

När beskedet är cancer

- en litteraturöversikt med fokus på patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter

FÖRFATTARE	Louise Andersson Linda Carlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250, Examensarbete i omvårdnad VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Jakobsson
EXAMINATOR	Annika Janson Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Tack till alla som gett oss stöd och uppmuntran under resans gång.

Vårt varmaste tack till Eva Jakobsson – vår handledare och inspirationskälla. Tack för Ditt engagemang och Din stora kunskap. Dina synpunkter har varit mycket värdefulla.

Tack till vår examinator Annika Janson Fagring för Din granskning och Dina uppmuntrande ord.

Tack till oss själva för gott samarbete fyllt av glädje och entusiasm.

Göteborg, maj 2010

Louise Andersson och Linda Carlsson

Till minne av
vår vän och klasskamrat

Veronika Reiterer

1975-2009

En glädjespridare fylld av liv och styrka,
på väg att bli en strålande sjuksköterska.

Du fattas oss.

To be ill is to be lonely
and to be unable to assuage or even communicate
the basic core of one's loneliness.
It is to try to reach out to others and to fail.
It is to try to communicate "how it is" or "how it feels",
and to realize how little others grasp,
and how inadequate words really are.

To be ill is to be afraid.
It is to fear the known and the unknown,
to fear the present and the future.
It is to experience the profound fear
that one does not have a future.
It is to fear that one will be proved incapable of coping
with the present and all its trails...

To be ill and in pain is to believe
that everyone without pain must be happy
or at least content.

Joyce Travelbee, 1971

Titel (svensk):	När beskedet är cancer – en litteraturöversikt med fokus på patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter
Titel (engelsk):	When the news is cancer – a literature review with focus on patients' and nurses' experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng / OM5250 / Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Louise Andersson Linda Carlsson
Handledare:	Eva Jakobsson
Examinator:	Annika Janson Fagring

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Ett stort antal personer drabbas varje år av cancer. Det finns riktlinjer för hur besked om cancer ges, dock saknas empirisk evidens kring patienters behov. Cancerbeskedet kan komma som en chock och skapa en krisreaktion hos patienten då livsvärlden förändras och ett lidande uppstår. Lidandet beskrivs som en ofrånkomlig del i livet, dock finns det onödigt lidande, i form av vårdlidande, som bör undvikas. Viktiga faktorer i sjuksköterskans omsorg om den lidande patienten är att visa medkänsla, kompetens, förtroende, samvete och engagemang samt skapa en vårdande relation. **Syfte.** Syftet har varit att kartlägga patienters upplevelser, erfarenheter och behov i samband med cancerbesked samt sjuksköterskors upplevelser, erfarenheter och funktion när cancerbesked ges i vården. **Metod.** Metoden litteraturöversikt användes och genom en systematisk litteratursökning erhöles kvalitativa och kvantitativa artiklar som granskades. **Resultat.** Patienter värdesätter närvaron av en familjemedlem högt när besked om cancer ges samt att få personligt anpassad information. Förberedelse inför beskedet och tid i olika avseenden var en viktig aspekt för patienterna som också värderar alla former av stöd högt. Resultatet visade även att sjuksköterskor har en viktig funktion i processen när besked ges. Sjuksköterskorna kände frustration när patienterna inte respekterades. Det emotionella stödet var viktigt för sjuksköterskorna och genom närvaro skapades vårdande relationer. **Diskussion.** Patienter har behov av trygghet, relation och känsla av sammanhang i den kaosartade situation de befinner sig i. Sjuksköterskorna önskar ge god omsorg om patienten och relationen till patienten skulle kunna stärkas genom att sjuksköterskan fick en mer aktiv funktion när besked om cancer ges. Sjuksköterskor visade sig vara en betydande informationskälla för patienten dock önskade sjuksköterskorna ökade kunskaper i kommunikationsförmåga. **Slutsats.** För att en vårdande relation ska uppnås behövs trygghet, kontinuitet och förtroende vilket sammantaget kan leda till lindrat lidande för patienten.

Key words: *Cancer diagnosis, disclosure, caring relationship, communication, holistic nursing.*

INNEHÅLL	
INTRODUKTION	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Cancerdiagnosen	1
<i>Cancer – etiologi och epidemiologi</i>	1
<i>Riktlinjer för att ge besked om cancer</i>	2
Patienten	3
<i>Kris och kristeorier</i>	3
<i>Lidande</i>	4
Vårdandet	5
<i>Caring – aspekter av omsorg</i>	5
<i>Kommunikation, relation och delaktighet</i>	6
Problemformulering	7
SYFTE	8
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
ANALYS	10
RESULTAT	11
PATIENTERS UPPELVELSER, ERFARENHETER OCH BEHOV I SAMBAND MED CANCERBESKED	11
Patienters tillfredsställelse av given information och dess innehåll	11
Patienters förståelse för innebörden av cancerbesked	13
Betydelsen av sammanhang och aspekten av tid när besked om cancer ges	13
Patienters behov, förväntningar och upplevda erfarenheter av stöd i samband med cancerbesked	14
SJUKSKÖTERSORS UPPELVELSER, ERFARENHETER OCH FUNKTION I VÅRDEN I SAMBAND MED CANCERBESKED	15
Sjuksköterskors funktion och känslomässiga reaktion	15
Sjuksköterskors upplevelse av relation och närvaro i mötet med patienter	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	19
Slutsats	22
<i>Implikationer för kliniskt vårdarbete</i>	23
REFERENSER	25
BILAGOR	
1. ARTIKELPRESENTATION	

INTRODUKTION

INLEDNING

Var tionde minut tar livet en dramatisk vändning för en person i Sverige. Var tionde minut ges ett cancerbesked som förändrar livet. Sex personer i timmen, 141 personer varje dag och över 51000 personer varje år får diagnosen cancer (Socialstyrelsen, 2010). Cancer associeras ofta med smärta, lidande och död. Även om många cancerformer idag inte behöver leda till döden, är upplevelsen av att ha varit drabbad av cancer något som patienten bär med sig resten av livet.

Vår erfarenhet säger oss att patienter oavsett kön eller ålder upplever brister i vården i samband med att de fått besked om cancerdiagnos. Situationen när cancerbeskedet ges, kan ha stor negativ inverkan på patienten. Vi har erfarit att patienter uppvisar och uttrycker frustration, förlorad trygghet, ensamhet och avsaknad av hopp inför framtiden när situationen då beskedet gavs upplevdes som otillfredsställande och bristfällig. Vi ser det som problematiskt att patienter visar uttryck för att de inte får tillräckligt med stöd i dessa situationer. Sjuksköterskan har därmed en viktig uppgift i att stödja patienten genom detta skede i livet. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att arbeta utifrån ett holistiskt förhållningssätt med en humanistisk människosyn där patientens kunskap tillvaratas, behov tillgodoses samt delaktighet främjas. Sjuksköterskan har även till uppgift att ”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta” (Socialstyrelsen, 2005).

BAKGRUND

Nedan presenteras information om cancerdiagnosen. Det ges en definition av begreppet cancer, samt fakta och förekomst av cancer. Därefter följer en presentation av de riktlinjer som finns för att ge besked om cancer. Att få besked om cancer har stor påverkan på patienten och i följande avsnitt presenteras relevanta kristeorier och begreppet lidande med grund i Travelbees omvårdnadsteori. Därpå följer ett avsnitt om vårdandet med grund i perspektiv av omsorg och presentation av begrepp som är av vikt för vårdandet.

Cancerdiagnosen

Cancer – etiologi och epidemiologi

Cancer definieras som ”en gemensam term för elakartade tumörer som har förmåga att självständigt växa och sprida sig i kroppen och som utan behandling oftast leder till döden”. Tumör är en term som står för förändring och svullnad. En tumör kan vara benign, godartad eller malign, elakartad. En benign tumör har till skillnad från den maligna ingen förmåga att sprida sig, metastasera. Neoplas, vilket är ett annat begrepp för cancer, definieras som nybildning av vävnad samt tumörbildning (Lindskog, 2008). Flera olika faktorer påverkar uppkomsten av cancer. Genetiska faktorer, i form av så kallade onkgener, stör den normala celledelningsprocessen och mutationer uppstår som bildar maligna tumörceller. Autonoma tillväxtfaktorer gör att tumörcellernas tillväxtmönster skiljer sig från den normala cellens. Mutationerna

överförs från tumörcellen till dess dotterceller. Cancercellerna saknar naturlig celldöd, apoptos, och deras tillväxt främjas genom kärlnybildning, angiogenes. Cancern har även en förmåga till spridning, metastasering. Cancerns spridningssätt delas in i olika stadier, med början i stadium 0, där ingen spridning finns och cancer är lokalt begränsad. Följande stadier, I-IV, är en gradering av tumörens spridning till omgivande vävnad och organ (Lindskog, 2008; Friberg & Ernberg, 2008).

Den maligna tumörens benämning sker utifrån vilken vävnad den utgår från, exempelvis leukemi, som utgår från blodet och lymfom, som utgår från lymfatisk vävnad. Karcinom, som benämns cancer, utgår från epitelvävnad så som körtelepitel som återfinns i bröstkörtlar och prostata (Ericson & Ericson, 2008).

Tabell 1: Incidens – antal nya cancerfall per år i Sverige. Diagnos: samtliga tumörer oavsett tumörtyper. Åldersgrupp: 0-85+ (Socialstyrelsen, 2010).

	1970	1980	1990	2000	2008
Män	14094	17685	19983	23625	26664
Kvinnor	14410	17322	20704	22309	24864
Totalt	28504	35007	40687	45934	51528

Tabell 2: Prevalens – antal cancerfall per 100 000 invånare i Sverige. Diagnos: samtliga tumörer oavsett tumörtyper. Åldersgrupp: 0-85+ (Socialstyrelsen, 2010).

	1970	1980	1990	2000	2008
Män	350,93	429,49	472,63	538,59	581,70
Kvinnor	357,87	413,14	478,07	497,34	536,35
Totalt	708,80	842,63	950,70	1030,93	1118,05

År 2008 diagnostiserades över 51000 nya fall av cancer i Sverige. Statistiken tyder på en stadig ökning av incidensen, antalet nya fall, de senaste decennierna (se Tabell 1). Generellt är cancer något vanligare hos män än hos kvinnor. Även prevalensen, antalet cancerfall per 100 000 invånare i Sverige, har ökat de senaste årtiondena (se Tabell 2) (Socialstyrelsen, 2010). Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män, medan kvinnor främst diagnostiseras med bröstcancer. Av alla cancerdiagnoser utgör prostata- och bröstcancer över 30 % av fallen. Hudcancer, tjocktarmscancer och lungcancer är andra vanliga cancerformer (Talbäck, Hakulinen & Stenbeck, 2008).

Riktlinjer för att ge besked om cancer

Internationellt och historiskt sett har det inte varit en självklarhet att patienten får veta sin diagnos. Sanningen undanhölls i tron om att det skonade patienten. Detta synsätt förekom även i Sverige och västvärlden fram till de senaste decennierna. Ordet cancer användes sällan av läkaren, istället användes eufemismer såsom inflammation och cellförändring. Däremot fick anhöriga ofta full information. Internationellt sett förekommer detta fortfarande idag (Bolund, 2008).

Litteraturen som beskriver fenomenet att ge besked om cancer, från 1970-talet fram till mitten av 1990-talet, grundar sig till stor del på personliga uppfattningar, brev, reviewartiklar och beskrivande artiklar utan vetenskaplig grund (Girgis & Sanson-Fisher, 1998). Det som saknats i litteraturen och forskningen har till stor del varit

empiriska studier om patientens uppfattning, upplevelser och behov (Baile, Buckman, Lenzi, Gloyer, Beale & Kudeleka, 2000).

Under 1990-talet uppmärksammades behov av riktlinjer för vårdpersonal i Australien. Riktlinjer som ansågs vara användbara trots bristen på empirisk evidens utarbetades. Dessa riktlinjer består av 15 principer som behandlar faktorer såsom vem som ska ge information och vad informationen ska innehålla. Även faktorer som tid, plats och vilka andra personer som ska närvara tas upp, samt kulturella och språkliga skillnader. Riktlinjerna innehåller även 12 specifika steg som fokuserar på anpassning av tid, förståelse, sammanhang, rak och ärlig information, prognos, känslor och delaktighet i vården (Girgis & Sanson-Fisher, 1998).

En annan modell för samtal där besked ges är SPIKES som bygger på studier i kommunikation, psykologi och patientperspektiv. SPIKES är en akronym som bildats av begynnelsebokstäverna i orden Setting (omgivning, miljö), Perception (uppfattning), Invitation (bjuda in till delaktighet), Knowledge (kunskap och information), Emotions (känslor) samt Strategy and Summary (framtidspanering). Syftet med SPIKES var att utforma ett verktyg som på ett effektivt sätt kan hjälpa läkaren bemöta och stödja patienten i samtalet om diagnos. Fyra grundläggande mål med samtalet identifieras, vilka syftar till att läkaren skall få grundläggande och nödvändig information om patienten för att kunna utläsa dennes behov och förutsättningar. Dessa mål uppnås genom att följa de sex stegen i SPIKES-modellen som behandlar samtalskontext, patientens perception, förberedelse inför samtalet, kunskap och information, patientens känslor samt strategier för framtiden (Baile et al, 2000).

Patienten

Kris och kristeorier

Ordet kris kommer från det grekiska ordet krisis och har som betydelse en avgörande vändning, plötslig förändring eller rubbning (Cullberg, 2006). Detta kan leda till att man förlorar mening och sammanhang. Den värld man lever i blir plötsligt oförutsägbar och mindre trygg (Eide & Eide, 2009). En krissituation kan vara en naturlig del av utvecklingen som vid en livskris men också vara en traumatisk kris som beror på yttre omständigheter, exempelvis en nära anhörig som hastigt går bort, kronisk sjukdom eller våldshandlingar. Ordet trauma kommer ifrån grekiskan och betyder sår eller skada. En traumatisk kris innebär att den som drabbas under en kortare eller längre tid är konstant påverkad av den, inte bara av en uttalad skada utan även ett hot om skada som exempelvis vid sjukdom (Cullberg, 2006; Eide & Eide, 2009).

Den första reaktionen på en traumatisk kris är ofta förnekelse och kan ses som ett tillfälligt chocktillstånd. En patient som får veta att han eller hon har cancer reagerar ofta med att tränga undan känslor och tankar (Eide & Eide, 2009; Kübler-Ross, 1969). Förnekelse förekommer inte bara i det inledande skedet utan kan återkomma intermitterande under sjukdomsförloppet. Förnekandet framkommer tydligare hos patienter som är oförberedda, informeras för tidigt eller saknar relation till läkaren (Kübler-Ross, 1969). Chockfasen innebär att den som drabbats håller verkligheten på

avstånd då det inte finns några förutsättningar att ta in det som hänt. Patienten kan verka samlad och lugn men under ytan döljer sig ett inre kaos. Tidsuppfattningen kan förändras, och patienten kan uppleva en känsla av överklighet. Förmågan att bedöma och tänka är nedsatt. Information och upplysningar som ges i anslutning till det trauma som patienten upplever riskerar att glömmas bort. Då patienten ofta har svårt att återge vad som sagts och gjorts kan förvirring uppstå och upprepning av information kan vara nödvändig. Patientens problemlösningsförmåga är oftast nedsatt och de kan behöva mycket praktisk hjälp (Cullberg, 2006; Eide & Eide, 2009).

Reaktionsfasen utgör tillsammans med chockfasen det som kan kallas den akuta krisen och börjar i det skede där den drabbade öppnar ögonen inför det som har hänt eller kanske kommer att hända. Patienter med allvarliga, livshotande sjukdomar kan uppleva att känslan av chock kan vara långvarig (Eide & Eide, 2009). Försvarsmekanismer börjar ta form i personens försök att finna mening. Känslor och tankar släpps fria och kan resultera i olika reaktioner. Exempel på sådana mekanismer är regression, förnekelse, projektion, rationalisering, isolering av sina känslor och sin person samt undertryckande av känslor (Cullberg 2006; Eide & Eide, 2009). Kübler-Ross (1969) beskriver även stadier av vrede, köpsläende och depression innan patienten når stadiet av accepterande.

De allra flesta traumatiska händelser innebär inte en enskild företeelse utan en serie av flera. Vid upptäckt och diagnostisering av cancer är det första beskedet bara början av en rad traumatiska upplevelser som följer i sjukdomsförloppetets spår. Dessa ytterliggare händelser kan både intensifiera och förstärka det grundläggande traumat. Det finns hos människor en grundläggande rädsla av att bli berövad trygghet och självklarhet i tillvaron. För många människor bidrar den traumatiska krisen till att man tappar förtroendet för tillvaron och dess ordning, förnuft och mening och kan ses som ett direkt resultat av en förändrad och skakad livsvärld (Cullberg, 2006).

Lidande

Eriksson (1994) beskriver lidandet som ett döende, en sorg över det som förlorats eller det man är på väg att förlora. Ofta saknas det ett språk för att uttrycka lidandet, vilket leder till att lidandet tar sig individuella uttryck i form av exempelvis smärta eller ångest, vilket ses som mer hanterbart.

Lidandet betonas särskilt av Travelbee (i Rooke, 1995; Öhlén, 2001) som menar att all omvårdnad inte har som mål att uppnå hälsa. Det grundläggande målet med omvårdnad är att förebygga, stödja, finna mening och hantera lidandet. Som motpol beskrivs begreppet hopp, det hopp som patienten har på förändring (Rooke, 1995; Öhlén, 2001). Vidare anser Travelbee (i Kirkevold, 2000; Öhlén, 2001) att lidandet är en allmänmänsklig erfarenhet, en del av livet som är ofrånkomlig i den mänskliga existensen, men att det också är en subjektiv upplevelse och ett unikt fenomen. Att finna mening i de olika aspekterna i livet såsom sjukdom och lidande ger en möjlighet till utveckling och bemästring av lidandet (Kirkevold, 2000; Öhlén, 2001). Den förmåga en person har att utstå eller ta sig igenom lidandet beror på vilken betydelse man sätter till lidandet som begrepp (Öhlén, 2001).

Eriksson (1994) har identifierat tre kategorier av lidande som förekommer i vården; sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande. Sjukdomslidandet upplevs av patienten i förhållande till sjukdom och behandling, som kroppslig smärta eller själsligt och andligt lidande. Livslidandet uppstår i samband med en plötslig förändring av livssituationen. Det innebär ett hot mot ens existens och är ett lidande som är relaterat till livet och att vara människa. Det är ett stort lidande att känna att man ska dö, eller att känna en uppgivenhet inför en hopplös situation. Vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till vården och innebär en kränkning av patientens värdighet. Vårdlidande upplevs när patienten blir nonchalerad eller straffad samt när maktutövning sker. Även utebliven vård innebär en kränkning som leder till vårdlidande. Vårdlidandet är ett onödigt lidande som i möjligaste mån skall undvikas. God vård och en etisk medvetenhet är viktig i sammanhanget.

Vårdandet

Caring – aspekter av omsorg

Caring, att ha omsorg, innebär att vara närvarande, skapa mening och ordning i livet samt att skapa kvalitet i relationer där tillväxt, mognad och utveckling tillåts. Omsorg och vårdande relationer är en nödvändighet för mänsklig utveckling (Roach, 1992). Att ha omsorg om en annan individ beskrivs som att hjälpa den andre att växa och förverkliga sig själv, samt att ha tålmod att låta processen ske i den andres takt (Mayeroff, 1990). Omsorg beskrivs som ett mänskligt sätt att vara. Det innebär att vara medmänsklig och ha omsorg om en annan människa utan skyldighet (Roach, 1991; Roach, 1992). När vi slutar visa omsorg, slutar vi även att vara mänskliga. Roach beskriver även en paradox inom vårdandet, att bristen på omsorg upplevs tydligare än närvaron av omsorg (Roach, 1991).

Roach (1992) har utvecklat modellen *The FIVE C's* som beskriver vad vårdandet innebär, vad sjuksköterskan gör när hon vårdar. *The FIVE C's* är Compassion, Competence, Confidence, Conscience och Commitment.

Compassion (medkänsla, medlidande) kommer från latinet och betyder att lida med. Det innebär en känslighet för andras smärta och att kunna dela människors rädsla och ångest. Det står även för ett sätt att leva där man är medveten om relationen med alla levande varelser, man lever i solidaritet och delar såväl positiva som negativa känslor. Medkänsla är en nödvändighet för det vårdande samtalet. Att visa medkänsla innebär dock inte att visa ömkan (Roach, 1992). Roach beskriver även att medkänsla är oberoende av klass och social status, utan grundar sig i sjuksköterskans känsla av att patienten är i behov av en medmänniska (Roach, 1991). Eriksson (1994) beskriver medlidande som att ha mod att ta ansvar eller offra något för patienten.

Competence (kompetens, skicklighet) innebär att ha kunskap, omdöme, erfarenhet och motivation för att kunna arbeta professionellt. Omsorg på en professionell nivå kräver kompetens, men kompetens som används på fel sätt kan bli ett hot mot omsorgen, om det sker i form av maktmissbruk och manipulation (Roach, 1992). Det krävs kunskap och förståelse för den andres behov för att kunna ge rätt åtgärder. Omsorg innefattar explicit och implicit kunskap, direkt och indirekt kunskap samt att

veta *att* och veta *hur*. De olika formerna av kunskap i vårdandet hjälper patienten att växa och utvecklas (Mayeroff, 1990).

Confidence (förtroende, tillit) definieras som en kvalitet som leder till tillitsfulla relationer, något som är nödvändigt för vårdandet. Missledande handlingar och information skadar patientens förtroende och även yrkesutövarens integritet. Medvetet missledande är motsatsen till omsorg. Förtroendefull omsorg skapar däremot respektfulla relationer (Roach, 1992).

Conscience (samvete) står för en moralisk medvetenhet och är något som växer fram genom erfarenhet där man värderar sig själv och andra. Genom samvetet personifieras de moraliska skyldigheterna (Roach, 1992).

Commitment (engagemang, åtagande) ses som ett komplext känslomässigt svar på relationen mellan personens önsknings och skyldigheter. Engagemang beskrivs som väsentligt för omsorg men är en utmaning när man i situationer slits mellan vad man vill göra och vad man bör göra (Roach, 1992). Engagemanget grundar sig i upplevelsen av att den andre är värdefull (Mayeroff, 1990).

Omsorgsprocessen karaktäriseras av att vara närvarande, att vara med den andre personen i dennes värld. Det krävs förståelse för den andres värld, att kunna leva sig in i den, för att kunna ge omsorg. För att utveckling ska kunna ske krävs kontinuitet och mod att möta det okända. Det finns behov av en öppenhet i relationen för att kunna vara närvarande för varandra (Mayeroff, 1990).

Kommunikation, relation och delaktighet

Kommunikation är en social aktivitet som är central och nödvändig i omvårdnaden och kan definieras som ett ömsesidigt utbyte av något. Kommunikation står dels för det som uttrycks verbalt, dels för kroppsspråket. Samtal ses som en symmetrisk relation där deltagarna i varje samtal har syften och förväntningar. Varje deltagare har även tysta samtal inom sig vid varje talat samtal. Hur samtal genomförs och utförs handlar om bemötande. Bemötande i vården involverar människovärde och människosyn; information och korrekta besked samt respekt, värme och engagemang. Bemötandet kan vara avgörande för hur kvaliteten i vården uppfattas (Baggens & Sandén, 2009; Fossum, 2007).

Empati, yrkeskunskap och målorientering beskrivs som tre viktiga förutsättningar för god professionell kommunikation och omvårdnad. I den goda professionella omvårdnadsrelationen krävs empati, förmåga att lyssna och förstå patientens känslor och reaktioner samt förmåga att kommunicera medkänsla och förståelse. Omvårdnadsprofessionalitet består även av yrkeskunskap. Goda kunskaper gör det lättare att sätta sig in i patientens situation och kunna svara på patientens frågor. Målorientering, som är den tredje förutsättningen för professionell kommunikation, innebär att kommunikationen ska styras av sjuksköterskeprofessionens mål, att ge god omvårdnad. Patienten ska vara delaktig för att få goda resultat (Eide & Eide, 2009). Har man som sjuksköterska erfarenhet och kunskap kring lidandet, döden och ensamheten har man en bättre förutsättning och förmåga att bemöta de svåra frågor som man kan ställas inför i omvårdnaden. Sjuksköterskan har som uppgift att hjälpa

patienten att bygga upp en ny struktur inför framtiden och att lyfta fram de möjligheter som finns, även om de kan verka små och obetydliga (Rooke, 1995).

Travelbee (i Eide & Eide, 2009; Rooke, 1995) menar att kommunikation är ett medel för omvårdnadens egentliga syfte som i sin tur kan beskrivas som att hjälpa en individ att bemästra eller undvika sjukdom och lidande och slutligen finna mening. Kommunikation är centralt i Travelbees syn på omvårdnadsprocessen. I praktiken innebär detta att kunna läsa av vad patienter ger uttryck för och vad det kan ha för innebörd. Att ha ett reflektivt och medvetet förhållande till patientens beteende, sin egen reaktion och de omvårdnadsaktiviteter som behövs för att uppnå tillfredsställelse (Eide & Eide, 2009; Rooke, 1995).

Genom en mellanmänsklig relation kan lindrat lidande uppnås. Denna relation byggs upp under en pågående process och det är sjuksköterskans ansvar att relationen etableras och upprätthålls. En grundläggande princip är att relationen är ömsesidig och att båda aktörerna i relationen tar hänsyn till varandras mänsklighet. Travelbee har identifierat flera interaktionsfaser som leder fram till det slutgiltiga målet, en allmänmänsklig relation. I det första mötet är aktörerna främmande för varandra och som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse för att kunna se individen som unik. Efterhand avslöjas individernas identiteter och en relation kan utvecklas. Empati innebär att kunna förstå den andres upplevelse och leder till sympati där sjuksköterskan tar del av patientens lidande för att kunna ge lindring. Slutligen uppstår en nära relation som präglas av närhet, ömsesidig kontakt och förståelse. De båda parterna delar tankar, känslor och attityder och bildar ett förhållningssätt mellan dem båda. När en patient delar en erfarenhet och upplevelse tillsammans med en sjuksköterska blir den för dem båda meningsfull och har stor betydelse (Eide & Eide, 2009; Kirkevold, 2000).

Eriksson (1997) menar att begreppet *dela*, det vill säga att patienten och sjuksköterskan delar något med varandra, är centralt för förståelsen av vårdandet. Delandet har att göra med *att vara delaktig*, *att vara med* samt *närvaro*. Ett vårdande möte förutsätter delande. Närvaro kan vara konkret, att dela ett livsrum som skapar medvetenhet. Närvaro kan också vara abstrakt där delaktigheten ligger i exempelvis tankar och känslor. Enligt Eriksson finns det en grundläggande princip för att kunna dela en helhet, en relation och det är att man upplever sig själv som en enhet, en identitet. För att kunna uppnå detta fordras en viss mognad och personlig utveckling.

Problemformulering

Varje år diagnostiseras ett stort antal patienter med cancer, ett besked som ofta är omvälvande. Som sjuksköterska har man ett ansvar att möta den unika individen i den situationen han eller hon befinner sig i med empati och förståelse. För att uppnå en vårdande relation som syftar till lindrat lidande för patienten krävs kunskap, medkänsla, förtroende och engagemang hos sjuksköterskan. Mot bakgrund av den brist på evidensbaserade riktlinjer att ge besked som finns, finner vi det viktigt att studera patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av diagnostiseringsprocessen. Är patienter nöjda med hur besked om cancer ges? Vad har patienterna för behov och önskningsar? Vilken funktion har sjuksköterskan när besked ges till patienten? Hur upplever sjuksköterskan sin roll? Hur kan

sjuksköterskan bidra till att göra situationen uthärdlig för patienten och lindra lidande?

SYFTE

Syftet är att kartlägga patienters upplevelser, erfarenheter och behov i samband med att besked om cancer ges. Syftet är även att kartlägga sjuksköterskors upplevelser, erfarenheter och funktion i vården i samband med att cancerbesked ges.

METOD

Examensarbetet baseras på en litteraturoversikt i enlighet med Fribergs modell (2009) samt Polit och Beck (2004). Litteraturoversikt var en relevant metod att använda då vi avsåg att kartlägga kunskapsläget och identifiera områden där vidare forskning behövs för att kunna skapa evidens (Polit & Beck, 2004). Nedan redovisas arbetsprocessen bestående av litteratursökning och analys.

LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen utfördes med grund i Friberg (2009) samt Polit och Beck (2004):

Informationskällor. En inledande litteratursökning gjordes för att skapa en överblick över problemområdet. Därefter utfördes en systematisk litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl vilka ansågs vara relevanta för vårt ämnesområde.

Söktermer. I PubMed skedde sökningen med hjälp av Mesh-termer. I Cinahl skedde sökningen med Cinahl Headings som är motsvarigheten till Mesh-termer. I PubMed användes termerna "Nurse-Patient Relations" och "Nurse's Role". Dessa kombinerades med "Neoplasms" som är termen för cancer, samt "Truth Disclosure", som betyder sanningens avslöjande och syftar till fenomenet att ge besked om diagnos. I Cinahl användes söktermerna "Neoplasms" och "Truth Disclosure". I denna databas behövde ej specifika termer kring sjuksköterskans roll anges.

Begränsningar. Med de begränsningar som anges i Tabell 3, uppgick antalet träffar i PubMed till 64 och i Cinahl till 84. Samtliga abstracts i dessa totalt 148 artiklar granskades och ett urval gjordes utifrån uppsatta inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier. Ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara vetenskapliga och beskriva kliniska studier; krönikor, brev samt artiklar ur populärvetenskapliga tidskrifter exkluderades. Övriga inklusionskriterier var att artiklarna skulle handla om cancer, sjuksköterskans erfarenheter, patientupplevelser och jämförelser mellan dessa.

Exklusionskriterier. Kriterier för exklusion var artiklar publicerade innan 1995, studier av andra sjukdomar än cancer, artiklar som var specifikt riktade mot barn eller närstående samt artiklar som endast hade fokus på läkarens perspektiv. Artiklar skrivna på andra språk än svenska och engelska exkluderades, så även artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext.

Urval. Utefter ovanstående kriterier valdes totalt 41 artiklar ut, 16 artiklar från PubMed och 25 artiklar från Cinahl, som lästes och granskades i sin helhet. Vilka artiklar som därefter inkluderades i resultatet framgår av Tabell 3 nedan.

Tabell 3: Systematisk litteratursökning

Datum för sökning	2010-03-18	2010-03-18
Databas	PubMed	Cinahl
Sökord	”Nurse-Patient Relations”[Mesh] OR “Nurse’s Role”[Mesh] AND “Neoplasms”[Mesh] OR cancer AND “Truth Disclosure”[Mesh]	MH “Neoplasms” AND MH “Truth Disclosure”
Begränsningar	Språk: Engelska, svenska	Peer Reviewed Research Article
Antal träffar	64	84
Granskade artiklar	16	25
Använda artiklar	Dunniece & Slevin, 2000; Georgiaki et al, 2002; Kendall, 2006; Rassin et al, 2006; Sainio & Eriksson, 2003.	Fujimori et al, 2007; Gonçalves et al, 2005; Kuuppelomäki & Lauri, 1998; Parker et al, 2001; Rassin et al, 2006; Repetto et al, 2009; Seo et al, 2000; Tang & Lee, 2004.

Sekundärsökning. Granskning skedde av referenslistorna i de artiklarna som i den systematiska litteratursökningen valts ut för användning i resultatet. Denna sekundärsökning ledde till att sju relevanta artiklar valdes ut, granskades och inkluderades i resultatet, närmare bestämt: Ambler, Rumsey, Harcourt, Khan, Cawthorn & Barker, 1999; Girgis, Sanson-Fisher & Schofield, 1999; Loge, Kaasa & Hytten, 1997; Ptacek & Ptacek, 2001; Salander, 2002; Sapir et al, 2000 samt Schofield, Butow, Thompson, Tattersall, Beeney & Dunn, 2003. Det totala antalet inkluderade vetenskapliga artiklar blev 19 stycken.

ANALYS

Analysen av de vetenskapliga artiklarna utfördes med grund i ett tillvägagångssätt beskrivet av Friberg (2009) samt Polit och Beck (2004):

Kvalitet. Artiklarna lästes ett flertal gånger och värderades gällande kvalitet. Artiklarna granskades med avseende på deras syfte, metod och urval. Dessutom granskades artiklarnas resultat och de argument som fördes fram.

Likheter och skillnader. Artiklarnas resultat och slutsatser studerades och jämfördes för att finna likheter och skillnader i resultat innehållet.

Sammanställning. Utifrån ovanstående skapades huvudkategorier som sedan delades in i subkategorier, vilka redovisas i Tabell 4.

Tabell 4: Huvudkategorier och subkategorier som identifierats i artiklarnas resultat.

Huvudkategorier	Subkategorier
Patienters upplevelser, erfarenheter och behov i samband med cancerbesked	Patienters tillfredsställelse av given information och dess innehåll
	Patienters förståelse för innebörden av cancerbesked
	Betydelsen av sammanhang och aspekten av tid när besked om cancer ges
	Patienters behov, förväntningar och upplevda erfarenheter av stöd i samband med cancerbesked
Sjuksköterskors upplevelser, erfarenheter och funktion i vården i samband med att cancerbesked ges	Sjuksköterskors funktion och känslomässiga reaktion
	Sjuksköterskors upplevelse av relation och närvaro i mötet med patienter

RESULTAT

Nedan presenteras resultatet uppdelat i två huvudkategorier, dels patienters upplevelser och erfarenheter av att få cancerbesked samt behov i samband med detta, dels sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter samt funktion i vården i samband med cancerbesked. Dessa huvudkategorier är uppdelade i fyra respektive två subkategorier (Tabell 4).

PATIENTERS UPPLEVELSER, ERFARENHETER OCH BEHOV I SAMBAND MED CANCERBESKED

En norsk studie visade att 62 % av patienterna fick diagnosen cancer av en läkare på sjukhuset. Fem procent informerades om sin diagnos av en sjuksköterska eller familjemedlem (Loge et al, 1997). En svensk studie visade att patienter uppskattade att få tydlig information om sin diagnos, att få veta att de hade cancer. Även om informationen kunde vara svår att ta till sig, upplevdes det svårare och ångestskapande att inte veta (Salander, 2002). Liknande resultat sågs i en italiensk studie där majoriteten av patienterna ansåg att information skapade bättre emotionell kontroll över situationen och brist på information skapade oro (Repetto, Piselli, Raffaele & Locateli, 2009). I en studie påvisades en signifikant korrelation mellan stress och kvaliteten på mötet mellan patient och läkare. Ökad stress hos patienten i samband med beskedet om cancer korrelerade med lägre tillfredsställelse med mötet. Signifikant korrelation påvisades även mellan högre tillfredsställelse hos patienten och bättre anpassning till situationen. Yngre patienter rapporterade högre stress än äldre, och kvinnor upplevde mer stress än män (Ptacek & Ptacek, 2001).

Patienters tillfredsställelse av given information och dess innehåll

Studier visade att ungefär 70 % av patienterna var nöjda med den mottagna informationen och ansåg att den var tillräcklig (Repetto et al, 2009; Sainio & Eriksson, 2003; Schofield et al, 2003). I en av studierna (Sainio & Eriksson, 2003) ansåg dock något färre än 70 % att informationen om behandlingseffekterna varit tillräcklig medan majoriteten i en annan studie (Repetto et al, 2009) var nöjda med informationen om biverkningar av behandling. I en studie av Gonçalves, Marques, Rocha, Leitão, Mesquita och Moutinho (2005) framkom det dock att endast 56 % av patienterna var nöjda med det sätt som beskedet gavs på och 44 % var missnöjda. Patienterna värderade vikten av att erhålla information om behandlingar och biverkningar signifikant högre än läkarna. Dock framkom det i en annan studie att patienterna inte önskade information om prognos (Rassin, Levy, Schwartz & Silner, 2006). Detta skiljde sig från en finsk studie där 51 % av patienterna ansåg att de fått för lite eller inte alls tillräcklig information om sin prognos (Sainio & Eriksson, 2003). I en studie uppgav ett stort antal läkare att om patienten ställde en direkt fråga om sin prognos, så skulle de säga sanningen (Kuuppelomäki & Lauri, 1998).

Schofield et al (2003) visade att det fanns samband mellan högre patienttillfredsställelse och om läkaren diskuterade sjukdomens allvarlighetsgrad och förväntad livslängd. Samma studie visade att patienter som önskade diskutera prognos, kunde få lägre nivåer av ångest om detta behov tillgodosågs. Det framkom i en annan studie att patienterna var mer nöjda med diskussionen om diagnos än

prognos, och mer nöjda med diskussionen om behandling än om diagnos (Ptacek & Ptacek, 2003). Enligt Repetto et al (2009) kunde tillfredställelsen hos patienterna bli högre i samband med större mängd given information och majoriteten av patienterna i studien tyckte att informationen var förståelig, klar och skapade trygghet. Patienterna ansåg att adekvat information kunde främja en bättre relation mellan patient och sjukvårdspersonal och de patienter som inte erhöll någon information kände sig osäkra på sambandet mellan informationen och relationen (Repetto et al, 2009). Att erhålla så mycket information som man önskade kunde minska ångest enligt Schofield et al (2003). Studier har visat att en majoritet av patienter önskade att informationen som gavs skulle vara individuellt anpassad (Fujimori et al, 2007; Sapir et al, 2000).

I en finsk studie framkom det att över 80 % av patienterna menade att de fått tillräcklig information av sjuksköterskorna, jämfört med den informationen som erhöles av läkarna där 70 % av patienterna uppfattade den som tillräcklig. Studien visade även att sjuksköterskorna gav signifikant mer information till patienterna än läkarna. I samma studie framkom att patienterna hade en stark uppfattning om att de mottagit för lite skriftlig information. Broschyrer, som patienterna själva sökt upp, var en stor informationskälla för patienterna (Sainio & Eriksson, 2003). Enligt Rassin et al (2006) var skriftlig information betydelsefull för patienterna och värderades högre än bland läkarna. En studie visade att endast drygt 68 % av patienterna fick skriftligt material om sin sjukdom och det stöd som fanns (Ptacek & Ptacek, 2001). En annan studie har även visat att patienter kunde känna högre tillfredsställelse, lägre ångest samt lägre depressionsvärden om läkaren anpassade den skriftliga informationen efter patientens individuella behov (Schofield et al, 2003).

Sainio och Eriksson (2003) menade att det fanns faktorer som kunde påverka mängden information som gavs. Ju bättre fysisk och psykisk kondition patienten var i, desto mer information erhöles han eller hon. Patienter i pensionsåldern gavs mindre mängd information, men de sökte däremot mer aktivt efter information. Tidsaspekten hade det starkaste sambandet med informationsgivning; patienter som diagnostiserats för mindre än sex månader sedan, hade fått mer information. Repetto et al (2009) visade att sannolikheten för att få information är märkbart högre hos välutbildade patienter samt hos patienter med diagnosen bröstcancer jämfört med patienter med låg utbildning respektive koloncancer.

En studie påvisade att patienterna uttalade en stark önskan om att bli informerade, oavsett diagnos och prognos (Tang & Lee, 2004). Liknande resultat uppvisades i en japansk studie (Seo, Tamura, Shijo, Morioka, Ikegame & Hirasako, 2000) där 86 % av patienterna ville få veta sin diagnos och att samtliga patienter yngre än 50 år ville veta. Endast 10 % av de tillfrågade ville inte veta sin diagnos. Av de patienter som ville veta sanningen, var det endast 63 % som fick veta sin diagnos. Sextio procent av de läkare som deltog i studien ansåg att de patienter som ville bli informerade upplevde en positiv effekt av att få veta sin diagnos. Den främsta anledningen till detta uppgavs vara att det skapade en god relation mellan patient och läkare. Några läkare upplevde att patienterna blev deprimerade av att få diagnosen och hävdade därför att det hade negativ effekt på patienten att ge besked. I den japanska studien undersöktes även läkarnas attityd mot att avslöja patientens diagnos till de patienter som önskade det. Sjuttiosju procent av läkarna gynnade denna tanke, medan 14 %

ansåg att patienten inte skulle få veta sin cancerdiagnos. Den absoluta majoriteten av läkarna som ställde sig positiva till att avslöja diagnosen, ansåg att patientens önskan att få veta skulle respekteras, samt att detta skapade en god relation och bättre förståelse för behandlingen hos patienten. Inga könsskillnader mellan läkarna kunde uppvisas, dock fann man att hög klinisk erfarenhet ökade viljan att avslöja patientens diagnos. Läkarna hamnade i ett dilemma när patienten önskade veta sin diagnos, men familjen motsatte sig detta. En låg andel av läkarna ansåg att de skulle respektera den önskan som patientens familj har. (Seo et al, 2000)

Patienters förståelse för innebörden av cancerbesked

Loge et al (1997) visade i en studie att 74 % av patienterna som deltog uppgav god förståelse för informationen som givits i samband med cancerbesked och att detta kunde härledas till patienternas utbildningsnivå. Fler patienter med bröstcancer rapporterade god förståelse, jämfört med patienter med blodcancer. En israelisk studie fann att 44 % av patienterna beskrev sin sjukdom som stabil, när de i själva verket hade en progressiv cancer. Av de patienter som var av uppfattningen att deras cancer hade minskat eller var stabil, hade 31 % i verkligheten en avancerad cancer (Sapir et al, 2000). Gonçalves et al (2005) visade att 76 % av patienterna som hade blivit informerade om sin diagnos hade förstått att de hade cancer. I en studie från Taiwan framkom det att nästan 94 % av patienterna visste att de hade cancer, men endast drygt 58 % hade kunskap om botbarheten av deras sjukdom (Tang & Lee, 2004).

En studie visade att läkare poängterade vikten av att patienten ställde frågor. Detta för att läkaren ville kunna avgöra patientens kunskapsnivå om sin situation, för att på så sätt kunna bedöma vad och hur mycket information som skulle ges (Kuuppelomäki & Lauri, 1998). Detta påvisades även i en studie av Girgis et al (1999) där läkare ansåg det vara viktigt att kunna bedöma patientens förståelse för sin situation och att informationen som gavs skulle vara utformad efter det. Läkarna ansåg att det var önskvärt att patienten förstod alla delar av sin vård och de behandlingsalternativ som finns för att på ett relevant sätt kunna vara delaktiga i de beslut som måste tas.

Betydelsen av sammanhang och aspekten av tid när besked om cancer ges

Studier visade att patienterna värderade närvaron av en familjemedlem högt, när besked om cancer skulle ges (Fujimori et al, 2007; Gonçalves et al, 2005; Rassin et al, 2006; Salander, 2002; Schofield et al, 2003). Enligt en studie av Rassin et al (2006) ansåg även läkarna att det var viktigt för patienten att ha en familjemedlem närvarande när besked gavs. Ptacek & Ptacek (2001) visade att drygt 76 % av patienterna som deltog i studien hade en familjemedlem eller vän närvarande och i nästan 24 % av fallen var en sjuksköterska närvarande när beskedet gavs. I en studie påvisades att majoriteten av patienterna anger en familjemedlem som sitt främsta stöd när besked om cancer ges, närmare 10 % ansåg att sjukvårdspersonalen är det viktigaste stödet (Repetto et al, 2009). Att ha en person närvarande, som man själv har utsett, när beskedet gavs kunde enligt Schofield et al (2003) minska ångest.

Salander (2002) visade att 20 % av patienterna som deltog i studien fick cancerbeskedet per telefon. Liknande resultat fann Loge et al (1997), där 19 % av patienterna fått sin diagnos per telefon. Av patienterna fick 52 % beskedet på läkarens

rum och 19 % fick besked om sin diagnos i korridoren eller under rondan. Fler kvinnor än män fick beskedet per telefon, telefonbesked var även vanligare vid diagnoserna bröstcancer och gynekologisk cancer. Tillfredsställelsen var högre hos patienter som givits besked på läkarens kontor. Endast var femte patient erbjuds en uppföljande konsultation efter beskedet givits.

Enligt studier ökade sannolikheten att patienten skulle känna tillfredsställelse med mötet om cancerbeskedet gavs i en bekväm miljö utan avbrott, om läkaren var empatisk och visade medkänsla genom sitt kroppsspråk, samt förberedde patienten på det kommande svåra beskedet. Tillfredsställelsen kunde minska om läkaren stressade fram beskedet (Ptacek & Ptacek, 2001, Girgis et al, 1999).

Enligt Rassin et al (2006) var det betydelsefullt för patienterna att få cancerbeskedet så nära efter tidpunkten för diagnos som möjligt. Tidsaspekten värderades signifikant högre hos patienter än hos läkare och sjuksköterskor. I en annan studie framkom att 94 % av de tillfrågade patienterna ansåg att diagnos skulle ges så nära efter utredningens resultat som möjligt (Girgis et al, 1999). Enligt Salander (2002) kunde väntan på besked upplevas som mycket stressande för patienter. En studie visade att patienter kände signifikant mer tillfredsställelse om de upplevde att tidsintervallet mellan det att de sökt sjukvård tills cancerbeskedet gavs var acceptabelt (Schofield et al, 2003). Sainio & Eriksson (2003) visade att 40 % av patienterna ansåg att läkarens val av tidpunkt för att ge cancerbeskedet var olämplig.

Loge et al (1997) visade att 44 % av patienterna uppgav att samtalet då de fick cancerbeskedet varade mindre än fem minuter. För de patienter som fick beskedet på läkarens kontor var denna siffra 27 % jämfört med drygt 60 % av de patienter som fick beskedet per telefon, i korridoren eller under rondan.

Patienters behov, förväntningar och upplevda erfarenheter av stöd i samband med cancerbesked

En studie visar att alla former av stöd värderades högt av patienterna som deltog (Rassin et al, 2006). Att få möjligheter att uttrycka känslor såsom gråt och ilska, att visa empatisk tystnad samt beröring hjälpte patienterna att hantera situationen. Patienterna kände sig mest hjälpta av att få höra: ”Jag finns här för dig” och ”Jag beundrar ditt mod”. Fraserna ”Jag är ledsen att jag har dåliga nyheter” samt ”Inget mer kunde göras” signalerade hopplöshet och hjälpte inte patienterna. De sistnämnda fraserna användes mycket sällan av läkare och sjuksköterskor. En signifikant skillnad uppvisades gällande de uppmuntrande fraser som patienterna blev mest hjälpta av, vilka endast användes intermittent av sjuksköterskorna. Fraser som kategoriserades som att visa delaktighet och uppskattning värderades signifikant högre av patienterna än av läkarna. Även Salander (2002) menade att det inte är lämpligt att använda värderande fraser såsom ”Tyvärr har jag dåliga nyheter”. Patienterna i denna studie karakteriserade läkare och sjuksköterskor som omtänksamma, att de visade omsorg, var förstående, sympatiska, lugna och objektiva. En tryckt stämning uppstod då personalen var stressad, pessimistisk eller ohövlig.

Enligt Salander (2002) uttryckte många patienter att de kände sig oförberedda på beskedet om att de hade cancer, de blev chockade. De patienter som uppgav att de

reagerat lugnt på beskedet, var de som kände sig förberedda. En annan studie (Schofield et al, 2003) visade att patienter som blivit förberedda på beskedet rapporterade högre tillfredsställelse och lägre nivåer av ångest jämfört med de patienter som var sämre förberedda.

Sainio & Eriksson (2003) visade i sin studie att patienter upplevde att information hade en positiv effekt på deras känslor och attityder. Att få information kunde hjälpa patienterna att hantera sina rädslor, få kontroll och förståelse för situationen och gav en känsla av säkerhet. Information ledde även till att patienten upplevde en känsla av att kunna planera sitt liv och sin framtid samt känna delaktighet i vården. Endast ett fåtal patienter ville inte få information om sin sjukdom då de ansåg att deras ångest skulle öka.

En studie visade att patienter värderade läkarens kunskap om sjukdomen högst. Generellt visade studien att faktorer som var relaterade till läkarens expertis värderades högt och faktorer som involverade stödjande aspekter av kommunikationen värderades lägre, dock ändå relativt högt (Parker, Baile, de Moor, Lenzi, Kudelka & Cohen, 2001). Enligt Sapir et al (2000) förväntade patienter sig att läkaren skulle visa tålamod, vara pålitlig, ha diagnostiska kunskaper, visa förståelse för psykiska och sociala behov, samt ha kunskap om smärtlindring. Patienterna förväntade sig att sjuksköterskan ska visa tålamod, finkänslighet, visa förståelse för psykiska och sociala behov, vara pålitlig, samt ha kunskap om smärtlindring.

Salander (2002) visade att patienter beskrev att det kunde vara en svår situation att bli lämnad ensam av sjukvårdspersonalen direkt efter diagnosgivning. Patienterna uppskattade om sjukvårdspersonalen initierade en kontakt. Det fanns en rädsla för att vara utan en relation och en lättnad när sjukvården tog ansvar för att etablera en relation. Kontinuitet var en viktig faktor för att skapa relationer, patienterna uttryckte missnöje med att träffa många läkare. Även Girgis et al (1999) har i sin studie visat vikten av kontinuitet vad gäller kontakten mellan patient och läkare. Salander (2002) visade att då patienten fokuserades på och gavs tid att bearbeta den givna informationen ledde det till en känsla av närhet och relation. Närhetskänslan gjorde patienten mindre sårbar för svåra besked. Sjukdom leder till misstro och förlust av kontroll. Då är kontakt och kontinuitet av vikt, att vara i en hjälpande relation och få rutiner verkar stödjande och leder till hopp och förväntningar.

SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER, ERFARENHETER OCH FUNKTION I VÅRDEN I SAMBAND MED ATT CANCERBESKED GES

Sjuksköterskors funktion och känslomässiga reaktion

En studie visade att även om läkaren har det primära ansvaret att meddela diagnos och prognos till patienten som diagnostiserats med cancer, har sjuksköterskan en betydelsefull funktion i processen. Sjuksköterskan hjälper till att identifiera patientens behov av information och beskrivs som en länk mellan patienten och läkaren, där sjuksköterskan skapar gynnsammare förutsättningar för läkaren att förstå patientens informationsbehov (Tang & Lee, 2004). En studie visade att sjuksköterskor ansåg att möjligheten att delta i samtalet när besked om cancer ges, sågs som en förutsättning för att kunna ge relevant stöd till patienten efteråt (Girgis et al, 1999). Rassin et al

(2006) visade i sin studie att en sjuksköterska eller familjemedlem som var närvarande i processen där besked ges, var att rekommendera.

Dunniece & Slevin (2000) har i sin studie funnit ett antal teman som karakteriserar sjuksköterskans närvaro vid svåra besked. Ett tema som identifierades var ”*Tänk om det var jag?*” där sjuksköterskan kunde placera sig i patientens situation när patienten var i samma ålder som sjuksköterskan vilket skapade medvetenhet om den egna dödligheten. Ett annat tema behandlade de olika *känslor* som sjuksköterskan upplever: otillräcklighet, rädsla, ångest och ilska. Känslan av otillräcklighet uppstod när sjuksköterskan upplevde oförmåga att hjälpa patienten på ett adekvat sätt. Rädslan uppstod i kommunikationen då sjuksköterskan var rädd för att säga fel saker. Upplevelsen av ångest var relaterad till uppfattningen om patientens förlust och beskrevs som ledsamhet, sympati och att bli emotionell. Sjuksköterskornas känsla av ilska och frustration relaterades till läkarnas bristande förmåga att ge besked till patienten på ett professionellt sätt, deras bristande medkänsla och bristen på hänsyn till patientens integritet.

Enligt Rassin et al (2006) värderade sjuksköterskor det emotionella stödet för patienten, med utrymme att uttrycka känslor, signifikant högre än läkare och patienter. När svåra besked gavs, värderades känslan av identifikation med patienten högst bland både sjuksköterskor och läkare. Känslan av hjälplöshet är signifikant högre hos sjuksköterskor än hos läkare. Men det fanns ingen rädsla för att inte kunna svara på patientens frågor eller att patienten ska bli arg hos varken läkare eller sjuksköterskor. Läkarna i studien hade signifikant mer erfarenhet än sjuksköterskorna men det fanns inga skillnader mellan grupperna vad gäller träning. Studien fann ett samband där ökad erfarenhet i att ge svåra besked minskade känslan av hjälplöshet. Seo et al (2000) visade att 76 % av sjuksköterskorna inte kände svårigheter att hantera patienters ångest efter att ha fått besked om cancer. Majoriteten av dessa sjuksköterskor kände att efter patienterna blivit informerade kunde de konfrontera sin sjukdom på ett bättre sätt och samarbetade mer positivt.

Ett ytterliggare tema i Dunniece och Slevins (2000) studie behandlade *metoden att ge besked* där hälften av sjuksköterskorna tyckte det skedde på ett bra sätt och hälften ansåg att det fanns brister. Sjuksköterskorna beskrev läkarnas kroppsspråk som distanserat till patienten och att läkarna upplevdes vara stressade. En annan studie visade däremot att läkarna upplevde att de hade tid med patienterna vilket korrelerade med att läkarna stannade kvar hos patienten för att ge stöd efter beskedet (Rassin et al, 2006). Dunniece och Slevin (2000) identifierade olika *aspekter av tid*; tid med patienten, tiden för besked samt patientens tid kvar i livet. Att ha tid med patienten inbegrep att ha tid att svara på frågor, tid att vara närvarande för att ge stöd under och efter det att diagnosen givits.

Sjuksköterskorna i studien av Dunniece och Slevin (2000) observerade att patienterna visade stor aktning för läkarna vilket de trodde ledde till att patienterna inte ställde frågor om sin diagnos och prognos. Detta var frustrerande för sjuksköterskorna som upplevde att de fick samla ihop bitarna efter läkarna och svara på de ångestfyllda patienternas frågor samt förklara det medicinska språket.

En engelsk studie undersökte effekten av en bröstcancersjuksköterska som stöd under processen när patienten fick sin diagnos. Där följde sjuksköterskan patienten före, under och efter diagnoskonsultationen. I kontrollgruppen träffade patienten sjuksköterskan endast efter beskedet givits. Bröstcancersjuksköterskan värderades mycket positivt, även om inga statistiska skillnader mellan grupperna kunde visas. Sjuksköterskan hjälpte patienterna att tänka klart, hantera realiteten i situationen och erbjuda relevant information. Interventionen med en sjuksköterska som följer patienten, är något som nu används permanent på kliniken där studien genomfördes (Ambler et al, 1999).

Sjuksköterskors upplevelse av relation och närvaro i mötet med patienter

I Dunniece & Slevins (2000) studie identifierades temat *närvaro*, där sjuksköterskan gav information, svarade på frågor, lyssnade och var närvarande i tystnad. Det framkom att närvaron med patienten hade kunnat fördjupas om sjuksköterskan fått en mer aktiv roll i processen att ge besked, då sjuksköterskan generellt sett spenderade mer tid med patienten än läkaren samt att det oftast var sjuksköterskan som kommunicerade med patienten på en djupare nivå. Studien visade vidare att sjuksköterskor upplevde att deras relation med patienterna utvecklades negativt om patienten inte var informerad om sin sjukdom. Detta kunde enligt dem leda till att kommunikationen begränsades eftersom sjuksköterskan inte var i position att ge den sortens information. Sjuksköterskorna gav också uttryck för ett behov av ökad kunskap och övning i rådgivande färdigheter (Dunniece & Slevin, 2000). Liknande resultat framkom i en annan studie där en stor del av sjuksköterskorna som saknade träning i kommunikationsförmåga tyckte att det var svårt att kommunicera med patienterna kring sjukdom och döende. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att patienten behöver veta sanningen om sin sjukdom för att en god vårdande relation ska uppstå. Dock ansåg drygt hälften av sjuksköterskorna att det finns en möjlighet att patienten upplever förtvivlan efter att ha fått veta sanningen. I samma studie ansåg drygt 75 % av sjuksköterskorna att patienterna hade rätt att få veta sin diagnos (Georgaki, Kaladiopoulou, Liarmakopoulos & Mystakidou, 2002).

En studie undersökte attityden kring påståendet ”det är tillåtet att ljuga för patienten för att ge honom/henne hopp” vilket fick låga värden av sjuksköterskor, läkare och patienter, men det var signifikant lägre för sjuksköterskor (Rassin et al, 2006). Kendall (2006) beskrev sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter som inte fått veta sin diagnos. Sjuksköterskorna sattes i en obekväm situation och uttryckte starka åsikter om att de var emot att undanhålla diagnosen för patienten och att patientens rättigheter ska komma i första hand, i de fall anhöriga har en önskan om att undanhålla diagnosen för patienten. Om patienten undanhålls sin diagnos försvåras sjuksköterskans möjlighet att utöva holistisk vård.

Enligt Dunniece & Slevin (2000) gav sjuksköterskorna i deras studie också uttryck för att relationen med patienten förstärktes genom förtroende och närhet, beundran och medkänsla. Sjuksköterskans möten med patienten yttrade sig i mänsklig omsorg. Vidare identifierades också temat *komma nära*, som syftar till relationen mellan sjuksköterska och patient och är en effekt av närvaro. När sjuksköterskan kom nära patienten uppstod ett delande och en känsla av förtroende vilket gav förutsättningar

för sjuksköterskan att kunna skapa en vårdande relation och ge individuell holistisk vård.

DISKUSSION

Nedan följer en diskussion kring metod och resultat som avlutas med implikationer för kliniskt vårdarbete.

METODDISKUSSION

Vi finner att litteraturoversikt har varit en lämplig modell att använda i relation till vårt syfte. Då det finns en stor mängd databaser att söka information i, har vi valt ut de som är mest relevanta för att hitta vetenskapliga artiklar inom vårt ämnesområde. Det kan finnas en viss svaghet i vårt resultat då artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext exkluderades. Vi reserverar oss därmed för att delar av resultatet eventuellt har kunnat påverkas av detta. Vårt syfte har varit att fokusera på patienter och sjuksköterskor, därför har vi inte använt läkare som en term i sökningarna. Dock förekommer läkarperspektivet i vissa av de analyserade artiklarna och vi redovisar då det i relation till patient- och sjuksköterskeperspektivet.

De söktermer som användes visade sig vara relevanta då artiklarnas resultat stämde väl överens med det som vi avsåg att studera. Vi har valt att studera fenomenet med hjälp av internationella studier, dock främst genomförda i västvärlden då detta är mest applicerbart i den svenska vården. En stor del av artiklar från andra delar av världen fokuserade på huruvida sanningen om diagnos skulle avslöjas för patienten. Det har inte varit vårt syfte att studera detta, men eftersom det internationellt sett är ett förekommande fenomen har vi valt att nämna det i resultatet. Dessutom har dessa artiklar bidragit med värdefulla kulturella aspekter.

Vi har i resultatet valt att exkludera artiklar publicerade tidigare än 1995. Eftersom utveckling och förändring ständigt sker har det varit mest relevant att använda nyare forskning för att spegla ämnet. Äldre artiklar har dock använts som diskussionsunderlag för att ge bredd och bidra till evidens i våra slutsatser.

Vi har använt både kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket vi anser stärker vårt resultat. Antalet kvalitativa artiklar var fyra och antalet kvantitativa var femton. Vår bedömning är att artiklarna höll god kvalitet då ett stort och/eller relevant urval använts i studierna. God kvalitet kan även ses i de mätmetoder som använts i studierna exempelvis väl inarbetade mätinstrument, pilotstudier och frågeformulär utformade av expertgrupper inom området. Det kan finnas begränsningar i vårt resultat då det i vissa studier finns stora skillnader i hur lång tid som passerat från beskedet till deltagande i studien. Vi har valt att inte studera resultaten ur ett genusperspektiv, då artiklarnas resultat ej fokuserat på könsskillnader. Dock kan vi se att i flera studier är övervägande delen av urvalet kvinnor.

RESULTATDISKUSSION

Syftet har varit att kartlägga patienters upplevelser och behov i samband med besked om cancer samt sjuksköterskors erfarenheter och funktion i vården i samband med detta.

Det är oftast läkaren som ger diagnos till patienten och det finns variationer i patienternas tillfredsställelse kring vilken information som givits och på vilket sätt. En stor del av patienterna uppger att de inte har fått tillräcklig skriftlig information. Detta kan ha sin förklaring i att läkare värdesätter skriftlig information lägre än patienter. Då skriftlig information verkar vara av stor betydelse för patienterna tyder detta på att kunskap kan skapa trygghet vilket kan leda till lindrat lidande.

Det finns motstridiga resultat kring patienters önskan att få information om förväntad livslängd. Dock finns viss tendens till en mer positiv inställning till prognos hos patienter i västvärlden även om det främst måste ses som ett högst individuellt beslut att ta del av den informationen. Patienter som väljer att avstå från information om sin prognos gör möjligtvis detta av rädsla för att förlora kontrollen och för att ha kvar en känsla av hopp. Patienter som istället gör valet att veta sin prognos kan enligt en studie (Schofield et al, 2003) få minskad ångest om detta behov tillgodoses. Att få veta sin prognos kan därmed ses som ett sätt att bibehålla sin kontroll, möjlighet att planera sin framtid och känna sig delaktig, vilket sammantaget kan leda till lindrat lidande och en känsla av sammanhang. Känslan av sammanhang poängteras av Antonovsky (2007) som har utarbetat begreppet KASAM, känsla av sammanhang. Detta begrepp består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Personer med hög känsla av sammanhang har enligt Antonovsky en förmåga att göra kaos begripligt, kan hantera det som sker och är delaktiga i de dagliga processer som är en del av livet. Det framgår att meningsfullhet är mest centralt, utan en stark känsla av meningsfullhet kan inte en långvarig och hållbar känsla av begriplighet och hanterbarhet bli möjlig.

Känslan av sammanhang kan även relateras till patientens informationsbehov där information upplevs ha en positiv effekt på patientens känslor och hjälper patienten att hantera sina rädslor, få kontroll och förståelse för situationen. Att få information är därmed av stor vikt för patientens känsla av meningsfullhet och hanterbarhet då patienterna i en studie (Sainio & Eriksson, 2003) kände att informationen gav dem en möjlighet att planera för framtiden.

Resultatet visar att det finns variationer i patienters förståelse kring sin sjukdom och den information som givits. Chapman, Abraham, Jenkins och Fallowfield (2003) genomförde en studie där allmänhetens förståelse för begrepp relaterade till cancer och anatomi undersöktes. Resultatet visade på varierade kunskapsnivåer, kring termer såsom benign och malign samt positionen för olika anatomiska strukturer i kroppen. Detta indikerar att informationen som ges behöver anpassas efter patientens individuella behov och förkunskaper. Det kan möjligtvis även vara så att de patienter som i anslutning till beskedet verkar ha låg förståelse, i själva verket befinner sig i krisens chockfas där förnekelse och oförmåga att ta in information är vanligt. En studie (Loge et al, 1997) visade att få patienter erbjöds uppföljande konsultationer efter cancerbeskedet. Med anledning av den kunskap som finns kring krisreaktioner,

där patienten befinner sig i kaos och förvirring, är det viktigt att upprepa informationen till patienten för att försäkra sig om att patienten har förstått. Förståelsen är viktig för att patienten skall kunna vara delaktig och beslut om sin framtid. Lindström (2007) menar att orsaker till att patienter inte upplever delaktighet kan bero på att man som patient inte förstår vad som händer, inte har kontroll eller att de inte "räknas med". Loge et al (1997) visar i sin studie att majoriteten av patienterna uppgav god förståelse för den givna informationen vilket vi ställer oss kritiska till då samtalen där besked om diagnos gavs ofta varade i mindre än fem minuter. Studier av Kuuppelomäki och Lauri (1998) samt Rassin et al (2006) poängterar vikten av att patienten ges möjlighet att ställa frågor under samtalet. Mot bakgrund av detta framstår fem minuter som mycket kort tid för patienten att ställa frågor och uppnå förståelse.

Att patienter värderar närvaron av en familjemedlem högt när cancerbesked skall ges belystes i flera studier (Fujimori et al, 2007; Gonçalves et al, 2005; Rassin et al, 2006; Salander, 2002; Schofield et al, 2003) och en studie (Ptacek & Ptacek, 2001) visade att majoriteten hade en närstående med sig vid samtalet. Detta kan ses som att patienterna har ett stort behov av trygghet då en studie visade att ångesten kunde minska om patienten gavs möjlighet att själv välja en person att ha med sig. Minskad ångest skulle kunna ses som ett medel att öka förståelsen och sammantaget skulle detta möjligtvis kunna ge minskat lidande. I en studie av Girgis et al (1999), där patienter gavs möjlighet att rangordna existerande riktlinjer, värderades närvaron av familjemedlem lågt i relation till andra komponenter, trots att flera studier visar att patienterna värdesätter närvaron av en familjemedlem högt.

I andra avseenden verkar de utarbetade riktlinjerna (Girgis & Sanson-Fisher, 1998) stämma relativt väl överens med patientens behov och önskemål då våra resultat visar att patienten känner högre tillfredsställelse om beskedet ges i en bekväm miljö utan avbrott, så nära tidpunkten för diagnos som möjligt samt om patienten känner sig förberedd. Detta har angivits som viktiga komponenter i de existerande riktlinjerna. Parker et al (2001) har i sin studie identifierat att patienter finner underlättande, innehåll och stöd som väsentliga teman. Samtliga dessa teman återfinns i riktlinjerna SPIKES (Baile et al, 2000) där bemötande, kunskap och emotioner ses som viktigt. I motstridighet med dessa riktlinjer visade resultaten att relativt hög andel patienter trots detta fick sitt besked per telefon, vilket ledde till lägre tillfredsställelse hos patienterna.

Det har visats att patienter värdesätter alla former av stöd högt (Rassin et al, 2006) såsom att få visa känslor vilket kan ses som ett behov av omsorg. Omsorg kan uttryckas genom empatisk tystnad, beröring eller uppmuntrande och motiverande fraser där sjuksköterskan uttrycker sin medkänsla, compassion, och visar sitt engagemang, commitment (Roach, 1992). Resultatet visade att fraser som signalerar hopplöshet och att inget mer kan göras ger inget stöd till patienten vilket kan leda till brist på omsorg och en otillfredsställande vårdande relation. Berg (2006) menar att avsaknad av vårdande relation mellan sjuksköterskan och patienten kan bidra till ett ökat lidande och en känsla av maktlöshet. I vårt resultat uttrycker patienterna en rädsla för att lämnas ensamma och vara utan en relation. Vidare menar Berg (2006) att patienter efterfrågar en personlig relation. Den relation som kan uppstå mellan sjuksköterska och patient skapar förutsättningar för att patienter skall känna sig

delaktiga i sin vård. En personlig relation mellan sjuksköterska och patient bidrar till att patienten känner sig sedd och bekräftad i sitt lidande. När sjuksköterskan är delaktig och närvarande upplevs detta som att vården och omvårdnaden mer är inriktad på patientens välbefinnande. I resultatet framkommer det att en relation som bygger på närvaro och delaktighet leder till en känsla av förtroende. Förtroende, confidence, beskrivs som en nödvändighet för omsorg (Roach, 1992).

I resultatet har vi funnit att patienter uppskattar om sjuksköterskan tar ansvar för att initiera en kontakt vilket är i linje med Travelbees uppfattning (Eide & Eide, 2009; Kirkevold, 2000) som innebär att det är sjuksköterskans ansvar att en relation etableras. Vikten av en god vårdande relation belystes även i studien av Ambler et al (1999). Patienter som hade stöd av en bröstcancersjuksköterska genom hela diagnosprocessen såg detta som positivt. Genom kontinuitet kan en vårdande relation etableras, vilket i sin tur kan leda till ökad trygghet för patienten. En vårdande relation sågs av Travelbee (Eide & Eide, 2009; Kirkevold, 2000) som ett sätt att uppnå lindrat lidande och kan ses som en förutsättning för att patienten skall uppleva en känsla av sammanhang och meningsfullhet vilket underlättas genom sjuksköterskans omsorg.

En del av sjuksköterskans omsorg, caring, är att visa medkänsla, compassion (Roach, 1991; Roach, 1992). Som beskrivs i resultatet tar detta sig uttryck genom att sjuksköterskan kan identifiera sig med patienten och sätta sig in dennes förändrade livsvärld. Livsvärlden är enligt Husserl en subjektiv värld där vi lever tillsammans med andra som vi på olika sätt kommunicerar med (Bengtsson, 2005; Friberg, 2001). Livsvärlden är på så sätt ett socialt sammanhang där relationer kan etableras. Alla förändringar på och i vår kropp förändrar också vår bild och upplevelse av vår värld. Den egna kroppen är alltid ens egen och det är utifrån den ens egna perspektiv skapas (Bengtsson, 2005). I resultatet framkom det även att sjuksköterskor hade lättare att identifiera sig med patienten när han eller hon befann sig i samma ålder eller livssituation.

En förutsättning för professionell omsorg är kunskap och kompetens. I resultatet uttrycker sjuksköterskor i flera studier ett behov av kompetenshöjning inom områden som behandlar samtal och kommunikation då de uttryckte en känsla av otillräcklighet som i sin tur resulterade i en rädsla för att säga fel saker. Det är möjligt att det finns behov av denna kompetenshöjning även inom läkaryrket då sjuksköterskor i resultatet uttrycker en frustration över läkarnas bristande professionalitet och medkänsla. Brister i kommunikationsförmåga kan bidra till en utebliven vårdande relation. Sjuksköterskornas upplevelse av läkarnas bemötande av patienter beskrivs i studien av Girgis et al (1999) där det fanns stora skillnader mellan patienter och läkares syn på viktiga komponenter i en diagnossituation. Mindre än hälften av läkarna i denna studie ansåg att det var viktigt med förberedelse och uppföljning, samt att möta patienternas känslomässiga reaktioner. Samtliga nämnda komponenter värdesattes högt av patienterna.

Enligt traditionen förekommer det fortfarande att patienten undanhålls sin diagnos i andra delar av världen, såsom exempelvis Japan. Dock har våra resultat, utifrån nyare studier visat att i Japan vill majoriteten av patienterna veta sin diagnos och en stor del av läkarna ställer sig positiva till att avslöja diagnosen (Seo et al, 2000; Tang & Lee,

2004). Ovissheten att inte ha fått ett besked kan skapa ångest och leda till ett ökat lidande för patienten. Sjuksköterskor som ställs inför att vårda patienter som inte vet sin diagnos, utsätts för obekväma situationer och etiska dilemman. Sjuksköterskan ser sig själv som patientens advokat och arbetar för att patientens rättigheter skall komma i första hand vilket är i linje med ICN:s etiska kod (Socialstyrelsen, 2005). Dock kan detta leda till att sjuksköterskan hamnar i konflikt när det är patientens familj som vill undanhålla diagnosen då det i ICN:s etiska kod även anges att sjuksköterskan skall ta hänsyn och respektera familjens värderingar och traditioner. Enligt May (1993) blir relationen mellan sjuksköterskan och patienten ansträngd när diagnosen undanhålls och detta upplevs som stressande.

Resultat belyser att sjuksköterskors relation och närhet till patienterna skulle kunna stärkas om de fick en mer aktiv roll när besked om cancer ges. Detta visar på ett engagemang, commitment, hos sjuksköterskorna och en vilja att skapa god omvårdnad för patienten. Sjuksköterskornas medverkan vid samtal om diagnos får stöd av Rassin et al (2006) som i sina förslag på riktlinjer framhåller vikten av att involvera närstående eller sjuksköterska. Diskussionen kring att ha en sjuksköterska närvarande som stöd för patienten har förts under längre tid, May (1993) studerade detta och fann att det inte var något som ingick i beskrivningen av sjuksköterskans funktion. May menade att det var vitalt att ha en sjuksköterska närvarande när besked ges till patienten för att sjuksköterskan ska erhålla adekvat information om vad som sagts och hur patienten reagerat för att senare kunna ge rätt bemötande. Även tidig svensk forskning av Pålsson och Norberg (1995) visar på vikten av en närvarande sjuksköterska då patienten på grund av chock inte tar in det som sägs av läkaren. Involvering av en sjuksköterska i ett tidigt skede, där patienten upplever osäkerhet och stress, skulle kunna minska patienternas ångest.

Slutsats

Vi har funnit att sjuksköterskor är en värdefull och betydande informationskälla för patienter och att patienterna i större utsträckning erfar att sjuksköterskornas information upplevs som tillräcklig i jämförelse med läkarnas. Det framkom i resultatet att patienter ofta vände sig till sjuksköterskor med sina frågor. I enlighet med kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) har sjuksköterskan ett ansvar för att ge stöd och information samt försäkra sig om att patienten har god förståelse.

Vi har även funnit stöd i forskningen för att involvera en sjuksköterska i diagnosprocessen som stöd för patienten och för att kunna utöva holistisk vård. Genom ett fördjupat samarbete i vårdteamet kan sjuksköterskans helhetssyn och stödjande funktion bidra till ett minskat vårdlidande för patienten. Dock kan vi se ett önskemål från sjuksköterskornas sida att få utveckla sin kommunikationsförmåga och samtalsteknik.

Då fenomenet att ge besked om cancer till patienter är frekvent förekommande inom vården, är det ett viktigt och ständigt aktuellt område för vidare forskning och utveckling. Vi har funnit en bred överensstämmelse mellan sjuksköterskors och patienters uppfattningar om hur ett dåligt besked kan ges på ett bra sätt. Mot bakgrund av detta bör evidensbaserade riktlinjer utvecklas som har patientupplevelsen i fokus samt har sin grund i ett omvårdnadsinriktat perspektiv som

tillägg till det traditionellt medicinska synsättet. Studier behöver även utformas som fokuserar på patientens förståelse av det medicinska språket och hur ökad förståelse kan främjas.

Vi föreslår följande rekommendationer mot bakgrund av evidens i resultatet:

- Patienten bör förberedas på det kommande beskedet.
- Tidpunkten för beskedet bör vara så nära efter diagnos som möjligt.
- Närstående bör närvara när beskedet ges.
- Informationen som ges ska vara individuellt anpassad.
- Patienten ska erbjudas skriftlig information.
- Patienten bör få kontakt med en sjuksköterska i ett tidigt skede.
- Sjuksköterskan bör följa patienten genom hela processen.
- Sjuksköterskor bör erbjudas kompletterade utbildning och träning i kommunikation och samtalsstöd.

Vårt resultat baseras på besked om cancerdiagnos. Dock torde våra resultat kunna överföras på besked om andra diagnoser såsom HIV, ALS och MS då även dessa svåra besked kan skapa kris och lidande hos patienten.

Implikationer för kliniskt vårdarbete

Att få ett cancerbesked kan upplevas som traumatiskt och därför är det av största vikt att patienten får ett gott bemötande av vården. Patienter som söker vård i ett akut skede och möts av ett cancerbesked är troligtvis helt oförberedda och kan hamna i kris. Läkaren som ger beskedet kan vara okänd för patienten och en relation saknas. Patienten träffar eventuellt denna läkare endast när beskedet ges och kontinuitet uteblir. Samtliga dessa faktorer ger sämre förutsättningar för patienten att kunna uppnå förståelse för beskedet som givits och kan leda till ett ökat lidande för patienten. Därför rekommenderar vi att vårdenheter som ställs inför dessa situationer ser över sina rutiner för hur besked ges och utvärderar och identifierar eventuella förbättringsområden.

Många patienter söker i första hand vård inom primärvården och genomgår där undersökningar och utredningar som kan leda till ett cancerbesked. Primärvården är därför ett område att fokusera på för utveckling och förbättring av diagnostiseringsprocessen. Inom primärvården finns kontaktsjuksköterskor inom många områden, exempelvis diabetes och KOL. Vi ser här en möjlighet att införa kontaktsjuksköterskor inom området onkologi, som ett stöd för patienten. Patienten skulle då få möjlighet att träffa sjuksköterskan redan i ett tidigt skede av utredningen för att skapa en god relation. Sjuksköterskan följer sedan patienten genom hela

processen och är med när besked ges samt följer upp efteråt. Detta anser vi skulle kunna leda till förbättrad omsorg om patienten i form av ökad trygghet, kontinuitet och förtroende. Sjuksköterskan blir då den fasta punkten i patientens kaosartade livsvärld och ges då en möjlighet att lindra patientens lidande.

REFERENSER

- Ambler, N., Rumsey, N., Harcourt, D., Khan, F., Cawthorn, S., & Barker J. (1999). Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: Comparing 'advocacy' with conventional approach. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 445-453.
- Antonovsky, A. (2007). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Baggens, C. & Sandén, I. (2009) Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I: Friberg, F., & Öhlén, J. (red.). (2009). *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I: Bengtsson, J. (red.). (2005). *Med livsvärlden som grund – Bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats inom pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten – En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. (akad. avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.
- Bolund, C. (2008). Etik i cancersjukvården. I: Ringborg, U., Dalianis, T., & Henriksson, R. (red.). (2008). *Onkologi*. Stockholm: Liber AB.
- Chapman, K., Abraham, C., Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2003). Lay understanding of terms used in cancer consultations. *Psycho-Oncology*, 12, 557-566.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Dunniece, U., & Slevin, E. (2000). Nurse's experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 611-618.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar – Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I: Fossum, B. (red.). (2007). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning – Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. (akad. avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, S., & Ernberg, I. (2008). Tumörkinetik. I: Ringborg, U., Dalianis, T., & Henriksson, R. (red.). (2008). *Onkologi*. Stockholm: Liber AB.
- Fujimori, M., et al. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 573-581.
- Georgaki, S., Kaladiopoulou, O., Liarmakopoulos, I., & Mystakidou, K. (2002). Nurses' attitudes toward truthful communication with patients with cancer. *Cancer Nursing*, 25(6), 436-441.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, 24(2), 53-59.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R. W., & Schofield, M. J. (1999). Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behavioral Medicine*, 25(2), 69-77.
- Gonçalves, F., Marques, Á., Rocha, S., Leitão, P., Mesquita, T., & Moutinho, S. (2005). Breaking bad news: Experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19, 526-531.
- Kendall, S. (2006). Being asked not to tell: Nurses' experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1149-1157.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Samtal inför döden*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Kuuppelomäki, M., & Lauri, S. (1998). Ethical dilemmas in the care of patients with incurable cancer. *Nursing Ethics*, 5(4), 283-293.
- Lindskog, B. I. (2008). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Lindström, I. (2007). *Patienters delaktighet – En studie om vård i livets slutskede*. (akad. avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.
- Loge, J. H., Kaasa, S., & Hytten, K. (1997). Disclosing the cancer diagnosis: The patients' experiences. *European Journal of Cancer*, 33(6), 878-882.

- May, C. (1993). Disclosure of terminal prognoses in a general hospital: The nurse's view. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1362-1368.
- Mayeroff, M. (1990). *On caring*. New York: Harper Perennial.
- Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. P., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ptacek, J. T., & Ptacek, J. J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4160-4164.
- Pålsson, M-B. E., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 277-285.
- Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T., & Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news – Patients, doctors and nurses' points of view. *Cancer Nursing*, 29(4), 302-308.
- Repetto, L., Piselli, P., Raffaele, M., & Locateli, C. (2009). Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient – a GIOGER study. *European Journal of Cancer*, 45, 374-383.
- Roach, S. (1991). The call to consciousness: Compassion in today's health world. I: Gaut, D., & Leininger, M. (ed.). (1991). *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing Press.
- Roach, S. (1992). *The human act of caring – A blueprint for the health professions*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press.
- Rooke, L. (1995). *Omvårdnad – Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber AB.
- Sainio, C., & Eriksson, E. (2003). Keeping cancer patients informed: A challenge for nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(1), 39-49.
- Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Social Science & Medicine*, 55, 721-732
- Sapir, R., et al. (2000). Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: The experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer*, 8, 458-463.

- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H., Beeney, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, *14*, 48-56.
- Seo, M., Tamura, K., Shijo, H., Morioka, E., Ikegame, C., & Hirasako, K. (2000). Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: Attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliative Medicine*, *14*, 105-110.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2010-04-21 från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen (2010). *Statistikdatabaser – Cancerstatistik*. Hämtad 2010-03-15 från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Talback, M., Hakulinen, T., & Stenbeck, M. (2008). Cancerförekomst. I: Ringborg, U., Dalianis, T., & Henriksson, R. (red.). (2008). *Onkologi*. Stockholm: Liber AB.
- Tang, S. T., & Lee, S-Y. C. (2004). Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: Patient preferences versus experiences. *Psycho-Oncology*, *13*, 1-13.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis cop.
- Öhlén, J. (2001). *Lindrat lidande – Att vara i en fristad, berättelser från palliativ vård*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.

ARTIKELPRESENTATION

Titel: Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: Comparing 'advocacy' with conventional approach.

Författare: Ambler, N., Rumsey, N., Harcourt, D., Khan, F., Cawthorn, S., & Barker, J.

Tidskrift, år: Journal of Advanced Nursing, 1999.

Land: England

Syfte: Att jämföra en metod där arbetet med cancerpatienter främjade stöd, förståelse och delaktighet, med en mer traditionell metod. Syftet var även att bedöma om metoden som främjade stöd var logistiskt möjlig samt att jämföra reaktioner mellan kvinnor med diagnostiserad bröstcancer och kvinnor med benigna knutor i bröstet.

Metod: En kvantitativ studie där olika verktyg användes utifrån vilken grupp man befann sig i. Verktygen bestod av semistrukturerade intervjuer, standardiserade instrument, VAS, HADS samt en checklista för symtom.

Urval: Totalt 103 kvinnliga patienter med bröstcancer, 66 patienter deltog i den traditionella metoden och 37 patienter i metoden som främjade stöd.

Referenser: 26 st.

Titel: Nurse's experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer.

Författare: Dunniece, U., & Slevin, E.

Tidskrift, år: Journal of Advanced Nursing, 2000.

Land: Nordirland

Syfte: Att avslöja den levda upplevelsen hos sjuksköterskor som är delaktiga när besked om cancer ges till patienter.

Metod: En kvalitativ studie på fenomenologisk grund. Semistrukturerade djupintervjuer genomfördes och spelades in. En essentiell struktur konstruerades som sedan validerades genom att materialet återkopplades till sjuksköterskorna.

Urval: Sex heltidsarbetande sjuksköterskor, mellan 25-39 år, på ett utbildningssjukhus. Varierande yrkeserfarenhet av att vårda cancerpatienter, från 18 månader till 10 år.

Referenser: 47 st.

Titel: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news.

Författare: Fujimori, M., et al.

Tidskrift, år: Psycho-Oncology, 2007

Land: Japan

Syfte: Att klargöra patienters preferenser kring avslöjande av diagnos om cancer för att kunna revidera existerande riktlinjer och etablera patientfokuserade rekommendationer.

Metod: En kvantitativ studie med, för studien, speciellt utformat frågeformulär. Teman identifierades genom tidigare intervjuer, en systematisk litteraturoversikt och diskussion. Formuläret testades i en pilotstudie på 12 patienter.

Urval: 1056 patienter screenades och 656 godtogs för inkludering varav 529 användes i studien. Av dessa var 274 män och 255 kvinnor, med en medelålder på 62 år. Samtliga patienter var över 20 år och hade fått negativa besked relaterat till sin cancerdiagnos minst 3 månader tidigare. Patienterna ansågs av behandlande läkare vara kapabla att avsluta studien och kunde kommunicera på japanska.

Referenser: 23 st.

Titel: Nurses' attitudes toward truthful communication with patients with cancer.
Författare: Georgaki, S., Kalaidopoulou, O., Liarmakopoulos, I., & Mystakidou, K.
Tidskrift, år: Cancer Nursing, 2002.
Land: Grekland
Syfte: Att studera grekiska sjuksköterskors uppfattningar kring att tala sanning till patienter och sjuksköterskornas psykiska status relaterat till de svårigheter de möter i den dagliga kommunikationen med patienter.
Metod: En kvantitativ studie där ett, genom litteraturoversikt, specialutformat frågeformulär användes.
Urval: 200 sjuksköterskor inom grekisk onkologivård tillfrågades varav 148 deltog i studien. Medelåldern var 36 år, och könsfördelningen var 137 kvinnor och 11 män.
Referenser: 13 st.

Titel: Is there consensus between cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news?
Författare: Girgis, A., Sanson-Fisher, R.W., & Schofield, M. J.
Tidskrift, år: Behavioral Medicine, 1999.
Land: Australien.
Syfte: Att låta patienter, sjuksköterskor och läkare, utifrån existerande riktlinjer, identifiera guidelines de ansåg vara essentiella, och därefter jämföra de tre gruppernas resultat för att studera samstämmigheten.
Metod: Kvantitativ studie där deltagande patienter intervjuades per telefon och fick hemskickat frågeformulär, beskrivning av riktlinjerna och en rankingskala. Vårdgivare fick information brevledes där de ombads ranka riktlinjerna och svara på frågorna i formuläret.
Urval: Tjugoen bröstcancerspecialister i Sidney med omnejd blev tillfrågade att delta med sina kvinnliga bröstcancerpatienter. 5 accepterade och de bidrog med 136 patienter varav 84 patienter (medelålder 55 år) användes i studien. 300 vårdgivare valdes ut och 64 läkare (56 män och 8 kvinnor, medelålder 49 år) och 140 onkologisköterskor (24 män och 116 kvinnor, medelålder 40 år) användes i studien.
Referenser: 34 st.

Titel: Breaking bad news: Experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre.
Författare: Gonçalves, F., Marques, Á., Rocha, S., Leitão, P., Mesquita, T., & Moutinho, S.
Tidskrift, år: Palliative Medicine, 2005.
Land: Portugal
Syfte: Att undersöka patienters uppfattning kring den kvalitet och kvantitet av information som ges av vårdpersonal. Studien är en fortsättning på tidigare studier utförda om läkares uppfattning och syftar även till att jämföra resultatet med verkligheten.
Metod: En kvantitativ studie utifrån ett speciellt utformat frågeformulär med frågor relaterat till situationen där diagnos ges.
Urval: 47 patienter deltog, alla över 15 år med cancer som primär diagnos (21 män och 26 kvinnor, medelålder 66 år). Svaga, sängliggande eller kognitivt nedsatta patienter exkluderades.
Referenser: 31 st.

Titel: Being asked not to tell: Nurses' experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis.
Författare: Kendall, S.
Tidskrift, år: Journal of Clinical Nursing, 2006.
Land: Hong-Kong och Australien
Syfte: Att studera den inverkan som relationen mellan sjuksköterska och patient har på klinisk inläring och praktik.
Metod: En fenomenologisk, kvalitativ studie där sjuksköterskorna med egna ord fick berätta hur de upplevde och kände inför en specifik vårdssituation.
Urval: 32 st sjuksköterskor deltog i studien och de kom från varierande kliniker med varierande erfarenheter av att vårda cancerpatienter.
Referenser: 39 st.

Titel: Ethical dilemmas in the care of patients with incurable cancer.
Författare: Kuuppelomäki, M., & Lauri, S.
Tidskrift, år: Nursing Ethics, 1998.
Land: Finland
Syfte: Att identifiera och beskriva etiska dilemman i vården av terminalt sjuka cancerpatienter ur patienters och vårdpersonalens perspektiv som en del av ett forskningsprojekt med fokus på patienters upplevelse av smärta.
Metod: En kvalitativ studie, med en fenomenologisk-hermeneutisk grund baserad på semi-strukturerade intervjuer. Resultatet analyserades både kvalitativt och kvantitativt.
Urval: 32 patienter, 13 läkare och 13 sjuksköterskor från två centrala sjukhus och fyra kommunala hälsocenter. Patienterna var över 18 år (21 kvinnor och 11 män, medelålder 63 år), terminal cancerdiagnos av varierande slag och kognitiv förmåga att delta. Tid sedan diagnos varierade från 1 vecka till 10 år, de flesta hade diagnostiserats mindre än ett år tidigare. Läkarna och sjuksköterskorna var involverade i de utvalda patienternas vård.
Referenser: 24 st.

Titel: Disclosing the cancer diagnosis: The Patients' experiences.
Författare: Loge, J. H., Kaasa, S., & Hytten, K.
Tidskrift, år: European Journal of Cancer, 1997
Land: Norge
Syfte: Att fastställa hur cancerdiagnos ges, hur nöjda patienterna är med läkarens sätt att delge diagnosen och vilka faktorer som kan förutsäga tillfredsställelsen med informationen.
Metod: En kvantitativ studie med specialutformat frågeformulär användes. Frågorna relaterade till situationen när besked gavs och tillfredsställelse med situationen.
Urval: 497 patienter (346 kvinnor och 151 kvinnor, medelålder 56 år) vid rehabiliteringscenter deltog i studien. De som deltog hade varit deltagare vid 23 olika kurser för cancerpatienter med fokus på egenvård.
Referenser: 27 st.

Titel: Breaking bad news about cancer: Patients' preferences for communication
Författare: Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. P., & Cohen, L.
Tidskrift, år: Journal of Clinical Oncology, 2001.
Land: USA
Syfte: Att bedöma patienters preferenser kring hur läkare delger diagnos vid cancer.
Metod: Kvantitativ studie där ett kortfattat bedömningsformulär utarbetades specifikt för denna studie. Frågorna utarbetades av specialister inom onkologi.
Urval: 351 patienter med varierande cancerdiagnoser. Minst en månad sedan diagnos. Patienterna skulle vara 18 år eller äldre och kunna kommunicera på engelska. De blev tillfrågade i väntrummet på kliniken och svarade på formuläret där.
Referenser: 26 st.

Titel: Patients' perceptions of receiving bad news about cancer.
Författare: Ptacek, J. T. & Ptacek, J. J.
Tidskrift, år: Journal of Clinical Oncology, 2001.
Land: USA
Syfte: Att undersöka och dokumentera patienters minnen om vad som framkom vid interaktionen med läkaren under det initiala diagnossamtalet.
Metod: En kvantitativ studie med frågeformulär utformat efter en litteraturoversikt och tidigare studiers resultat med olika identifierade teman och påståenden.
Urval: 120 patienter (70 män och 50 kvinnor, medelålder 68 år) som behandlades eller nyligen behandlats med strålning. Tio olika sorters cancerdiagnoser var representerade. Majoriteten av patienterna hade fått sin diagnos mindre än 6 månader tidigare.
Referenser: 17 st.

Titel: Caregivers' role in breaking bad news – Patients, doctors and nurses' points of view.
Författare: Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T., & Silner, D.
Tidskrift, år: Cancer Nursing, 2006.
Land: Israel
Syfte: Att identifiera vårdpersonals reaktionsmönster vid diagnosavslöjande och hur det påverkar patienten.
Metod: Kvantitativ studie där frågeformulär användes. Formuläret innehöll 35 teman, identifierade genom litteraturoversikt och forskarnas erfarenhet.
Urval: Totalt antal var 152 personer. 51 patienter (medelålder 57 år), 51 sjuksköterskor (medelålder 38 år) och 50 läkare (medelålder 41 år) från medicinska och kirurgiska kliniker. Minst 1 månad sen diagnos, patienten skulle inte anses vara palliativ.
Referenser: 16 st.

Titel: Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient – a GIOGer study.
Författare: Repetto, L., Piselli, P., Raffaele, M., & Locatelli, C.
Tidskrift, år: European Journal of Cancer, 2009.
Land: Italien
Syfte: Att studera specifika mönster i klinisk kommunikation till äldre patienter samt äldre patienters uppfattningar kring information, delaktighet och familjens roll i relation till diagnos och prognos.
Metod: Kvantitativ studie utifrån en strukturerad intervju.
Urval: Patienter över 65 år, under cellgiftsbehandling. Medelålder 72 år. Totalt antal deltagare 598 st, varav ungefär hälften kvinnor och hälften män.
Referenser: 66 st.

Titel: Keeping cancer patients informed: A challenge for nursing.
Författare: Sainio, C., & Eriksson, E.
Tidskrift, år: European Journal of Oncology Nursing, 2003.
Land: Finland
Syfte: Att undersöka hur mycket information patienter får från sjuksköterskor och läkare, hur informationen ges och vilka andra källor till information som patienter använder.
Metod: En kvantitativ studie där frågeformulär användes. Frågorna utarbetades utifrån tidigare studie och frågeformuläret validitetstestades i en pilotstudie som inte redovisades i studien.
Urval: Patienter från två finska sjukhus, minst två månader efter diagnos. Patienterna var mellan 18 och 65 år med en medelålder på 49,97 år. Patienterna ansågs psykiskt och mentalt adekvata att svara på frågor. 335 formulär delades ut och totalt antal svarande var 273.
Referenser: 61 st.

Titel: Bad news from the patient's perspective: An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients.
Författare: Salander, P.
Tidskrift, år: Social Science & Medicine, 2002.
Land: Sverige
Syfte: Att studera patienters egna upplevelser av att få en cancerdiagnos som ett kunskapstillskott för vidare studier.
Metod: En kvalitativ studie där de utvalda deltagarna via brev fick till uppgift att beskriva sin upplevelse av att få cancerdiagnos och på vilket sätt diagnosen gavs. Strukturerade frågor kring var och vilka som var närvarande inkluderades.
Urval: 187 patienter blev tillfrågade, med nyligen diagnostiserad cancer (2-8 månader innan studien) från onkologikliniken vid ett universitetssjukhus. 138 patienter mellan 18-70 år, medelålder 58 år, 93 kvinnor och 45 män med varierande diagnoser deltog i studien.
Referenser: 43 st.

Titel: Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: The experience of an integrated oncology and palliative care service.
Författare: Sapir, R., et al.
Tidskrift, år: Support Care Cancer, 2000.
Land: Israel
Syfte: Att utröna cancerpatienters förståelse om sin sjukdom, fas i sjukdomsförlopp, förväntningar på vårdpersonal, faktorer som påverkar vårdrelationen och patientens preferenser kring kommunikation och avslöjande av diagnos. Dessutom värderades betydelsen av religiös övertygelse och ålder.
Metod: Kvantitativ studie med strukturerad intervju, utarbetad av fokusgrupp bestående av onkologer, onkologsköterskor, socialarbetare, psykolog och psykiater. Alla intervjuer gjordes av en koordinator, med hjälp av tolk vid behov.
Urval: 103 patienter vid Oncology Day Hospital (77 kvinnor och 26 män) medelålder 56 år, med konstaterad cancer i olika stadier.
Referenser: 19 st.

Titel: Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer.
Författare: Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H., Beeney, L. J., & Dunn, S. M.
Tidskrift, år: Annals of Oncology, 2003.
Land: Australien
Syfte: Att studera den psykologiska reaktionen hos cancerpatienter relaterat till olika kommunikationsfaktorer och upplevelsen av välbefinnande.
Metod: Kvantitativ studie där de utvalda deltagarna blev kontaktade per telefon och därefter fick frågeformulär hemskickat. Formuläret bestod av tre delar som skickades ut i omgångar, efter 4 månader, 8 månader och 13 månader. Dessutom användes ett standardinstrument för att mäta oro, ångest och depression (HADS) i kombination med resultatet av det andra formuläret.
Urval: I första omgången deltog 131 patienter med diagnostiserat melanom, 4 månader efter första läkarkonsultationen. I andra omgången svarade 119 av deltagarna och i den tredje omgången var andelen svar 109 st.
Referenser: 22 st.

Titel: Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: Attitude and perception of patients, physicians and nurses.
Författare: Seo, M., Tamura, K., Shijo, H., Morioka, E., Ikegame, C., & Hirasako, K.
Tidskrift, år: Palliative Medicine, 2000.
Land: Japan
Syfte: Att klargöra uppfattningen om diagnosavslöjande till cancerpatienter hos patienterna, sjuksköterskorna och läkarna.
Metod: Kvantitativ studie med frågeformulär utformade speciellt för de tre grupperna. Patienter fick svara när de blev inskrivna på avdelningen, innan de visste sin diagnos. Därefter intervjuades patientansvariga läkare utifrån ett frågeformulär och dessutom fick sjuksköterskor med primärt patientansvar svara på två frågor.
Urval: Totalt 112 patienter varav 63 st med konstaterad cancer. 21 sjuksköterskor och 35 läkare (21 manliga och 14 kvinnliga).
Referenser: 11 st.

Titel: Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: Patient preferences versus experiences.
Författare: Tang, S. T. & Lee, S-Y.
Tidskrift, år: Psycho-Oncology, 2004.
Land: Taiwan och USA
Syfte: Att beskriva cancerpatienter i Taiwan och deras kunskap och upplevelser kring att få besked om cancerdiagnos samt patientens uppfattning om information och uppfattningar om familjens involvering.
Metod: Kvantitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. Frågor utformade och utvalda av experter inom onkologi.
Urval: 10 sjukhus (inklusive medicinska och onkologiska center) där 364 patienter blev utvalda. Alla patienter var över 18 år, med bekräftad diagnos. Patienterna var kognitivt kompetenta och kunde kommunicera.
Referenser: 41 st.
