. Symtomen bidrar till försämrad livskvalitet hos patienterna (Karabulu et al. 2010). Livskvaliteten är viktig för patienterna och bör vara en angelägenhet för alla typer av allmänsjuksköterskor oavsett vart vården sker (King 2006).

1.2 Allmänsjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans arbete är att identifiera, behandla och tillgodose patienternas omvårdnadsbehov. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) beskrivs omvårdnadsarbetet och dess tre huvudsakliga delar. Dessa delar är omvårdnadens teori och praktik, forskning och utveckling samt ledarskap. Omvårdnadens teori och praktik beskriver de praktiska kunskaperna och den teoretiska grunden sjuksköterskan behöver för att förstå och kunna utföra det grundläggande och specifika omvårdnadsarbetet (Socialstyrelsen 2005). Sjuksköterskan arbetar med att främja hälsa och förebygga ohälsa samt att lindra lidandet för patienter. Det är även sjuksköterskans uppgift att behandla patienter med respekt och värdighet oavsett bakgrund, hudfärg, religion, kön, ålder, sjukdom, kultur, politisk åsikt eller social status (International Council of Nurses & Svensk sjuksköterskeförening 2007). Oavsett verksamhet eller vårdformer skall omvårdnaden präglas av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Arbetet ska bygga på teoretiska grunder samt beprövade erfarenheter tillsammans med de författningar, lagar och riktlinjer som gäller. Omvårdnaden skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn samt visa omsorg och respektera patientens autonomi, integritet och värdighet (Socialstyrelsen 2005).

1.3 Livskvalitet

Livskvalitet är ett stort begrepp. Det finns ingen universell, allmänt accepterad definition av livskvalitet men de flesta förklaringar är av samma karaktär. Livskvalitet är subjektiv och förknippas med hälsa men dess innebörd är mycket bredare och flerdimensionell (Miniszewska et al. 2012). Det kan handla om materiella ting och säkerhet som att ha ett arbete, bostad eller trygg ekonomi. Livskvaliteten kan även påverkas av ifall individen är frisk eller sjuk, om denne kan bestämma över sitt eget liv och göra sådant som ger ens tillvaro meningsfullhet (Nationalencyklopedin 2013)

1.4 Palliativ vård

World Health Organization (WHO) sammanfattar palliativ vård som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienter och deras anhöriga som står inför livshotande och obotlig sjukdom genom att förebygga och lindra lidande. Detta genom tidig identifiering av cancer på vårdenheter, korrekt bedömning och adekvat behandling av smärta och andra problem som fysiska, psykiska, sociala och andliga behov (WHO Definition of Palliative Care).

God palliativ vård utgår från fyra hörnstenar: symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation, relation samt stöd till närstående. Allmänsjuksköterskan måste ta hänsyn till alla aspekter för att kunna lindra lidande och öka livskvalitet hos patienten. Detta för att skapa en helhetsbild för den palliativa vården och kunna ge lämplig vård och stöd (Socialstyrelsen 2012b).

1.5 Smärtbehandling

Cancerpatienter som vårdas palliativt är en grupp som ofta har svåra smärtor till skillnad från andra patienter som vårdas palliativt. Smärtintensiteten har individuella variationer samt är beroende på vad för tumör och hur den sitter till i kroppen (Steindal et al. 2011). Opioidbaserade läkemedel som exempelvis Morfin är det främsta använda smärtstillande preparatet i palliativ vård och används i behandlingen hos patienter (Ferrell et al. 2008, Steindal et al. 2011). Administrationssättet varierar men tabletter och injektioner är vanligast mot kronisk cancersmärta som hela tiden ligger i bakgrunden. Intravenös administrering ges oftast vid smärtgenombrott för snabb effekt. I palliativ vård är det oftast ingen återhållsamhet kring mängden opioider som får ges med tanke på att patienten ska vara smärtfri i livets slut (Steindal et al. 2011).

1.6 Kari Martinsens omvårdnadsteori

Kari Martinsens omvårdnadsteori bygger på att människors relationer är ett grundläggande behov. Att vårda någon är i grund en solidarisk handling från sjuksköterskan till patienten och att sjuksköterskan inte i gengäld bör förväntas något, så kallad oegennyttigt ömsesidighet. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete bygger på en grundläggande förståelse för patientens situation och att sjuksköterskan engagerar sig för sin patient. En annan del omvårdnadsteorin tar upp att det inte alltid är möjligt för patienten att återfå samma hälsoläge som innan sjukdomen. Hennes teori riktar sig mot de ”sjuka sjuka”, alltså riktigt dåliga patienter med ibland inget hopp om tillfrisknande, vilket passar in bra på palliativa patienter. Att undvika försämring och få patienten att känna välbefinnande i nuet är viktigt, likaså att ingen patient är lik den andre och kan

kräva helt olika omvårdnadsåtgärder trots lika diagnoser. Martinsen betonar vikten av omsorg, som hon anser är grunden för allt omvårdnadsarbete. Hon påpekar också att omsorg handlar om en förståelse för patienten och dennes erfarenheter som har format dennes liv. Omsorgens slutgiltiga mål är att patienten ska må bättre och uppleva välbefinnande kring sin livssituation (Martinsen 2003).

1.7 Problemformulering

Få studier har studerat palliativ vård som helhet och har ofta specifika områden. Då det kan vara svårt för allmänsjuksköterskan att ta hänsyn till alla perspektiv, så som fysiska, psykiska, sociala och andliga, för att kunna lindra lidande och öka livskvalitet hos patienten så då krävs detta för att skapa en helhetsbild för den palliativa vården av cancerpatienter (Socialstyrelsen 2012b). Författarna till denna studie avser att öka förståelsen och kunskapen hos sjuksköterskor som vårdar cancerpatienter palliativt med målet att öka deras livskvalitet.

1.8 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva allmänsjuksköterskans palliativa omvårdnadsarbete med cancersjuka patienter.

1.9 Frågeställningar

- Hur arbetar sjuksköterskan med cancerpatientens palliativa omvårdnad ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och andligt perspektiv?
- Vilken kvalitet har artiklarna utifrån de metodologiska aspekterna urval och bortfall?

2. Metod

2.1 Design

Arbetet har bearbetas som en deskriptiv litteraturstudie (Olsson & Sörensen 2011).

2.2 Databaser och sökord

Artiklar har sökas i databaserna PubMed och Cinahl med relevanta sökord (Se tabell 1). För att göra sökningen systematisk så har sökord och kombinationer med samma innebörd används i båda databaserna. Mesh-termer användes vid sökningen i databasen Pubmed vilket är en av orsakerna till att sökorden inte är helt lika. Ordet Cancer användes i databasen Cinahl medan Mesh-terminen för samlingsordet cancer är

Neoplasms och har därför använts i databasen Pubmed. Ett annat exempel på olikheter är ordet Oncology som i Mesh-term blev Medical Oncology. Enstaka sökord användes för att undersöka hur stor utbredning dessa sökord gav, vilket resulterade i ett stort antal artiklar. Därav kombinerades ord för att systematiskt smalna av sökträffarna till ett relevant antal artiklar. Kombinationerna utfördes genom att använda den boolenska termen AND mellan sökorden (Forsberg & Wengström 2008). För att få en överblick över hela sökningen se Bilaga 1. Vid sökningar som gav 200 träffar eller mindre så har abstraktet lästs för att se om artiklarna hade möjlighet att svara på studies frågeställningar och syfte. Då en relativt stor sökning utfördes så lästes många abstrakt. De lästa abstrakten uppskattas till över 2500 studier. För att sortera ut relevanta artiklar så har författarna utgått från denna studies inklusions- och exklusionskriterier i sökningen samt att artiklar manuellt togs bort som inte genomgått forskningsetiska överväganden samt fått godkännande av en kommitté eller motsvarande. Många artiklar utgick även från andra yrkesgruppers perspektiv, som läkare och psykiatriker, vilket inte denna studie syftade på, dock så innehöll en studie användbar information om sjuksköterskan vilket fick författarna att välja den. Några artiklar om cancerpatienters perspektiv har även inkluderats då det ansågs relevant för att få en förståelse för hur sjuksköterskan skall jobba med dessa patienter.

2.3 Utfall av sökningen i databaserna Cinahl och Pubmed

I tabell 1 redovisas de sökord, kombinationer och databaser som använts för att hitta de artiklar som denna studies resultat bygger på. För fullständig sökning, se Bilaga 1.

Tabell 1. Databaser och sökord

Databas	Söktermer	Antal träffar	Första urval (exl. dubletter)	Valda källor (exl. dubletter)
Cinahl	“Cancer” AND “Nurse-Patient Relations”	54	7	2
Cinahl	“Nursing” AND “Oncology” AND “Palliative Care”	20	4	2
Cinahl	“Oncology” AND “Patient” AND “Terminal Care”	24	2	1
Cinahl	“Palliative Care” AND “Cancer” AND “Experience”	48	4	1
Cinahl	“Palliative Care” AND “Oncology”	51	7	1
Cinahl	“Terminal Care” AND “Oncology”	19	6	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	90	6	2
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	1	1	1

PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh)	65	5	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	26	3	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	8	3	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	5	1	1
Total				15

2.4 Urvalskriterier

Inklusionskriterierna för detta arbete var att studierna som har bearbetas har ett begränsat tidsspann mellan 2007 - 2012. Åldersintervallet i de inkluderade artiklarna är satt till lägst 19 år och över på deltagare i studierna och valda artiklar skulle vara skrivna på engelska. För att säkerställa den vetenskapliga grund som litteraturstudien bygger på så strävade författarna efter att välja artiklar som var faktamässigt granskade (peer reviewed). Artiklar som inte hade åtkomst i full text via högskolan i Gävle har exkluderats.

2.5 Dataanalys

När de 15 artiklar som resultatet omfattar valts ut så granskades dessa individuellt samt att författarna bearbetade texten som ansågs relevant utifrån syfte och frågeställningar. Fyra kategorier identifierades utifrån frågeställningens fyra perspektiv: fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Författarna diskuterade tillsammans delar av resultatet för att avgöra vilken kategori texten skulle tillhöra. Relevant text i valda artiklar färgkodades in i vald kategori utifrån frågeställningen och översattes. För en övergripande bild av de valda artiklarna, se Bilaga 2.

För att litteraturstudien skall vara tillförlitlig bör artiklar av hög kvalitet användas i resultatet (Forsberg & Wengström 2008). Därav har valda artiklar kvalitetsgranskats utifrån de metodologiska aspekterna urval och bortfall. Artiklarna har delats in i kvalitativa och kvantitativa grupper då de olika aspekterna skiljer sig något och har sedan granskats enligt de riktlinjer som beskrivs av Forsberg & Wengström (2008) och Polit & Beck (2012). För en överblick av artiklarnas metod, se Bilaga 3.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Studierna granskades utifrån deras etiska ställningstagande. Författarna har undersökt om det finns godkännande från en etisk kommitté, antingen från utbildningssätet eller från sjukhuset/enheten. Det författarna har sökt efter är medgivande på något sätt som omnämns i texten samt även hur artikelförfattarna har beskrivit försöksdeltagarnas integritet under själva arbetet. Författarna har även förhållit sig objektiva till litteraturen samt bearbetningen av resultatet och tagit hänsyn till de regler som gäller kring plagiering. Detta enligt de riktlinjer som finns beskrivna av Polit & Beck (2012)

3 Resultat

Palliativ vård är förståelse av att det inte går att bota en sjukdom. Individen skall vårdas så att de kan nå den sista etappen av sitt liv utan lidande och göra det bekvämt så att individen får så bra livskvalitet som möjligt. Palliativ vård bör ges då sjukdomen inte går att behandla och för att individen ska ha en så behaglig tillvaro som möjligt i livets slutskede (Mahon & McAuley 2010). En studie från USA har visat att palliativ vård tidigt i sjukdomsförloppet kan förlänga livet och bidra till mindre intensiv behandling i livets slutskede (Temel et al. 2010).

För att uppnå en god livskvalitet så bör flera aspekter av livet beaktas så som fysiskt, psykiskt, socialt och andligt (Bahrami & Arbon 2012). Inom dessa faller en mängd kategorier in som bör finnas med i åtanke vid palliativ vård som exempelvis hemmamiljö, familj och stöd (O'Baugh et al. 2008). I en studie beskrev sjuksköterskor fem områden som är viktiga i det palliativa omvårdnadsarbetet: undervisning, omsorg, samordning, förespråkande och mobilisering (Pavlish & Ceronsky 2009).

Kunskaper om cancer och dess behandling och goda kliniska färdigheter kan minska lidande och göra att patienter känner sig trygga. Detta genom att ge användbar information och det förebygger biverkningar av behandlingen och symtom av sjukdomen (Kwekkeboom et al. 2010). För överblick över studierna i resultatet, se Bilaga 2.

3.1 Fysiskt perspektiv

För många patienter är okontrollerad smärta en ständig påminnelse om sin cancer. Detta får patienterna att reflektera över sin förväntade död men även behovet av att ta smärtstillande läkemedel gjorde dem oroliga att döden påskyndas. Därför såg patienter ofta morfin och andra smärtstillande läkemedel för svåra smärtor, som en sista utväg. Även tolerans och att bli beroende av läkemedel var oroande för många patienter (Reid et al. 2008). I en studie av Hagelin *et al.* (2007) beskriver sjuksköterskor att ett instrument som mäter livskvalitet var ett bra hjälpmedel för bättre och snabbare

symtomlindring. Det gav en djupare förståelse av patientens lidande och livskvalitet, samt att det hjälper sjuksköterskor att strukturera vårdplaner bättre och snabbare (Hagelin et al. 2007). Inom den palliativa sektorn bör sjuksköterskor ha goda kunskaper om olika strategier för att hantera smärta vilket kan resultera i fler chanser för patienter att uppnå välbefinnande (Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskor som saknade kliniska färdigheter hade en ökad effekt på lidande och osäkerhet under behandlingen (Kvåle & Bondevik 2010).

Från USA kom en studie där patienter med cancer delades in i tre grupper, kontrollgrupp, utbildningsgrupp och coaching-grupp. Patienterna i kontrollgruppen såg en allmän video om cancer och patienterna i utbildningsgruppen hade fått se en video om att hantera cancersmärta som fokuserade på att övervinna attitydmässiga hinder. Patienter som placerats i coaching-gruppen fick se samma video som utbildningsgruppen. Dessutom fick de fyra 30-minuters telefon sessioner som utforskade föreställningar om smärta, användning av analgetika, strategier kring icke farmakologisk smärta samt kommunikation om smärtlindring. Resultatet visar att coaching-gruppen hade lägre smärta vid slutet av studien jämfört med utbildnings- och kontrollgrupperna (Thomas et al. 2012).

Beslut att inleda opioidbehandling grundades i hur allvarligt patienter beskrev smärtan. Patienterna avstod behandling tills smärtan var så svår att de inte längre härdade ut och var tvungna att välja opioidläkemedel. Om biverkningar uppkommer, särskilt neurotoxiska effekter såsom sövande och som ger hallucinationer, bör behandlingen avslutas trots smärtproblematiken (Reid et al. 2008). Om patienter är medvetlösa går det att bedöma livskvaliteten genom att leta efter signaler så som ansiktsuttryck och allmän avkoppling. Till och med dagen innan de dör kan många patienter göra vissa typer av ansiktsuttryck, eller bara klämma handen. Inom palliativ omvårdnad var patienternas behov och välmående högre prioriterade än sjuksköterskornas vardagliga arbetsuppgifter som inte rörde patienternas välbefinnande. Sjuksköterskorna valde därför att patienter hellre fick avstå från behandlingar och undersökningar ifall de inte ville just då. En annan tidpunkt kunde anses vara mer lämplig. Det gällde även att sjuksköterskan tog sig tid till att bedöma patienternas livskvalitet (Bahrami & Arbon 2012).

3.2 Psykiskt perspektiv

Många sjuksköterskor hade egna erfarenheter av att någon nära anhörig avlidit i cancer och det påverkade deras omvårdnadsarbete. Detta ledde till att sjuksköterskorna visade ett engagemang samt ett behov av att ha kontroll på arbetssituationen (Ablett & Jones 2007). Trots detta engagemang så tillämpade många sjuksköterskor kognitiva

copingstrategier både under själva arbetspasset och efter arbetet på (Ablett & Jones 2007, Kwekkeboom et al. 2010). Dessa sjuksköterskor beskrev också att det var viktigt att sätta professionella gränser mellan arbetet med cancerpatienter som vårdas palliativt och sitt eget privatliv. Gränserna fungerade som ett skydd samt att det skapade distans till situationen och det emotionella obehaget (Ablett & Jones 2007). Sjuksköterskor berättade att patienter hade olika attityder gentemot deras sjukdom samt att inställningen till sjukdomen ändras över tid. En del patienter beskrev att en positiv attityd hjälpte till att kämpa mot sjukdomen och gjorde tillvaron dräglig. Vidare beskrev studien att betydande skillnader kunde återfinnas ibland patienternas hälsa, vitalitet och mental hälsa. Studien tittade även på vad en negativ attityd kan leda till. Exempel på det var att bli överväldigad av vad som händer, att patienten ger upp och inte tror på behandlingen, fokuserar på det dåliga i stället för det bra samt att vara tillbakadragen och arg. Många patienter berättade att diagnosen och behandlingen hade gått hårt åt deras liv, att de tappat livsgnistan och glömt bort alla andra saker som är viktiga i livet (O'Baugh et al. 2008). Sjuksköterskor betonade att det inom palliativ vård alltid fanns något som kunde göras för patienten och med sin kunskap och färdigheter hade de goda resurser för att lindra symtom och öka patientens livskvalitet. Allt för att patienten ska få ett bra liv i väntan på döden (Pavlish & Ceronsky 2009).

För att underlätta omvårdnadsarbetet för nya sjuksköterskor så hade erfarna sjuksköterskor i en studie skapat en modell för palliativ vård. Denna modell tillsammans med verbalt stöd från arbetskamrater var till för att göra det lättare för de nya sjuksköterskorna (Beckstrand et al. 2009). Ju mer erfarenhet sjuksköterskan hade desto mer förbättrades sjuksköterskans kunskaper och de lärde sig att uppmärksamma patienters behov bättre för att bedöma deras problem (Pavlish & Ceronsky 2009, Bahrami & Arbon 2012). Sjuksköterskans erfarenhet var en av variablerna som låg till grund för sjuksköterskans förståelse av det livsskvalitetsverktyg som användes i omvårdnadsarbetet (Bahrami & Arbon 2012).

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att vara kvar i relationen och att acceptera relationen med patienten där denne är i sin sjukdom (Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskor med mer klinisk erfarenhet var mer bekväma i deras arbete och de kunde förstå sig på patienternas situation bättre. Sjuksköterskor påpekade att oerfarna sjuksköterskor behövde utbildning och övning för att bättre bemöta cancerpatienter (Bahrami & Arbon 2012). Enlig en studie av Kvåle & Bondevik (2010) nämnde en patient att denne kände sig säker i sjuksköterskornas händer när de visade sig ha bra kompetens (Kvåle & Bondevik 2010). Detaljer från patienten såsom att känna igen en bedjande blick eller känna att personen behöver stöd krävde god uppmärksamhet från sjuksköterskan (Pavlish & Ceronsky 2009). Sjuksköterskor med kunskap om cancer och

dess behandling lindrade lidandet även när patienterna var hemma. Patienterna kunde ringa och få svar på frågor som de hade (Kvåle & Bondevik 2010). I en studie från USA beskrev en sjuksköterska hur de andra kollegorna arbetade hårt för att förbereda patienten, som hade ett komplicerat omvårdnadsbehov, för att återvända hem. För att detta ska vara genomförbart så måste patienterna kunna känna tillit till sjuksköterskorna. Det var som en fridfullhet som sjuksköterskan bringar in i rummet så att denne gav en känsla av att vara där för patienterna (Pavlish & Ceronsky 2009). Det ansågs även vara en självklarhet att patienten skulle få veta sin prognos enligt Boyd *et al.* (2011). I en studie från Australien skrev sjuksköterskorna ner hur cancerpatienterna kände sig, vilka problem de hade, diskuterade deras familj, hur mycket hjälp de har i hemmet och vad de tycker om sin livskvalitet. Ibland behövs det en tillbakablick på vad som är kärnan i problemet så att sjuksköterskorna utför rätt omvårdnadsåtgärd (Bahrami & Arbon 2012).

3.3 Socialt perspektiv

En studie från USA beskrev att många sjuksköterskor ansåg att den viktigaste aspekten av palliativ vård var att lyssna, undersöka vem din patient är, att få patienten att känna sig som en viktig och att inte bara se patienten som en i mängden. Sjuksköterskorna beskrev ofta vikten av att vara tillgänglig och spendera tid med sina patienter och deras familjer (Pavlish & Ceronsky 2009). Det visade sig att spendera mer tid med patienterna kunde gynna situationen (Bahrami & Arbon 2012). Ett instrument som mätte livskvalitet gav en god grund för en diskussion om patienternas livssituation samtidigt som patienterna kände att sjuksköterskorna brydde sig om dem och ville engagera sig i dem (Hagelin *et al.* 2007). Att göra en enstaka livskvalitetsbedömningar ansågs mindre användbart och det var bättre att använda ett verktyg som sträckte sig över tid så att sjuksköterskan kunde se förändringar i livskvaliteten (Bahrami & Arbon 2012). Bättre kunskap om patientens situation ledde till mer riktade omvårdnadsåtgärder (Hagelin *et al.* 2007). Bahrami & Arbon (2012) beskrev i sin studie att ju fler patienter sjuksköterskan träffar och ju fler patienter som sjuksköterskan interagerar med, desto bättre förståelse utvecklar sjuksköterskan för faktorer som kan påverka patientens livskvalitet. Det var även viktigt att veta hur livskvalitet kan ha olika betydelse för olika individer (Bahrami & Arbon 2012). Att vara ärlig och visa respekt var nödvändigt för att få en förtroendefull relation med patienterna och deras familjer (Pavlish & Ceronsky 2009). Tidsbegränsningar var något som sjuksköterskorna ansåg vara ett problem som satte hinder för kommunikationen och det sociala stödet. Sjuksköterskor måste hela tiden tänka på hur de skulle lägga upp sitt arbete för att hinna med denna viktiga del i arbetet (Bahrami & Arbon 2012). Patienter vände sig oftast till sjuksköterskorna efter

information då de kunde förklara vad som händer i patienternas kropp så att de fick en bättre förståelse av sin sjukdom. Patienterna fick även bra förklaringar av sjuksköterskorna till varför de inte kunde ta mer medicin, t.ex. att det kan skada andra organ (Kvåle & Bondevik 2010). Det var vanligare att känna frustration av att inte hinna med snarare än att känna sig stressad (Ablett & Jones 2007). Sjuksköterskorna såg det därför som ett stöd att ha en kontaktperson vald av patienten och familjen som kunde kontaktas vid behov så att de inte behövde lägga någon tid på att ringa alla inblandade (Beckstrand et al. 2009). Andra faktorer som spelade in i hur sjuksköterskorna klarade arbetet var stödjande arbetskamrater, en hanterbar arbetsbelastning med tid att lyssna och prata med patienter och en trivsamt arbetsmiljö (Ablett & Jones 2007).

Sjuksköterskorna hade ett ansvar att vara lyhörda och upptäcka små förändringar i patienters sjukdomstillstånd och deras familjer. Att kunna hjälpa patienter att återansluta med familjemedlemmar ansågs vara en viktig aspekt av palliativ vård. Sjuksköterskor beskrev att de bygger upp relationer mellan patienter och deras familjer. När familjetvister uppstår försöker de skapa en kommunikation genom att hitta en gemensam grund bland familjemedlemmarna (Pavlish & Ceronsky 2009). När patienten sedan avlidit var det viktigt att skapa en lugn omgivning och att låta familjemedlemmarna ha tillräckligt med tid ensam med patienten. Ett användbart stöd var att ha en kurator som en del av teamet. Pavilish & Ceronsky (2009) beskrev att det största hindret inom palliativ omvårdnad var att sjuksköterskor måste ta itu med arga familjemedlemmar som inte alltid kunde acceptera prognosen för patienterna. Restriktiva besökstider var något som sjuksköterskor tyckte var viktigt att tillämpa vid den avdelningen där studien gjordes då det annars inte fanns någon tillgänglig stödperson för familjen såsom en kurator eller religiöst samfund som var knuten till avdelningen (Beckstrand et al. 2009). Sjuksköterskor beskrevs som kontaktpersonen till alla andra hälsovårdstjänster och att vara medveten och målinriktad gynnade den palliativa vården (Pavlish & Ceronsky 2009). Ett teammöte behövdes för att sammanställa bedömningen av patienten tillsammans med alla professioner inblandade i patientens vård (Bahrami & Arbon 2012).

Sjuksköterskor betonade att vara kunniga var ett viktigt ansvar. Till exempel i studien av Pavilish & Ceronsky (2009) kommenterade flera sjuksköterskor om hur de använde sina kunskaper för att informera patienter och anhöriga om risker och fördelar med behandlingsalternativ så att patienterna kände att de gjorde välgrundade beslut. En positiv attityd kom till uttryck hos patienter om de visat följsamhet i behandlingen och tar en viss kontroll över livet genom att delta och göra val i behandlingen (O'Baugh et al. 2008).

3.4 Andligt perspektiv

I en studie från Storbritannien strävade sjuksköterskorna efter att göra skillnad gentemot deras patienter som gavs palliativ vård. Tillsammans med vetskapen om patienternas egen dödlighet och andliga behov så kunde sjuksköterskorna samtala om sin egen andlighet och självkänedom. Vilket visade sig tillgodose behoven hos sjuksköterskornas patienter och även deras familjer (Ablett & Jones 2007).

I situationer ifrån en undersökning från USA kunde det ibland stärka patienter om sjuksköterskan deltog i gemensam bön. Sjuksköterskan var sannolikt mer benägen att spontant delta i ett bönetillfälle med patienten förutsatt att situationen ansågs lämplig. Den vanligaste situationen då ett spontant bönetillfälle gavs så var det om patienten var kvinna, mer spirituell och uttalat religiös. I den undersökningen så var det en minoritet av de undersökta patienterna som indikerade att de aldrig skulle fråga deras sjuksköterska att delta i bön. Av de patienter som däremot efterfrågade bön, berättade patienterna att de upplevde handlingen från sjuksköterskan som ett sätt att visa respekt och att sjuksköterskan brydde sig (Balboni et al. 2011). Det berodde bland annat på patientens andlighet, förhållandet mellan patient och sjuksköterska samt hur bekväm sjuksköterskan känner sig i situationen då spontana tillfällen av bön uppstod. En patient beskrev att det kan bero på sjuksköterskans egen religiositet och dennes trygghet i sin tro som gör det möjligt att väva in religionen i sitt arbete. Fördelarna av att patienten tar initiativ till bön, beskrevs som en positiv faktor mellan sjuksköterskan och patient (Balboni et al. 2011). Bönen ansågs också som en viktig del av den konventionella medicinska behandlingen, som ett annat sätt för personalen att räcka ut en hand till patienten för att visa sitt stöd. En patient i studien beskrev att bönen fick vederbörande att känna som om personalen brydde sig mer samt att patienten fick mer tid för att be. Resultatet av detta är att sjuksköterskan har fått en god kännedom om patienten. En sjuksköterska uttryckte att hon inte ville be med patienten då religion och utövandet av den var något hon ville hålla för sig själv (Balboni et al. 2011). I en undersökning av Balboni *et al.* (2007) hade besöksfrekvensen och effekten av besöket av religiösa ledare studerats. På avdelningen där patienterna befann sig undersöktes hur deras religiösa behov stöddes. Avdelningen där cancerpatienterna låg hade tillgång till ett pastorsteam som kunde rycka in och ge religiöst stöd till patienterna. Trots det så var det representanter av religiösa samfund utanför sjukhuset som besökte patienterna oftast. En del patienter i studien ansåg att de känt sig mindre hjälpt av sitt trossamfund. Av 133 patienter så var det fyra patienter som angav att de inte fick något stöd av besöket och det gjorde de mer nedstämda (Balboni et al. 2007).

3.5 Kvalitet och granskning av urval och bortfall

För överblick av artiklarnas metod, se Bilaga 3. Av de artiklar som resultatet bygger på så var åtta kvalitativa (Ablett & Jones 2007, Bahrami & Arbon 2012, Hagelin et al. 2007, Kvåle & Bondevik 2010, Mahon & McAuley 2010, O'Baugh et al. 2008, Pavlish & Ceronsky 2009, Reid et al. 2008), fem kvantitativa (Balboni et al. 2007, Boyd et al. 2011, Kwekkeboom et al. 2010, Temel et al. 2010, Thomas et al. 2012) och två artiklar var kombinationer av ansatserna (Bahrami & Arbon 2012, Beckstrand et al. 2009). I de kvalitativa studierna så var det vanligast att forskarna använde strategiskt urval där hela fem studier använde denna form av urval (Ablett & Jones 2007, Hagelin et al. 2007, Kvåle & Bondevik 2010, Mahon & McAuley 2010, O'Baugh et al. 2008). Enbart en studie använde sig av snöbollsurval (Bahrami & Arbon 2012) och i två studier framkom det ej vilken urvalsmetod som används (Pavlish & Ceronsky 2009, Reid et al. 2008). I de kvantitativa artiklarna fanns fler skillnader i urvalsmetoderna där två använt sig av ett slumpmässigt urval (Temel et al. 2010, Thomas et al. 2012). Resterande tre artiklar var jämt fördelade inom systematiskt kvoturval (Balboni et al. 2007), bekvämlighets urval (Kwekkeboom et al. 2010) och sist i artikeln skriven av Boyd *et al.* (2011) stod det ej beskrivet. Gällande artiklarna med kombinerad ansats så har båda använt sig av ett slumpmässigt urval (Beckstrand et al. 2009, Balboni et al. 2011).

Artiklar där populationen bestod av personal visade ha ett lägre antal bortfall än studier med patienter, dock gäller inte detta alla. Fem artiklar med sjuksköterskor visade att de inte hade något bortfall (Ablett & Jones 2007, Bahrami & Arbon 2012, Mahon & McAuley 2010, O'Baugh et al. 2008, Pavlish & Ceronsky 2009) och en annan hade exkluderat fyra sjuksköterskor på grund av administrativa arbetsuppgifter. Det framkom inte ifall forskarna till denna studie valt att exkludera dessa utifrån urvalskriterier eller om det är ett aktivt val (Hagelin et al. 2007). En artikel av Boyd *et al.* (2011) hade ett bortfall på 35 av 66 sjuksköterskor vilka valde att avstå från att medverka i studien. I USA genomfördes en studie där 1000 enkäter skickades ut till sjuksköterskor. Resultatet av detta blev 375 användbara svar med ett totalt bortfall på 625 stycken var av 532 gav undermåliga svar och 93 exkluderades (Beckstrand et al. 2009). Balboni *et al.* (2011) utförde en kombinerad studie där forskarna valde att undersöka både patienter och personal. Av de 75 patienter som deltog föll fem stycken bort då de blev för sjuka för att orka fortsätta studien och av de 339 ur personalen så exkluderades åtta stycken då de inte jobbade med patienter som vårdades palliativt. I studier med patienter vad de vanligaste orsakerna till bortfall att de avled eller inte orkade fortsätta. Fyra artiklar beskrev detta där en hade 20 patienter där tre patienter avböjde (Kvåle & Bondevik 2010), en annan hade 47 patienter där 13 inte fullföljde studien (Kwekkeboom et al. 2010), den tredje hade 29 patienter varav sju dog och fyra avböjde fortsatt medverkan

(Reid et al. 2008) och den sista innefattade 151 patienter där 27 avled (Temel et al. 2010). I en studie av Balboni *et al.* (2007) tillfrågades 538 patienter med ett bortfall på 200 av dessa. Vanligaste orsakerna till bortfallet var, inget engagemang (95 st.), inget medgivande av vårdare (27 st.), och ”för upprörda” för att delta (18 st.). Resterande bortfall framgår inte i studien. I en studie från USA hade författarna inkluderat 406 patienter. Med ett bortfall på 117 patienter som inte fullföljde studien återstod 289 stycken vilket ansågs ge ett trovärdigt resultat enligt en statistiker som beräknat att det skulle räcka med 240 patienter för att resultatet skulle vara tillförlitligt (Thomas et al. 2012)

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Att arbeta med palliativ vård är ett arbete som sjuksköterskor ansåg påverka patienter inom flera olika aspekter, både fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Sjuksköterskan hade en viktig roll i att koordinera arbetet mellan olika specialiteter och framförallt se till att patienten hade det så bra som omständigheterna tillåter. Ett bra sätt att bedöma patienternas upplevelser var att använda ett instrument som mätte livskvalitet och gärna samma instrument över ett längre tidsspann. Ett sådant instrument kan ge snabbare symtomkontroll och en bättre förståelse av patientens känslor. Sjuksköterskan kan även hjälpa patienten genom att informera och utbilda patienten om sin sjukdom. Information och utbildning har visat ge en viss lindring hos patienten då den riktats mot symtomkontroll. Vad gällande symtom så ska även läkemedelsbieffekter tas i beräkning och sjuksköterskan bör se till att lindra även dessa. Att arbeta med palliativ vård innebar ofta en stor belastning för sjuksköterskan. För nya sjuksköterskor var detta extra tydligt och stöd av erfarna kollegor ansågs vara ett bra hjälpmedel. Ett samband fanns mellan erfarenhet och trygghet i yrkesrollen vilket bidrog till en trygghet som kan smitta av sig till patienten. Sjuksköterskan bör ha i åtanke att patienten ofta har en anhörigkrets där åtminstone de närmsta bör erbjudas någon form av stöd och information. Patienter i palliativ vård ställs ofta inför frågor som rör döden. Andlighet hör inte till sjuksköterskans huvudsakliga arbetsområde dock uppkom det att religiositet där både patient och sjuksköterska ber tillsammans kan ha positiv inverkan på patientens livskvalitet. Detta var helt beroende på situationen och förhållandet mellan patient och sjuksköterska. Enligt resultatet så beskrev patienter sig mer hjälpta av sina respektive trossamfund.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Sjuksköterskans palliativa omvårdnadsarbete

I resultatet har en studie påvisat att palliativ vård som ges tidigt i sjukdomsförloppet hade en effekt att förlänga livet samt bidrog till en mindre intensiv behandling i livets slutskede (Temel et al. 2010). Dock så finns det oenigheter i en litteratur studie skriven av Pastrana *et al.* (2008) där vissa författare menade att palliativ vård skall ges tidigt under någon livsbegränsande sjukdom, redan vid tidpunkten för diagnos eller parallellt med kurativ behandling. De andra författarna ansåg att palliativ vård endast bör övervägas att ges då botande behandling inte längre är möjligt eller i livets slutskede. Dock kom de överens om att fördelarna med en introduktion av palliativ vård tidigare i sjukdomsförloppet är att fler patienter kan få tillgång till symtomlindring och stöd och att övergången från kurativ vård till palliativ vård skulle bli bättre (Pastrana et al. 2008). Författarna ansågs att palliativ vård ger en bättre behandling när det inte finns mer att göra. Dock så ansågs ordet palliativ något som uppfattas som skrämmande för patienter och författarna till denna studie ansåg att patienter upplevde detta som ett besked om att sjukdomen vunnit och att det inte finns mer att göra, att de förknippar ordet med döden. Detta styrks av en studie från USA där författarna påpekade att för många patienter var cancer och palliativ vård synonymt med döden och att denna rädsla var en rationell reaktion (Penson et al. 2005).

Smärta har stor inverkan på patienters livskvalitet. Därför krävs en god smärthanteringsteknik av sjuksköterskor för att patienterna skall uppnå så god livskvalitet som möjligt (Hagelin et al. 2007, Reid et al. 2008, Pavlish & Ceronky 2009). Kari Martinsen beskriver i sin omvårdnadsteori att omsorgens slutgiltiga mål är att patienten ska må bättre och uppleva välbefinnande kring sin livssituation (Martinsen 2003) vilket kan kopplas med smärtlindring hos denna patientgrupp.

I resultatet framkom att opioidbaserade läkemedel var de vanligast använda vid svår cancersmärta. Behandlingen bör dock avbrytas om patienten får allvarliga biverkningar som påverkar livskvaliteten (Reid et al. 2008). Enligt författarna Ferrell *et al.* (2008) nämnde även de att opioider är det vanligaste preparatet vad gällande smärtlindring hos cancer patienter. Författarna tog även upp mer grundligt att det finns olika typer av opioider så att byten mellan olika sorter kan göras för att se vilka preparat patienten svarar bäst på (Ferrell et al. 2008).

Utifrån resultatet kunde det skönjas att för en snabb och säker bedömning av hur patienten mår så var ett instrument för att mäta livskvalitet mycket användbart. Det har visat både ge snabbare symtomlindring samt förståelse för patientens livskvalitet och lidande (Hagelin et al. 2007). Författarnas reflektioner kring användandet av detta instrument var att det ger sjuksköterskan ett verktyg för att bedöma och inte bara gå på

egen intuition. Det kan vara svårt för nya sjuksköterskor att göra en sådan bedömning på enbart intuition med risker för att patienten ska lida. Det har även beskrivits i en studie från Singapore att förbättrad livskvalitet och arbetet fram till det ger allmänsjuksköterskan tillfälle och tid för att kommunicera med patienten och få en bättre uppfattning av patientens situation (Tay et al. 2012).

Kommunikation var även något som sjuksköterskor i resultatet påvisar vara en av de viktigaste aspekterna inom palliativ vård genom att lyssna på och utforska vem patienten är för att denne skall känna sig som en viktig person och inte bara en i mängden. Det var även viktigt att vara lyhörd för förändringar i patientens situation (Pavlish & Ceronsky 2009). Även Kari Martinsen beskriver i sin omvårdnadsteori att sjuksköterskans omvårdnadsarbete bygger på en grundläggande förståelse för patientens situation och att sjuksköterskan engagerar sig för sin patient (Martinsen 2003). Detta styrks i en studie från Brasilien där sjuksköterskor ansåg att kommunikationen med patienter var viktigt samt att tolka signaler från både patienter och anhöriga (Trovo de Araujo & Paes da Silva 2004).

I livets slutskede är det inte ovanligt att patienterna ställs inför existentiella frågor som rör livet och döden. Detta gäller även sjuksköterskan som vårdar den patienten palliativt (Christopher 2010). I USA kunde sjuksköterskor be tillsammans med patienterna. Något som enligt de tillfrågade patienterna inte gav någon större välbefinnande (Balboni et al. 2011). Nu var detta en studie från USA där synen på religion skiljer sig lite från Sverige. Frågeställningar kring livet och döden ur en existentiell synvinkel är inte, som tidigare nämnt, sjuksköterskans område så att rådgöra med professionell representant från ett trossamfund som patienten är med i kan bidra till patientens välbefinnande.

4.2.2 Kvalitetsdiskussion av metodologiska aspekter

I de kvalitativa studierna så var det vanligast att forskarna använde strategiskt urval. Denna urvalsmetod används för att rekrytera informanter som har stor chans att svara på syftet och frågeställningarna samt att uppfylla specifika inklusions- och exklusionskriterier för att sätta gränser till vilka som får delta i studien och varför (Forsberg & Wengström 2008, Polit & Beck 2012). Författarna till dessa studier rekryterade sjuksköterskor som aktivt jobbade med cancerpatienter samt patienter som vårdades palliativt på grund av vissa obotliga cancerformer vilket ansågs som ytterst relevanta informanter till dessa studier. En studie använde sig av snöbollsurval vilket används för att hitta deltagare genom att fråga tidigare deltagare efter andra individer som har kunskaper om ämnet (Forsberg & Wengström 2008, Polit & Beck 2012). Detta ansågs enligt författarna till denna litteraturstudie vara ett bra sätt att hitta tillförlitlig kunskap att använda i sina studier då informanter inom ett yrkesområde har mycket

kontakter med andra inom samma yrkesgenre.

I de kvantitativa studierna så var slumpmässigt urval den vanligaste urvalsmetoden. Grundprincipen för denna metod är att alla individer inom en population ska ha samma möjlighet att bli utvald (Forsberg & Wengström 2008). Författarna till denna litteraturstudie ansåg att då alla informanter har samma chans att få delta så värnar det om tillförlitlighet till studiens resultat och valet framkom som objektivt. Även artiklarna med kombinerad ansats använde sig av slumpmässigt urval. Resterande artiklar där urvalsmetod inte framkom ansågs vara av sämre kvalitet sett från metoden. Dock går det inte att svara på ifall detta har påverkat dessa studiers resultat då de bör ha använt någon form av urvalsmetod för att rekrytera deltagare, de har inte beskrivits.

I en studie tillfrågades 538 patienter med ett bortfall på 200 av dessa. Vanligaste orsakerna till bortfallet var oengagerade (95 st.), inget medgivande av vårdare (27 st.), och ”för upprörda” (18 st.). Författarna anser att detta är rimliga förklaringar till att avstå studien då patienter ofta inte har så mycket tid kvar i livet. Stress att behöva medverka kan även det påverka livskvaliteten vilket inte alls är meningen med en vetenskaplig studie. I en studie från USA hade författarna inkluderat 406 patienter. Med ett bortfall på 117 patienter som inte fullföljde studien återstod 289 stycken vilket ansågs ge ett trovärdigt resultat enligt en statistiker som beräknat att det skulle räcka med 240 patienter för att resultatet skulle vara tillförlitligt. Detta anses som ett mycket bra argument till att studien uppfyller kvalitetskrav gällande bortfall.

4.3 Metoddiskussion

Författarna till denna studie valde att göra en litteraturstudie då det fanns mycket forskat på området samt att det är ett känsligt ämne att göra empiriska studier på. Fördelen var även att etiska överväganden redan gjorts samt att ett godkännande från en etisk kommitté har erhållits i de valda artiklarna. Sökningar av artiklar utfördes i två databaser vilket resulterade i ett stort antal träffar. Författarna ansåg att sökorden var relevanta då nyckelord och Mesh-termer användes. Däremot så anser de att begränsningarna kunde ha varit något tydligare för att få ett mer tillförlitligt resultat samt färre sökträffar. Det författarna lade märke till under arbetets gång var att det andliga perspektivet inte var välrepresenterat i vald litteratur. Detta beror på att sökdata baserna som användes huvudsakligen innehöll omvårdnadsforskning. Hade författarna valt en databas med inriktning mot religion och sjukvård så hade resultatet förmodligen varit annorlunda. I arbetet har artiklar med patienters synsätt tagits med. Anledningen till detta är att sjuksköterskan som arbetar i vården gör det för sina patienter, så då fann författarna det naturligt att se vad patienterna ansåg om sjuksköterskornas omvårdnadsarbete. Genom att ta med detta perspektiv så anser

författarna att resultatet stärks då hela bilden av sjuksköterska- patient relationen uppmärksammades och inte bara sjuksköterskans perspektiv. Författarna har även använt sig av en artikel vars population bestod av patienter, sjuksköterskor samt läkare. Då läkare inte ingick i studien så sågs detta som en svaghet i resultatet men artikeln inkluderades då läkarna i studien var en minoritet samt att artiklar som belyste det andliga perspektivet var ytterst få och svåra att hitta. Något som författarna däremot ansåg stärka resultatet var att det fanns en bra blandningar av ansatser i artiklarna vilket ansågs skapa ett bra underlag. Då alla artiklar innefattar studier från höginkomstländer är det svårt att veta hur resultatet kan anpassas till låginkomstländerna i världen. Författarna ansåg även att andlighet skiljer sig från olika kulturer vilket resulterar i att mer forskning behövs bedrivs i Sverige för att bilda en uppfattning. För att granska kvaliteten på studierna så har de metodologiska aspekter såsom urval och bortfall granskats enligt Forsberg & Wengström (2008).

4.4 Allmädiskussion

Att vårda en människa som befinner sig i livets slut är en uppgift som ställer krav på sjuksköterskan kunskaper och bemötande. För sjuksköterskan gäller det att lindra besvären hos dessa patienter och det kan göras på många olika sätt. Ett exempel är att patienten lär sig copingstrategier för att lindra fysiska symtom som ett komplement till den konventionella medicineringen. En osäker sjuksköterska, har resultatet visat, smittar av sig sin osäkerhet till patienten vilket kan då förstärka patientens fysiska och psykiska symtom. En erfaren och lugn sjuksköterska kunde däremot genom sitt lugn, i viss mån lindra patienten fysiska och psykiska symtom. Utifrån denna uppsats så ansågs att mer utbildning både på grundnivå och på avancerad nivå för sjuksköterskor inom ämnet ger en bättre vård för cancerpatienter som vårdas palliativt. Även en grundlig inlärningsperiod för alla nya sjuksköterskor på palliativa vårdavdelningar bör ges. Patienter som får palliativ vård förekommer inom många av sjukvårdens delar så chansen att stöta på en sådan patient är stor. Att som sjuksköterska då kunna möta dessa patienter och kunna förstå sig på deras situation kräver kunskap, ett professionellt förhållningssätt och empati för att kunna ge stöd och lindring av lidandet. Patienter inom palliativ vård är ingen stor grupp i samhället men det är en viktig grupp att ta hand om både för de patienter som är i behov av palliativ vård men också som en viktig samhällsfunktion. Att alla människor i samhället vet om att om de blir dödligt sjuka så finns det en trygghet i en god fungerande palliativ vård. De olika perspektiven som finns beskrivna i uppsatsen är tänkt att ge en god översikt över åtgärdsområden för sjuksköterskan. Andlighet var dock ett område som var mindre utforskat i författarnas artikelunderlag. Exakt varför vet inte författarna, dock i grundutbildningen får

sjuksköterskestudenter lära sig att ta hänsyn till patienters eventuella religiösa önskemål kring döden. Däremot hur sjuksköterskan ska kunna ge stöd utifrån religiösa aspekter var mindre beskrivet i artikelunderlaget. I klinisk verksamhet brukar patienter hänvisas till religiösa ledare, såsom präster eller motsvarande, när ett andligt stöd behövs. Att kunskap kring olika religioners syn på döden och lidandet bör tas upp mer i grundutbildning och även på arbetsplatser är ett steg att ta för att uppnå en bättre palliativ vård. I resultatet framkom det att livskvalitetsinstrument ansågs vara ett användbart verktyg i palliativ vård för att bedöma och snabbt kunna sätta in omvårdnadsåtgärder. I den här studien har författarna valt att inte gå in på vilka instrument som används då det låg utanför arbetets syfte. Dock nämns instrument som mäter livskvalitet i ett antal av artiklarna som används som underlag för just denna uppsats och författarna ansåg att inkludera begreppet livskvalitet eftersom det är centralt för att bedöma omvårdnadsåtgärder hos patienter som vårdas palliativt. Resultatet pekar på att om det finns ett livskvalitetsinstrument inom verksamheten så bör detta användas. Författarna till denna studie anser att palliativ vård är ett viktigt område som kommer att öka i takt med en högre medelålder hos befolkningen. Detta gäller i Sverige men också internationellt. I takt med det så bör också kunskapen hos vården förbättras för att kunna hantera denna patientökning. Att studera på hur ett livskvalitetinstrument ska fungera och vad det ska mäta är viktigt då författarna sett i studier att dessa verktyg ger snabb identifiering och snabb åtgärd. Detta är önskvärt då sjuksköterskan arbetar med sjuka människor och speciellt med döende människor. Under arbetet med uppsatsen har författarna lagt märke till att ingen artikel har liknande upplägg och indelning av aspekter kring det palliativa vårdandet av cancerpatienter. Ofta var det fokus på enstaka faktorer i dessa patienters liv som studerades och inte hela bilden som togs med. Dock så påpekar flera artiklar att ett holistiskt synsätt skall tillämpas på patienter som vårdas palliativt oavsett vilken sjukdomsbild de har. Att författarna inte fann något kan bero på att litteratursökningen i sig var smal och specifik på området och inte tog med ett holistiskt synsätt. Ett bredare holistiskt perspektiv hos cancerpatienter och palliativ vård anser författarna att det bör forskas mer om i framtiden. Palliativ vård handlar inte bara om symtomlindring och innebär inte bara att ge medicin utan så mycket mer och det bekräftar den här uppsatsen.

4.5 Slutsats

Inom palliativ vård så framkom att de starkaste perspektiven var fysiskt, psykiskt och socialt. Det andliga perspektivet skiljer sig dock från olika kulturer och behöver studeras mer i Sverige för att kunna tillämpa riktlinjer och arbetssätt. Det framkom även att utbildning behövs för att känna sig trygg i sin arbetsroll när sjuksköterskor arbetar med döende människor som vårdas palliativt.

Referenslista

(Artiklar som tillhör resultatet är markerade med *)

- * Ablett J.R. & Jones R.S. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-oncology* **16**(8), 733-740.

- *Bahrami M. & Arbon P. (2012) How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings? *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* **16**(3), 212-219.

- *Balboni M.J., Babar A., Dillinger J., Phelps A.C., George E., Block S.D., Kachnic L., Hunt J., Peteet J., Prigerson H.G., VanderWeele T.J. & Balboni T.A. (2011) "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *Journal of pain and symptom management* **41**(5), 836-847.

- *Balboni T.A., Vanderwerker L.C., Block S.D., Paulk M.E., Lathan C.S., Peteet J.R. & Prigerson, H.G. (2007) Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* **25**(5), 555-560.

- *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.

- *Boyd D., Merkh K., Rutledge D.N. & Randall V. (2011) Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. *Oncology nursing forum* **38**(3), E229-39.

- Christopher S.A. (2010) The relationship between nurses' religiosity and willingness to let patients control the conversation about end-of-life care. *Patient education and counseling* **78**(2), 250-255.

- International Council of Nurses & Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskefören., Stockholm, pp. 15.

- Ferrell B., Levy M.H. & Paice J. (2008) Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. *Clinical journal of oncology nursing* **12**(4), 575-581.

- Forsberg C. & Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur, Stockholm, pp. 215.

- *Hagelin C.L., Wengstrom Y., Tishelman C. & Furst C.J. (2007) Nurses' experiences of clinical use of a quality of life instrument in palliative care. *Contemporary nurse* **27**(1), 29-38.

- Johansson E., Cancerfonden & Socialstyrelsen (2009) *Cancer i siffror 2009*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 60.

- Karabulu N., Erci B., Ozer N. & Ozdemir S. (2010) Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of advanced nursing* **66**(5), 1011-1021.
- King C.R. (2006) Advances in how clinical nurses can evaluate and improve quality of life for individuals with cancer. *Oncology nursing forum* **33**(1 Suppl), 5-12.
- *Kvåle K. & Bondevik M. (2010) Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology nursing forum* **37**(4), 436-442.
- *Kwekkeboom K.L., Abbott-Anderson K. & Wanta B. (2010) Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology nursing forum* **37**(3), E151-9.
- *Mahon M.M. & McAuley W.J. (2010) Oncology nurses' personal understandings about palliative care. *Oncology nursing forum* **37**(3), E141-50.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Universitetsforl., Oslo, pp. 278.
- Miniszewska J., Chodkiewicz J. & Zalewska-Janowska A. (2012) Quality of life in health and disease--what is it, how and why evaluate it. *Przegląd lekarski* **69**(6), 253-259.
- Nationalencyklopedin. Livskvalité. Tillgänglig: <http://www.ne.se/enkel/livskvalitet> [2013-03-05]
- *O'Baugh J., Wilkes L.M., Luke S. & George A. (2008) Positive attitude in cancer: the nurse's perspective. *International journal of nursing practice* **14**(2), 109-114.
- Olsson H. & Sörensen S. (2011) *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber, Stockholm, pp. 328.
- Pastrana T., Junger S., Ostgathe C., Elsner F. & Radbruch L. (2008) A matter of definition--key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine* **22**(3), 222-232.
- *Pavlish C. & Ceronsky L. (2009) Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical journal of oncology nursing* **13**(4), 404-412.
- Penson R.T., Partridge R.A., Shah M.A., Giansiracusa D., Chabner B.A. & Lynch T.J., Jr (2005) Fear of death. *The oncologist* **10**(2), 160-169.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp. 802.
- *Reid C.M., Goberman-Hill R. & Hanks G.W. (2008) Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO* **19**(1), 44-48.

- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 17.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 450.
- Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2012) *Folkhälsan i Sverige*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 93.
- Socialstyrelsen. Cancerregistret (2012a) *Cancer incidence in Sweden 2011*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 114.
- Socialstyrelsen (2012b) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård: vägledning, nationella riktlinjer och indikationer: preliminär version*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp. 79.
- Steindal S.A., Bredal I.S., Sorbye L.W. & Lerdal A. (2011) Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **25**(4), 771-779.
- Tay L.H., Ang E. & Hegney D. (2012) Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing* **21**(17-18), 2647-2658.
- *Temel J.S., Greer J.A., Muzikansky A., Gallagher E.R., Admane S., Jackson V.A., Dahlin C.M., Blinderman C.D., Jacobsen J., Pirl W.F., Billings J.A. & Lynch T.J. (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine* **363**(8), 733-742.
- *Thomas M.L., Elliott J.E., Rao S.M., Fahey K.F., Paul S.M. & Miaskowski C. (2012) A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology nursing forum* **39**(1), 39-49.
- 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**(2), 143-149.
- World Health Organization. Definition of Palliative Care. Tillgänglig: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [2013-03-05]
- World Health Organization. Globocan 2008. Tillgänglig: <http://globocan.iarc.fr/> [2013-03-05]

Bilaga 1. Sammanställning av total databassökning

Databas	Söktermer	Antal träffar	Första urval (exl. dubletter)	Valda källor (exl. dubletter)
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh)	441	-	-
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	90	6	2
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	13	1	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	158	7	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patient Care Team”(Mesh)	52	0	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh)	1189	-	-
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh)	933	-	-
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh)	14	2	0
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	2	0	0
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	11	1	0
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Patient Care Team”(Mesh)	5	4	0
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh)	20	3	0
PubMed	“Medical Oncology”(Mesh) AND “Patients”(Mesh)	20	1	0
PubMed	Neoplasms AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	5	0	0

PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	1	1	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh)	65	5	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) “Patient Care Team”(Mesh)	5	1	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Palliative Care”(Mesh) AND “Patients”(Mesh)	17	0	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	1	0	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	13	2	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Patient Care Team”(Mesh)	5	1	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Patients”(Mesh)	238	-	-
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Quality of Life”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	26	3	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Nursing”(Mesh)	23	1	0
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Terminal Care”(Mesh)	8	3	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Nurse-Patient Relations”(Mesh)	5	1	1
PubMed	“Neoplasms”(Mesh) AND “Patients”(Mesh) AND “Patient Care Team”(Mesh)	3	0	0
Cinahl	“Cancer” AND “Nurse-Patient Relations”	54	7	2
Cinahl	“Cancer” AND “Palliative Care” AND “Nursing”	56	3	0

Cinahl	"Nursing" AND "Oncology" AND "Palliative Care"	20	4	2
Cinahl	"Nursing" AND "Terminal Care"	116	1	0
Cinahl	"Oncology" AND "Patients" AND "Terminal Care"	24	2	1
Cinahl	"Palliative Care" AND "Cancer" AND "Experience"	48	4	1
Cinahl	"Palliative Care" AND "Nursing"	157	3	0
Cinahl	"Palliative Care" AND "Oncology"	51	7	1
Cinahl	"Terminal Care" AND "Nurse-Patient Relations" AND "Cancer"	5	2	0
Cinahl	"Terminal Care" AND "Oncology"	19	6	1
Cinahl	"Terminal Care" AND "Quality of Life"	98	2	0
Cinahl	"Cancer" AND "Terminal Care"	128	0	0
Cinahl	"Palliative Care" AND "Nurse-Patient Relations"	16	0	
Cinahl	"Terminal Care" AND "Nurse-Patient Relations"	10	0	0
Cinahl	"Nurse-Patient Relations" AND "Oncology"	28	0	0
Cinahl	"Cancer" AND "Palliative Care" AND "Nurse-Patient Relations"	5	0	0
Cinahl	"Cancer" AND "Palliative Care" AND "Oncology"	40		
Cinahl	"Oncology" AND "Patients" AND "Palliative Care"	24	0	0
Cinahl	"Nursing" AND "Patients" AND "Palliative Care"	69		
Cinahl	"Cancer" AND "Patients" AND "Palliative Care"	144	7	0
Total		4445	91	15

Bilaga 2. Sammanställning av artiklarnas huvudresultat

Kategori	Titel	Syfte	Huvudresultat
Psykiskt, Socialt & Andligt	Resilience and Well-being in Palliative Care Staff: a Qualitative Study of Hospice Nurses' Experience of Work.	Beskriva sjuksköterskor inom hospice verksamhet och deras arbete för att kunna förstå faktorerna som hjälper att skapa motståndskraft samt att mildra stress på arbetsplatsen	I studien återfinns ett antal olika faktorer hos sjuksköterskorna. En del faktorer relaterades bland annat till sjuksköterskans engagemangsnivå och arbetsglädje.
Övergripande, Fysiskt, Psykiskt & Socialt	How do Nurses Assess Quality of Life of Cancer Patients in Oncology Ward and Palliative Settings?	Att undersöka hur sjuksköterskor bedömer livskvaliteten hos cancerpatienter på onkologi avdelningar och palliativa arbetsområden	Resultaten av forskningsstudien stödde i allmänhet uppfattningen av att sjuksköterskor främst läste av patienternas signaler som ett sätt att bedöma livskvalitet när de kommunicerade med patienter.
Andligt	"It depends": Viewpoints of patients, Physicians and Nurses on Patient-practitioner Prayer in the Setting of Advanced Cancer	Att informera börens roll vid livshotande cancersjukdom med hjälp av en mixad kvalitativ-quantitativ metod. Arbetet beskriver patienters och sjuksköterskors syn på lämpligheten av "klinisk bön"	De svårast sjuka cancerpatienterna och en majoritet av personalen uttryckte att gemensam bön med patienten ibland ansågs lämpligt. Av de patienter som frågade personalen om gemensam bön ansåg större delen av deltagarna detta som ett bra andligt stöd.
Andligt	Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life	Att undersöka religion och andligt stöd hos svårt sjuka cancerpatienter med olika etniska bakgrunder samt dess betydelse för livskvaliteten, behandlingen och för att främja vårdplanering.	De flesta (88 %) av studiepopulationen ansåg att religionen var ganska viktigt. Nästan hälften (47 %) uppgav att deras andliga behov fick minimalt eller inte alls stöd av en religiös gemenskap, och 72 % rapporterade att deras andliga behov stöddes minimalt eller inte alls av det medicinska systemet. Andligt stöd av religiösa samfund eller medicinska system var associerade med patienternas livskvalitet. Religion och tro var signifikant associerade med viljan till alla åtgärder för att förlänga livet.

Psykiskt & Socialt	Oncology Nurses Perceptions of Obstacles and Supportive Behavior at the End of Life	Att kartlägga förekomsten samt vilka typer av hinder och stödjande åtgärder som finns i palliativ vård hos patienter med cancer. Sett ur onkologi sjuksköterskans synsätt	Palliativ omvårdnad kan förbättras genom att arbeta med att minska de svårast skattade hindrena och att samtidigt förstärka de stödjande åtgärderna hos patienten. Dessa hinder var att handskas med arga familjemedlemmar, att anhöriga inte kunde acceptera den dåliga prognosen och att sjuksköterskor blev iväg kallade för att ta hand om andra patienter. De stödjande åtgärder var att låta anhöriga tillbringa rimligt med tid hos patienterna då de avlidit, att ha en kurator och ett palliativt ombud som en del av arbetsteamet och att få anhöriga att acceptera att patienten är döende.
Psykiskt	Nurses Perceptions and Experiences with End-of-Life Communication and Care.	Att beskriva onkologisjuksköterskans attityd gentemot omvårdnad hos patienter med palliativa behov. Artikeln undersöker palliativa patienter, diskussioner på hospice med patienten och dess familj samt användandet för palliativa omvårdnadsprinciper.	Missade möjligheter kan reflektera sjuksköterskans attityd till arbetet. Dålig acceptans från patienter och familjemedlemmar visade sig vara den vanligaste barriären och den viktigaste att överkomma för att uppnå bra hospicevård.
Fysiskt & Socialt	Nurses' Experience of Clinical Use of a Quality of Life Instrument in Palliative Care	Att utforska vårdpersonalens perspektiv när det gäller deras systematiska utvärderingar med livskvalitet instrument i palliativ vård	Sjuksköterskor beskrev positiva egenskaper i att använda livskvalitet instrumentet relaterat till hur det stödde sin yrkesroll, underlättade terapeutiska kontakten med patienter och när det gäller resultaten av dess användning. Klinisk användning av livskvalitet verktyg kan underlättas genom att betona sin roll som en första bedömning, erkännande och stöd.

Övergripande, Fysiskt, Psykiskt & Socialt	Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and its Treatment for Quality Nursing Care.	Att ge insikt i hur och varför patienters syn av sjuksköterskors kunskaper om cancer och dess behandlingar relaterar till kvalitativ omvårdnad	Patienterna uppskattade möten med sjuksköterskor som hade klinisk erfarenhet och som kunde kombinera klinisk och biologisk kunskap samt omvårdnads kunskaper med en medmänsklig känsla. Detta lindrade patientens kroppsliga och existentiella lidande samt gjorde att de kände sig mer avslappnade.
Psykiskt	Feasibility of a Patient-controlled Cognitive Behavioral Intervention for Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance in Cancer.	En patientkontrollerad studie riktad mot kognitiva beteende strategier mot smärta, utmatthet och sömnstörningar under behandling av svår cancer. Samt att bedöma effektiviteten hos kognitiv beteendeterapi för att kontrollera symtom	Majoriteten av deltagarna uppgav att de gillade genomförandet av studien, att de hade lärt sig något användbart samt att symtomen förbättrades.
Övergripande, Psykiskt & Socialt	Oncology Nurses' Personal Understanding About Palliative Care	Att undersöka hur onkologisjuksköterskor definiera palliativ vård, åsikter om vem som bör och inte bör vårdas palliativt, beslutsfattande samt inklusive vem som bör involveras och hur beslut ska hanteras	Sjuksköterskors uppfattningar om palliativ vård fokuserar på symtom hantering. De flesta såg ingen skillnad mellan palliativ vård och hospice och trodde att endast patienter som var nära slutet av livet skulle få palliativ vård. De visade att deras roll i beslut om palliativ vård var begränsad och indirekt.
Övergripande, Psykiskt & Socialt	Positive Attitude in Cancer: The Nurse's Perspective	Att undersöka innebörden av "positiv attityd" hos en grupp onkologisjuksköterskor	Sjuksköterskorna uppfattade hopp och positiv attityd som liknande och använde tre breda teman för att beskriva denna mångfacetterade konstruktion: acceptans, kämparanda och se det från den ljusa sidan. Sjuksköterskor uppfattas ha ett stort inflytande på den positiva attityden av cancer patienten. De kände sig skyldiga att stödja och uppmuntra patienterna och att upprätthålla en känsla av positivitet utifrån patientens värderingar och övertygelser.
Övergripande, Fysiskt, Psykiskt & Socialt	Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care	Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors perspektiv på palliativ vård genom en deskriptiv analys av deltagarnas beskrivningar av livserfarenheter	Resultaten visade fem primära omvårdnadsområden: undervisning, omsorg, samordning, förespråkande, och mobilisering. I alla fem områden beskrevs sju professionella attribut: klinisk kompetens, ärlighet, familj, lyhörd uppmärksamhet, närvaro, samarbete och medvetenhet. Det föreslås integrera palliativa normer i rollerna och utveckling samt arbete med ett specialiserat palliativt team.

Fysiskt	Opioid Analgesics for Cancer Pain: Symptom Control for the Living or Comfort for the Dying? A Qualitative Study to Investigate the Factors Influencing the Decision to Accept Morphine for Pain Caused by Cancer.	Artikeln utforskar faktorer som påverkar valet att acceptera eller avvisa opioid hos patienter.	Kategorier som omgärdade påbörjandet av opioidbehandling var förväntan inför döden, morfin som en ”sista utväg”, den professionella sjuksköterskans roll och ”inget val än att ta emot” behandlingen. Patienter avvisade opioid som medicinsk behandling av smärta och förbättring av livskvalitet på grund av att de såg behandlingen som en komfort för de döende. Dock var opioid mer acceptabelt om sjuksköterskan hade tillit till preparatet och behandlade bieffekterna.
Övergripande	Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer	Att undersöka effekten av att införa palliativ vård tidigt hos uppegående patienter med nydiagnostiserad sjukdom	Patienter som tidigt tilldelades palliativ vård fick en bättre livskvalitet än de som tilldelades standard vård. Dessutom så hade färre patienter i gruppen som tilldelades palliativ vård än i standardbehandlings-gruppen depressiva symtom. Patienterna i den tidiga palliativa vårdgruppen fick även mindre intensiv behandling vid livets slut och median överlevnaden vart längre.
Fysiskt	A Randomized, Clinical Trial of Education or Motivational-Interviewing-Based Coaching Compared to Usual Care to Improve Cancer Pain Management	Att testa effektiviteten hos två åtgärder jämfört med sedvanlig vård för att minska attitydmässiga hinder för smärtlindring, minska smärtintensitet och förbättra funktionell status och livskvalitet	Attitydmässiga barriären förändrades inte över tid mellan grupperna. Patienter som randomiserats till stöd gruppen rapporterade signifikant förbättring i sina bedömningar av smärtrelaterade funktions störningar, samt allmän hälsa, vitalitet och mental hälsa.

Bilaga 3. Sammanställning av artiklarnas metoder

Författare År Land	Design & Ansats	Urval & Under- sökningssgrupp	Data- insamlings- metod	Dataanalys
J. R. Ablett & R. S. P. Jones 2007 Storbritannien	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Strategiskt urval: 10 st. sjuksköterskor inom palliativ omvårdnad Bortfall: Ingen	Semi- strukturerade intervjuer som bygger på riktlinjer av J A Smith 1995	Fenomenologisk analysmetod enligt J A Smith & M Osborn 2003
M. Bahrami & P. Arbon 2012 Australien	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Snöbollsurval: 10 st. sjuksköterskor inom palliativ omvårdnad Bortfall: Ingen	Semi- strukturerade intervjuer	Grounded theory analysmetod enligt M Annells 2003
M. J. Balboni et al. 2011 USA	Kombinerad kvalitativ, kvantitativ ansats Tvärsnitts undersökning	Slumpmässigt urval: 75 patienter, 339 personal Bortfall: 5 patienter och 8 personal	Blandad metod. Semi- strukturerade intervjuer där deltagarna fick svara i en skala för att sedan beskriva hur de tänkte.	Grounded theory analysmetod enligt J M Corbin & A L Strauss 2008 Chi-2-test
T. A. Balboni et al. 2007 USA	Kvantitativ ansats Deskriptiv design	Systematiskt kvoturval: 538 cancerpatienter Bortfall: 200 patienter. 95 st. var inte intresserade att medverka, 27 st. fick inte medgivande av vårdare, 18 st. var ”för upprörda” är de som framkommer från studien. Resterande bortfall nämns inte.	Intervjuer i enkätform	McNemar´s test linear regression , multivariate analysis, logistic regression

R. L. Beckstrand, J. Moore, L. Callister, E. Bond 2009 USA	Kombinerad kvalitativ, kvantitativ ansats Tvärsnitts undersökning	Slumpmässigt urval: 1000 utskick till sjuksköterskor, 375 användbara svar. Bortfall: 93 st. exkluderades. 532 gav undermåliga svar och exkluderades	Enkät undersökning. 68 frågors formulär (50 Likert-type skalor, 4 öppna frågor samt 14 demografiska frågor) där personal fick självskatta svaren.	Innehållsanalys (enligt vem framkommer ej). Vad gällande dataanalysen på den kvantitativa delen så presenteras inget
D. Boyd, K. Merkh, D. N. Rutledge & V. Randall 2011 USA	Kvantitativ ansats Deskriptiv, Correlational design	Vilken urvalsstrategi framkommer ej. ca 66 sjuksköterskor blev tillfrågade Bortfall: 35 sjuksköterskor valde att avstå	Enkät undersökning med både öppna och slutna frågor	Pearson correlations coefficient
C. Lund Hagelin, Y. Wengström, C. Tishelman, C. John Fürst. 2007 Sverige	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Strategiskt urval: 36 sjuksköterskor från en avdelning Bortfall: 4 st. ur personalen pga. administrativa arbetsuppgifter och studien var ute efter sjuksköterskor med patientkontakt.	Enkät undersökning bestående av 6 frågor som deltagarna fick svara på med egna ord	Dataanalys inspirerad av Reimer Kirkland & O'Flynn-Magee's 2004 samt manifest innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman 2004
K. Kvåle & M. Bondevik. 2010 Norge	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Strategiskt urval: Patienter från en onkologiavdelning, 10 män och 10 kvinnor. Bortfall: 3 patienter avböjde intervjun.	Djupgående intervjuer.	Enligt Giorgi's 1985 step-by-step ansats till fenomenologi
K. L. Kwekkeboom, K. Abbot-Andersson & B. Wanta 2010 USA	Kvantitativ ansats En-grupps pretest posttest design	Bekvämlighets urval: 47 st cancerpatienter Bortfall: 13 patienter fullföljde inte studien av olika skäl	Demografisk enkät & diagram översyns formulär	Wilcoxon signed rank
M. M. Mahon & W. J. McAuley. 2010 USA	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Strategiskt urval: 12 Sjuksköterskor som fanns med i ett onkologisjuksköterskeregister Bortfall: ingen	Intervjuer med en guide för intervjuaren.	Grounded theory enligt A Strauss & J Corbin 1998

J. O'Baugh, L. M. Wilkes, S. Luke & A. George 2008 Australia	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Strategiskt urval: 8 st sjuksköterskor Bortfall: ingen	Ostrukturerade intervjuer	Etnografisk analysmetod, enligt vem angavs inte.
C. Pavlish & L. Ceronsky 2009 USA	Kvalitativ ansats Deskriptiv design	Urval framkommer ej: 33 cancer sjuksköterskor Bortfall: ingen	semistrukturerade intervjuer	Narrativ innehållsanalys enligt A Lieblich, R Tuval-Mashiach & T Zilber 1998
C. M. Reid, R. Gooberman-Hill, G. W. Hanks. 2008 Storbritannien	Kvalitativ ansats Deskriptiv, Komparativ design.	Urval framkommer ej: 29 patienter Bortfall: 7 patienter dog och 4 avböjde	Djupgående intervju.	Konstant komparativ metodanalys enligt B G Glaser 1965
J. S. Temel et al. 2010 USA	Kvantitativ ansats Deskriptiv och Komparativ design	Slumpmässigt urval: 151 lung- cancer patienter Bortfall: 27 patienter dog innan studien slutade	Patienterna vart regelbundet granskade enligt Funtional Assessment of Cancer Therapy- Lung skalan och Hospital Anxiety and Depression Scale skalan under 12 veckor.	Fisher's exact test, Chi-2-test samt Student's t-test
M. Laudron Thomas, J. E. Elliott, S. M. Rao, K. F. Fahey, S. M. Paul & C. Miaskowski 2012 USA	Kvantitativ ansats Design framkom ej	Slumpmässigt urval: 406 patienter föll in i inklusionskriterierna Bortfall: 117 patienter fullföljde inte studien. (Dock så räckte det med minst 240 patienter för att få ett trovärdigt svar och 286 st. fullföljde hela studien)	Flera enkätundersökningar	Analysis of variance och Chi-2-test