

Att vänta på diagnos och behandling

En litteraturöversikt om cancerpatienters
upplevelser av en tid fylld av oro och
ångest där stöd behövs

FÖRFATTARE	Elisabeth Bohman Eva Forsberg
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng/ Examensarbete i radiografi VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	May Bazzi
EXAMINATOR	Annica Lagström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

"The good patient is a patient patient. Waiting, it would seem, is a rite of passage for the cancer patient: waiting for tests, waiting for lab tests, waiting for results, waiting for diagnosis, waiting for prognosis, waiting for remission, and waiting for recurrence" (Mulcahy, et al. 2010, s 1062).

Titel (svensk):	Att vänta på diagnos och behandling - en litteraturöversikt om cancerpatienters upplevelser av en tid fylld av oro och ångest där stöd behövs
Titel (engelsk):	Waiting for diagnosis and treatment - a literature review about cancer patients experiences of a time filled with worry and anxiety where support is needed
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod kursbeteckning:	Fristående kurs/ RA2070/ Examensarbete i radiografi
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Elisabeth Bohman Eva Forsberg
Handledare:	May Bazzi
Examinator:	Annica Lagström

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Varje år insjuknar ett stort antal människor i cancer i Sverige och det innebär att var tredje person någon gång under sin livstid kommer att få diagnosen cancer. Att drabbas av cancer är en omvälvande upplevelse i människors liv. Patienter upplever ofta rädsla och ångest inför sjukdomen och dess behandlingar. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det viktigt att sjukvårdspersonal har en god förståelse och kunskap för hur patienterna upplever sjukdomen för att kunna ge dem en god omvårdnad. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva vuxna cancerdrabbade patienters upplevelser av väntan på diagnos och behandling. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes enligt Fribergs modell. Arbetet är baserat på tio vetenskapliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa. **Resultat:** Resultatet redovisas i två olika teman. Dessa är känslomässiga reaktioner orsakade av väntan samt behov av stöd. Väntan beskrevs i många artiklar som den svåraste och värsta tiden för cancerpatienter. Det kan vara väntan på diagnos, väntan på behandling och väntan på att cancer ska försvinna. Väntetiden skapade oro, rädsla, ångest och var för många patienter svår att hantera. Stödet som de fick från anhöriga och vänner visade sig ha en stor betydelse för hur de hanterade sin livssituation. Sjukvården upplevdes som stödjande när det upprättades en kontinuitet i kontakten och en god relation med personalen skapades. **Diskussion:** Patienter som upplever väntan på diagnos och behandling i sjukvården hamnar i ovisshet och onödig oro skapas. Detta kan underlättas om det finns god planering och framförhållning för patientens åtgärder och sjukhusbesök så att väntetiderna minskas och därmed kan patientens lidande minskas. Röntgensjuksköterskan fyller en viktig funktion med sin omvårdnad när det gäller att lindra patientens oro och kunna ge stöd. Kontinuerlig utbildning inom omhändertagande av cancerpatienter är betydelsefullt för att upprätthålla en god omvårdnad på röntgenavdelningen.

Sökord: Väntan, cancerpatient, upplevelse, diagnos, behandling, röntgensjuksköterska

Keywords: Waiting, cancer patient, experience, diagnosis, treatment, radiographer

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Cancer	1
Patienten	2
<i>Krisreaktioner och patientens upplevelser av olika faser i sjukdomsförloppet</i>	2
Radiologisk omvårdnad	4
Vårdvetenskapliga begrepp	5
<i>Lidande</i>	5
<i>Hopp</i>	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
LITTERATURSÖKNING	7
Söktermer	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	7
Urval	7
ANALYS	8
RESULTAT	8
KÄNSLOMÄSSIGA REAKTIONER ORSAKADE AV VÄNTAN	8
BEHOV AV STÖD	10
Stöd från familj och vänner	10
Stöd av sjukvårdspersonal	11
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
Slutsats och implikation för radiologisk omvårdnad	18
REFERENSER	19
BILAGOR	
1 ARTIKELSAMMANFATTNING	
2 LITTERATURSÖKNING	

INTRODUKTION

INLEDNING

Att drabbas av cancer är en omvälvande upplevelse i människors liv. Få ord kan orsaka en sådan omedelbar emotionell reaktion såsom ordet cancer. Tanken på att drabbas av cancer är och förblir en hotfull skugga som smyger bakom oss genom hela livet.

För en cancerpatient innefattas sjukdomstiden många gånger av olika undersökningar, tester och behandlingar. Här hamnar patienten ofta i lägen där man får vänta på livsviktiga besked. Patienten upplever ofta rädsla och ångest inför sjukdomen och dess behandling.

Vi är två röntgensjuksköterskor som i vårt arbete dagligen möter patienter som har fått en cancerdiagnos eller utreds för misstänkt cancersjukdom. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det betydelsefullt att röntgensjuksköterskan har en god förståelse för hur de upplever sjukdomen. Vår målsättning är att få en djupare kunskap om ämnet för att kunna ge patienten en så god omvårdnad som möjligt vid röntgenundersökningen. Vi upplever att patienterna vi möter ofta är rädda för diagnosen och att de upplever väntetiden på resultatet som mycket påfrestande. Vi har därför valt att studera hur patienten upplever väntan på diagnos och behandling.

BAKGRUND

Cancer

Cancer är en av våra vanligaste sjukdomar som drabbar och berör många människor i vårt moderna samhälle. Socialstyrelsen visar i sin rapport från 2010 att antalet rapporterade maligna cancerfall fortfarande ökar. Under år 2010 diagnostiserades över 55 000 fall av cancer i Sverige. Det innebär att ungefär var tredje svensk kommer drabbas av cancer och att varje dag kommer cirka 150 personer få en dramatisk vändning i sitt liv när ett cancerbesked ges. Att drabbas av cancer förknippas ofta av den enskilde individen med smärta, lidande och död. Orsaken till att allt fler cancerfall upptäcks beror huvudsakligen på att vi lever längre idag, utökad screening verksamhet och bättre diagnostiska metoder. I Sverige är de vanligaste cancerformerna prostatacancer, bröstcancer, hudcancer samt tjocktarms- och ändtarmscancer medan det i världen är lungcancer den som är vanligast förekommande (Socialstyrelsen, 2011).

Cancer kan uppstå i nästan alla de cirka 200 olika celltyper vi har i kroppen. När cancer uppstår har den normala celldelningen blivit skadad. En cell börjar dela sig okontrollerat och dessa celler bildar till slut en tumör som ökar i storlek. Det finns benigna (godartade) och maligna (elakartade) tumörer. De maligna tumörerna kan tränga sig in i andra vävnader och komma kontakt med blodkärl och lymfa och på så sätt sprida sig och bilda nya tumörer så kallade metastaser. De benigna tumörerna saknar denna förmåga. Det kan ta många år för en cancer att utvecklas och därför kan det dröja lång tid innan några besvär uppkommer (Cancerfonden, 2011). Många gånger är orsaken till varför en del drabbas inte känd och man kan aldrig med hundra procents säkerhet fastslå vad som har orsakat ett cancerfall. Riskfaktorer som rökning, ärftlighet, kost, hormoner, virus och solning är

kopplade till cancerutvecklingen. Bland dessa anses rökning som den enskilt viktigaste faktorn enligt Strang (2006). Cancer kan diagnostiseras med blodprov, biopsi, endoskopi, ultraljud, datortomografi och MR (magnetkameraundersökning). Idag räddas många som fått cancer tack vare tidig upptäckt och framgångsrika behandlingar (Ringborg, Dalianis & Henriksson, 2008).

Det är viktigt att veta att mer än hälften av de cancerfall som upptäcks går att bota genom olika behandlingar. De viktigaste behandlingsmetoderna inom cancersjukvården är kirurgi, strålbehandling och cytostatika. Valet av behandlingsmetod beror främst på vilken cancer typ patienten drabbats av och en ständig utveckling och förfining av dessa metoder pågår. Ingreppen kombineras ofta och kan på så sätt göras skonsammare, samtidigt som behandlingsresultaten blir bättre. Trots att utvecklingen går framåt finns alltid risk för recidiv (återfall) och att friskförklara en patient som tidigare haft cancersjukdom kan vara svårt då risken för recidiv finns kvar i många år efter avslutad behandling och symptomfrihet. I dag används begreppen 5-10 års överlevnad och dessa beskriver hur stor del av cancerpatienterna som fortfarande är i livet efter fem respektive 10 år, jämfört med normalbefolkningen. Prognosen har utvecklats i positiv riktning sedan i början av 1970-talet (Socialstyrelsen, 2011; Ringborg et al., 2008).

Patienten

Krisreaktioner och patientens upplevelser av olika faser i sjukdomsförloppet

För den cancerdrabbade är det känslomässigt påfrestande och känslorna är ofta förknippade med smärta, oro, ångest och rädsla. Många patienter hamnar i kris när de får sjukdomsbeskedet. En kris innebär att man konfronteras med sin egen ångest och grundläggande livsåskådning. Ordet kris kommer från det grekiska ordet "krisis" som betyder en avgörande vändning, plötslig förändring eller rubbning (Cullberg, 2006). Att hamna i kris kan leda till att man förlorar mening och sammanhang. Den värld man lever i blir oförutsägbar och mindre trygg (Eide & Eide, 2009).

Människor som får ett cancerbesked reagerar på olika sätt och går ofta igenom ett antal krisreaktioner. De traumatiska kriserna består enligt Cullberg (2006) av flera faser: chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Det finns ingen skarp gräns mellan faserna men varje fas har sina speciella kännetecken.

Chockfasen

Under denna fas kommer den första krisen som kan upplevas från några timmar till någon vecka och en del individer kan reagera med starka känslor och förvirrat uppträdande. En del kan uppfattas reagera med lugn och ro i denna fas men inombords ändå uppleva ett kaos. Här upplevs ofta en känsla av överklighet. Förmågan att bedöma och tänka är nedsatt och därför kan det vara svårt ta till sig information och upplysningar under den här fasen

Reaktionsfasen

Här tvingas den drabbade inse vad cancerdiagnosen innebär och använder sig ofta av försvarsmekanismer för att kunna hantera situationen. Denna tid präglas av oro, bekymmer, ångest samt väntan på besked gällande undersökningsresultat och prover. Väntetiden kan upplevas som mycket tung för patienten eftersom det är så mycket som är ovisst och patienten kan uppleva att hon inte har kontroll över sin situation. I denna fas är

det också vanligt att den drabbade söker en mening till det som har skett och ställer sig frågan varför blev just jag blivit drabbad.

Bearbetningsfasen

Den tredje fasen inträder när det akuta skedet är passerat och det är dags återgå till vardagen samt att försöka se framåt. Under denna tid kan patienten uppleva olika reaktioner med allt från tacksamhet och glädje över att vara frisk till en stor oro över att sjukdomen kan komma tillbaka. Hon börjar gradvis försonas med situationen och arbetar konstruktivt med den och förlitar sig på sina egna copingstrategier. Även om patienten är botad från sin cancer så bär hon alltid med sig erfarenheten av den.

Nyorienteringsfasen

Denna fas är en särskild prövning för patienten. Här lär man sig leva med rädslan för att drabbas av recidiv och hur man tolkar kroppens signaler i ett det nya sammanhang som det innebär att ha varit drabbad av cancer. Att gå på cancerkontroller kan upplevas som betryggande medan det för andra kan vara ångestskapande eftersom det alltid finns en risk för recidiv. När kontrollerna upphör kan det kännas otryggt. Det kan vara svårt att tro på att man är frisk och det innebär en försoning med det som hänt för att kunna gå vidare. Livet blir inte som det alltid har varit men många upplever här en styrka och kraft som man inte visste att man hade (Cullberg, 2006; Reitan & Schölborg, 2003; Strang, 2006).

Benner och Wrubel (1989) beskriver också olika faser som kännetecknar sjukdomsförloppet hos patienter med cancer. För att kunna ge en god omvårdnad måste sjuksköterskan ha kunskaper om de olika faserna och en god insikt i det sjukdomsförlopp som patienterna går igenom. Benner och Wrubel (1989) har en holistisk människosyn som bygger på att man inte kan skilja mellan psyke och kropp, eller mellan situation och människa. Centrala begrepp är kunskap om kroppen, förståelse för patientens bakgrund och vad som är viktigt för henne, och att människan befinner sig i ett visst livssammanhang.

Varje patient är unik och människor upplever sjukdomen olika. Vanligtvis är det kroppen som visar att något är fel och hur personen tolkar och handlar i förhållande till kroppens signaler beror på patientens förmåga att uppfatta signalerna. Den situation som patienten befinner sig i påverkar hennes förmåga att hantera sjukdomens konsekvenser. Man kan aldrig ifrågasätta patientens upplevelse av sjukdomen (Reitan & Schölborg, 2003).

Hos varje cancerpatient finns alltid en rädsla och medvetenhet om att canceren kan komma tillbaka. Självklart innebär det en ny kris för den drabbade att få besked om återfall. För en del patienter som efter en tids tumörfrihet drabbas av sjukdomssymtom kommer återfallet som en besvikelse där allt hopp, ansträngning och plågor i samband med behandlingen var förgäves (Cullberg & Weston, 2001).

I de flesta fall betyder det att canceren inte går att bota om den sprider sig. Däremot kan man ofta hålla den i schack under lång tid. Vissa patienter är förberedda på återfall medan andra hamnar i en svår kris. Insikten om att vara obotligt sjuk kan vara oacceptabel för en del patienter medan andra kan ta in det stegvis. Tanken på att inte kunna bli frisk innebär förluster av framtiden, av hoppet och alla investeringar patienten gjort i sin framtid (Ringborg et al., 2008).

Radiologisk omvårdnad

Arbetet som röntgensjuksköterska innebär att arbeta i en högteknologisk miljö där omvårdnad, medicinsk kunskap och teknik ska kunna förenas. Röntgensjuksköterskans profession styrs bland annat av lagar, föreskrifter och yrkesetisk kod. Den yrkesetiska koden ska vägleda och stimulera röntgensjuksköterskan i etiska resonemang och ge stöd åt etiska beslut i det dagliga arbetet. Enligt den yrkesetiska koden ska röntgensjuksköterskan respektera och skydda individens integritet och värdighet samt lindra obehag och smärta vid undersökningar och behandlingar. Hon ska även ge information i samband med undersökningar och behandlingar, stödja vårdtagaren inför fortsatta vårdhändelser samt respektera individens rätt till självbestämmande och ge stöd i hans/hennes beslut (Svensk förening för Röntgensjuksköterskor, 2008).

Vid mötet med en ny patient ska röntgensjuksköterskan informera om undersökningen, ge en god omvårdnad och genomföra bildtagningen. Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska innefattar att vården ska utgå från att personen ska bli sedd och förstådd som en unik individ med individuella behov och röntgensjuksköterskan ska sträva efter att bevara personens integritet och värdighet. Genom att röntgensjuksköterskan har ett gott bemötande skapas en god relation till vårdtagaren (Svensk förening för röntgensjuksköterskor, 2011).

Trots det korta mötet som en röntgenundersökning ofta innebär har röntgensjuksköterskan med sin specifika kompetens och omvårdnadsfunktion en unik möjlighet att bli förtrolig med patienten. Detta gynnar en nära relation och kommunikation. Bevarandet av den personliga integriteten är mycket betydelsefullt i röntgensjuksköterskans stödjande funktion. Det krävs lyhörddhet, respekt och förmåga till anpassning för att kunna få en djup förståelse för patientens behov i samband med undersökningen för att kunna vara stödjande och därmed underlätta genomförandet av undersökningen (Andersson, Fridlund, Elgán & Axelsson, 2008). Även Travelbee (2006) belyser vikten av att se och bekräfta individen vilket utgör en förutsättning för att kunna utveckla den mellanmänskliga relation som är essentiell för en god omvårdnad.

I en god omvårdnadssituation kan sjuksköterskan använda sina händer till att förmedla trygghet och förtroende. Genom praktiska handlingar kan hon värna om patientens integritet och stödja hennes autonomi utan att prata. Genom sjuksköterskans beteende kan hon skapa en god atmosfär och en öppen dialog och samtidigt få patienten delaktig i undersökningen (Reitan & Schölborg, 2003).

Röntgensjuksköterskans personliga egenskaper och sätt att använda dem är betydelsefulla för god omvårdnad. Hon måste organisera sitt arbete så att tid finns för varje patients individuella behov. God kommunikation är ett av de viktigaste redskapen som röntgensjuksköterskan besitter för att kunna ge information och stöd till patienten och därmed minska oron (Niemi & Paasivaara, 2006).

Vårdvetenskapliga begrepp

Lidande

Enligt Travelbee (2006) är sjukdom och lidande en personlig upplevelse. Travelbee anser att lidandet är en ofrånkomlig del av att vara människa och förr eller senare får alla erfara vad lidandet innebär. För att en individ ska kunna uppleva lidande måste den kunna bry sig om det som den riskerar att förlora. I relation till något man inte bryr sig om upplever man i regel inget lidande. Trots att många människor upplever lidandet som meningslöst kan dessa erfarenheter vara meningsfulla och möjliggöra självutveckling. Travelbee (2006) anser att målet för omvårdnad är att hjälpa patienten att bemästra och utvärda lidande och sjukdom samt finna en mening i sin upplevelse. Ett annat mål är att förebygga sjukdom och lidande och att främja hälsa. Hon beskriver också två typiska reaktionssätt som uttrycks i form av frågorna ”varför just jag?” och ”varför inte jag?”. De som reagerar på första sättet har svårt för att förstå varför de har drabbats och upplever därför lidandet som orättvist och meningslöst. Den andra gruppen har accepterat lidande och sjukdom och betraktat den som en naturlig del av människans villkor. De senare lider inte mindre men kan i regel utvärda lidandet bättre (Travelbee, 2006).

Ericsson (1994) beskriver lidandet som ett döende, en sorg över det man är på väg att förlora eller har förlorat. Lidandet påverkar hela människan. Många gånger saknas det ett språk att uttrycka lidandet vilket leder till att det tar sig individuella uttryck såsom exempelvis smärta eller ångest. Ericsson beskriver tre olika typer av lidande inom vården, sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidandet är relaterat till sjukdom eller behandling och kan vara smärta, själsligt eller andligt lidande. Livslidandet uppstår vid en plötslig förändring av livssituationen. Det är relaterat till livet och att vara människa. Känslan av hopplöshet inför en situation eller att veta att man skall dö innebär ett stort lidande. Vårdlidande upplevs i relation till själva vårdssituationen och kan innebära kränkning av patientens värdighet, maktutövning, fördömande och utebliven vård. Vårdlidandet är onödigt och ska undvikas (Ericsson, 1994).

Hopp

Hoppet är en känsla som människan normalt inte är medveten om, men som hon ändå bär med sig inombords och som fungerar som inre trygghet. Redan som barn har människan utvecklats tillit till omvärlden och lärt sig att finns det hopp så finns det också en tilltro till att man kan få hjälp av andra människor när man behöver det. Hoppet som finns hos oss är viktigt för hur vi upplever livet och förväntningarna inför framtiden. Upplevelsen av hopp har därför stor betydelse för hur vi klarar av svåra livssituationer och sjukdomar. Forskning har visat att hoppet kan påverka immunförsvaret positivt hos en människa samt att det har en stor betydelse för hur man hanterar en situation. Hopp är också en viktig faktor för att utveckla aktivitet och initiativförmåga. Hos den sjuka människan har forskning visat att hoppet finns med under alla stadier i sjukdomsförloppet och har en central betydelse för att uppleva mening. Försvinner känslan av hopp förlorar man tron på livet och livet blir tomt och meningslöst. Upplevelse av mening påverkar därmed hälsan positivt. Om man hittar en mening med det som sker kan lidande och sjukdom ses som en livserfarenhet. Som sjuksköterska kan man inte ge en patient hopp och mening men däremot försöka stärka upplevelsen av hopp och mening där det försvagats eller förlorats (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug, 2002).

Enligt Travelbee (2006) finns normalt inte hoppet i människans medvetna tänkande. Det är en resurs som aktualiseras i livssituationer som hotar personers liv och hälsa. Då är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att se att det finns hopp (Travelbee, 2006).

Problemområde

Varje år diagnostiseras ett stort antal patienter med cancer och detta avspeglas inom vården. Då var tredje person kommer att drabbas av cancer under sin livstid innebär det att en stor del av vårdens resurser kommer att gå till den här patientgruppen. Cancerbeskedet är en omvälvande händelse i människors liv. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det viktigt att sjukvårdspersonal har en god förståelse för människors upplevelser. Röntgensjuksköterskan möter dagligen cancerpatienter som genomgår undersökningar eftersom röntgen spelar en central roll vid kartläggning av cancersjukdomens lokala utbredning och spridning samt vid uppföljning. Många patienter av dem har redan fått en cancerdiagnos och går på upprepade kontroller medan andra gör undersökningen som ett led i utredningen. I mötet med cancerpatienterna har röntgensjuksköterskan erfaret att de upplever väntan på undersökningsresultat, diagnos, operation och behandling som en mycket psykiskt påfrestande tid.

Det är viktigt att öka förståelsen och kunskapen hos röntgensjuksköterskan gällande den här patientgruppen, med fokus på upplevelse av väntan för att kunna bemöta dem på bästa sätt och kunna ge dem så god omvårdnad som möjligt.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva vuxna cancerdrabbade patienters upplevelser av väntan på diagnos och behandling.

METOD

Arbetet skrivs som en litteraturöversikt med ett induktivt perspektiv, vilket innebär en förutsättningslös analys av texter som kan baseras på människors berättelser om sina upplevelser. Arbetsgången följer Fribergs modell för litteraturöversikter och enligt Friberg (2006) handlar denna modell om att skapa en översikt över forskningsresultat inom ett avgränsat vårdvetenskapligt område samt att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning inom området. Såväl kvantitativ som kvalitativ forskning kan ingå i analysen. Modellen baseras på ett systematiskt val av texter som innehåller forskningsartiklar och rapporter inom det avgränsade området. En kvalitetsgranskning och analys av den valda litteraturen sker. Analysen sker systematiskt genom att söka likheter och skillnader i studiernas resultat. Resultaten presenteras och i relation till frågeställningen diskuteras dessa. Fyndens betydelse i praktiken diskuteras också (Friberg, 2006).

LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen inleddes med en öppen sökning i databaserna Cinahl och PubMed. Denna sökning gjordes i syfte att utforska forskningsområdet. Valet av databaser baseras på att dessa innehåller den största samlingen av vetenskapliga artiklar inom medicin, hälsa, omvårdnad och rehabilitering. Den systematiska sökningen påbörjades i Cinahl och PubMed vilka ansågs relevanta för vårt ämnesområde. Sökningarna påbörjades 110923 och avslutades 111215.

Söktermer

Relevanta sökord identifierades och i Cinahl skedde sökningen med Cinahl Headings och i PubMed med MeSh-termer som är motsvarigheten till Cinahl Headings. De sökord som användes var waiting, experience, cancer patients, cancer patient*, patient, cancer, awaiting, surgery, bad news, grounded theory, neoplasms, X-ray computed, colorectal neoplasms, uncertainty. Orden sammansattes i olika kombinationer genom att använda det booleanska sökordet AND. Vårt huvudsökord var från början waiting men området breddades allteftersom vi letade artiklar. Efter att ha funnit några intressanta studier i andra författares arbeten valde vi deras nyckelord för att hitta fler artiklar. De sökord vi valde var grounded theory och uncertainty. X-ray computed valdes då vi hoppades att finna artiklar inom röntgen och datortomografi.

Vi utförde även en manuell sökning. Denna gjordes efter att flera examensarbeten om cancer hade lästs och en författare (Landmark) återfanns i flera av arbetena. Samma författare återfanns i sökningar på söktermer men den artikel som bäst passade till syftet återfanns endast när sökningen gjordes på författare i Cinahl. En artikel valdes ut via manuell sökning.

Inklusionskriterier

Både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar så som Friberg beskriver god kvalitet inkluderades (Friberg, 2006 s 119-120). Ett inklusionskriterium var att de skulle vara skrivna på engelska och finnas i fulltext i databaserna. Övriga kriterier var att de skulle handla om cancer, patienters upplevelser av väntan på diagnos och behandling.

Exklusionskriterier

Artiklar som var skrivna före 2001 exkluderades för att kunna begränsa antal artiklar samt att vi ville beskriva den mest aktuella forskningen. Även artiklar som handlade om barn valdes bort.

Urval

Utifrån ovanstående kriterier gjordes urvalet av artiklar genom att vi läste titel och sammanfattning och detta resulterade i 30 artiklar som lästes i sin helhet. Vid genomläsning valdes 10 artiklar ut som motsvarade vårt syfte. Dessa artiklar lästes noggrant för att hitta skillnader och likheter i resultaten. Övriga artiklar motsvarade inte vårt syfte och valdes därför bort och redovisas inte. Av de 10 artiklarna är 8 kvalitativa, en är en review artikel och en är både kvalitativ och kvantitativ.

ANALYS

Dataanalysen utfördes med Fribergs modell "Att göra en litteraturöversikt" som utgångspunkt. Den vetenskapliga kvalitén bedömdes enligt de kriterier som Friberg beskriver (Friberg, 2006 s 119-120). Analysen gjordes med ett induktivt förhållningssätt utifrån det syfte vi valt för att utan förutfattade meningar undersöka vad varje artikel kommit fram till. Samtliga 10 artiklar studerades noggrant av båda författarna ett flertal gånger för att få uppfattning om de huvudsakliga fynden. Artiklarnas resultat studerades för att identifiera skillnader och likheter. Alla fynd som motsvarade vårt syfte skrevs ner på ett stort blädderblock för att få en överblick. Vi jämförde fynden och dessa sorterades in under två teman, Artiklarna sammanfattades i en artikelsammanfattning (bilaga1). Efter att vi valt ut våra teman gick vi igenom alla artiklar igen för att se om vi kunde finna fler beröringspunkter med vårt syfte.

RESULTAT

Syftet med detta examensarbete är att beskriva vuxna cancerdrabbade patienters upplevelse av väntan på diagnos och behandling. Resultatet redovisas i två olika teman. Dessa är *känslomässiga reaktioner orsakade av väntan* samt *behov av stöd*. Behov av stöd indelas i två subteman, *stöd från familj och vänner* samt *stöd av sjukvårdspersonalen*.

KÄNSLOMÄSSIGA REAKTIONER ORSAKADE AV VÄNTAN

Väntan beskrevs av många som den värsta delen under "cancerresan". Väntan kunde innebära väntan på diagnos, väntan på behandling, väntan på att cancer skulle försvinna eller eventuellt recidiv. Cancerpatienterna upplevde att de förlorade kontroll över sitt liv. Rädslan för det okända fanns alltid närvarande (Mulcahy, Parry & Glover, 2010).

Perioden från att det varit en misstänkt cancer fram till diagnos upplevde majoriteten av deltagarna som en svår tid, en del tyckte till och med att det var den värsta perioden. Att vänta dränerade patienterna på energi som de hade behövt senare i sin sjukdomsperiod. Detta visade både Sægrov och Halding (2004) i en norsk studie där de intervjuat 12 personer som erhållit en lyckad behandling av sin cancer och Mulcahy, et al. (2010) som gjort en intervjustudie i Canada av 20 kvinnor och 5 män som hade cancer.

"The time of waiting was absolutely terrible. You know, when you just have to wait - there are many thoughts that pop up into your head. You imagine the worst, and you're certain you're going to die, and that it's only going to go one way..."
(Sægrov & Halding, 2004, s 148).

Moene, Bergbom och Skott (2006) visade i sin studie där de intervjuat kvinnor med kolorektal cancer före operation att när man misstänkte malignitet och väntetiden på operation blev lång upplevde deltagarna både oro och frustration. Om väntetiden däremot var kort upplevdes det som tecken på en dålig prognos. Även i studien av Jakobsson, Horvath och Ahlberg (2005) som intervjuat patienter med nyligen diagnostiserad cancer och väntade på behandling beskrevs samma upplevelser av

patienterna. Salander (2002) beskrev i sin studie med intervjuer av patienter som fått en cancerdiagnos att den svåraste tiden var att vänta på tid för operation. I väntan på behandling upplevde en kvinna känslan av att cancer växte inuti henne vilket var stressande. Flertalet patienter i studien vittnade om att väntan var psykiskt påfrestande och innebar en tid fylld av oro.

Deltagare från studien gjord av Jakobsson, et al. (2005) uttryckte behovet av att få behandling för sin cancer utan dröjsmål och de påtalade en känsla av ensamhet och frustration när väntetiden var lång och inget hände. De hade förväntat sig att behandlingen skulle starta omgående och uttryckte besvikelse och hopplöshet över att få vänta ytterligare en tid (Jakobsson, et al., 2005).

De som fått en malign diagnos upplevde ångest inför vad som skulle ske. För att bättre hantera situationen försökte de skapa distans till operationen och sökte stöd från sina anhöriga. Väntetiden innebar ett avbrott i vardagliga livet och gav dem en chans att reflektera. Frågor som handlade om att deras livsstil hade orsakat sjukdomen kom upp. Reflektion gav möjlighet till livsstilsförändringar. En del uttryckte förvåning över att väntetiden på operationen hade inneburit ett positivt avbrott i livet från arbete, studier och andra aktiviteter. De funderade på hur de kunde utnyttja tiden på bästa sätt (Moene, et al., 2006).

Det framkommer även i en studie av Drageset, Lindstrøm, Giske och Underlid (2011) att väntetiden mellan diagnos och operation skapade emotionella reaktioner såsom ångest rädsla och lidande hos kvinnor som väntade på bröstkirurgi. Väntetiden karakteriserades av osäkerhet. Några kvinnor kunde dock leva normalt och någon tyckte till och med att tiden gick för fort för att förstå vad hon skulle gå igenom. De flesta vill få operationen så fort som möjligt för att gå vidare i livet. Några beskrev det som en känsla av kaos, en del fick ångestattacker och någon tyckte att det var tortyr att vänta. Känslorna kunde komma i vågor som de inte hade kontroll över. De kunde komma när de var som minst förberedda. Trots att de fått information om att de måste vänta på operationsdatum var de rädda för att blivit bortglömda. När de väl fått en tid för operation lindrades deras ångest och oro. Det gav en känsla av säkerhet och kontroll. Rädslan att bli bortglömd av sjukvården beskrivs även av Salander (2002).

Kvinnor i en bröstcancerstudie av Dickerson, Alqaissi, Underhill och Lally (2011) från USA upplevde tiden fram till operation som ostrukturerad och ångestfylld. De försökte hantera sin ångest genom att vara sysselsatta med hushållsarbete, vanligt arbete, trädgårdsarbete, promenader, läsning och resor samtidigt som de ansåg att det var betydelsefullt att skapa balans mellan aktiviteter och tid för eftertanke.

Rädslan för metastaser skapade stor oro inför preoperativa undersökningar såsom röntgenundersökningar. Den största rädslan fanns i att få ett besked som visade på metastaser. Funderingar på om vad som skulle ske och vilken behandling som skulle ges skapade också oro. Det som oroade deltagarna mest under den långa väntetiden var att inte känna till alla detaljer om vad som skulle ske fortsättningsvis vilket beskrivs av Drageset, et al. (2011).

"Every morning I wake up and think "I have cancer". You have to wait. It's a terribly hopeless feeling. You are in a catastrophe. I'm terribly scared! That has created a great vacuum for me..." (Drageset, et al., 2011, s 1944).

I en väntrumsundersökning på ett sjukhus i Paris av patienter som skulle genomgå CT (datortomografiundersökning) eller MR (magnetkameraundersökning) oroade majoriteten av patienterna sig för att behöva vänta länge på resultaten av undersökningen, samt eventuell risk för återfall och att inte få något besked av undersökningsresultatet. För att undvika väntetiden som skapade oro föreslog deltagarna att radiologen skulle lämna ett preliminärt besked om undersökningsresultatet till patienten i anslutning till undersökningstillfället (Ollivier, Apiou, Leclère, Sévellec, Asselain, Brédart & Neuenschwander, 2009).

När patienterna hade erhållit diagnos och behandling förväntade sig många att väntan skulle vara över, men istället upptäckte de att de fortfarande höll andan inför om cancer skulle komma tillbaka (Mulcahy, et al., 2010).

Alla deltagare i en studie av patienter med diagnostiserad cancer berättade att de var oroliga för att få recidiv och därför var de oroliga inför de kontrollundersökningar som utfördes med jämna mellanrum. De beskriver att de fick ångestkänslor i flera dagar, vilket påverkade dem oerhört (Sægrov & Halding, 2004).

"It starts to itch about 14 days before I have to go there. Then I'm a little - well - more difficult to get along with than normal. It doesn't take much for me to explode, both at work and home. Then I'm quite stressed, both at work and home...." (Sægrov & Halding, 2004, s 150).

En review artikel av Shaha, Cox, Talman och Kelly (2008) visade att upprepade kontroller skapade oro och rädsla för recidiv. Framtiden var samtidigt fylld av hopp men utan garantier.

BEHOV AV STÖD

Behov av stöd indelas i två subteman, *stöd från familj och vänner* samt *stöd av sjukvårdspersonalen*.

Stöd från familj och vänner

Det här subtemat beskriver de delar av innehållet i artiklarna som berör betydelsen av stöd från familj och vänner under väntetiden mellan diagnos och efterkontroller.

Behovet av stöd från familjen, framför allt make/maka och barn om dessa fanns, var mycket viktigt för de flesta cancerdrabbade, bland annat för att kunna tala öppet om sin cancerdiagnos. Samtidigt fanns också beskrivning av svårigheten att prata med nära och kära på grund av att de inte ville oro dem. Det var inte bara en person som blev sjuk i familjen utan hela familjen blev drabbad. Familjen gav mycket stöd, men det kunde också vara mycket smärtsamt för cancerpatienten när de såg att familjen led på grund av dem. Flera deltagare beskrev hur de försökte skydda sin familj genom att inte prata om sjukdomen. De var försiktiga med hur de gav information till sina barn och partner om behandlingar och sitt tillstånd. Många kvinnor upplevde att de ville vara den starka för att skydda sina egna familjemedlemmar. De ville inte göra dem oroliga och upprörda och valde noga ut vilken information de skulle få. De kände skuld över att de orsakade oro hos sina anhöriga. Paradoxalt nog tog de på sig rollen som den tröstande gentemot

familjen istället för att vara den som blev tröstad (Dickerson, et al., 2011; Drageset, et al., 2011; Sægrov & Halding, 2004).

Kvinnorna fick motvilligt acceptera hjälp från andra. De var vana vid att själva vara den hjälpande handen och fick nu finna sig i att vara den som behövde hjälp, "*We are the caregivers instead of caretakers*" (Dickerson, 2011, s1476).

Att vänta på operation och behandling upplevdes som mycket jobbigt för patienterna och hur de hanterade denna väntan var beroende på deras sociala stöd. De flesta av deltagarna i flera studier fick sin styrka från närvaron av anhöriga som ansågs att de vara deras bästa stöd (Dickerson et al., 2011; Drageset, et al., 2011; Sægrov & Halding, 2004).

En del kvinnor undvek att kontakta de släktingar som grät och överreagerade. De tog heller inte kontakt med de vänner som var allt för känslamma då det upplevdes som påfrestande. De valde att kontakta de vänner som kunde erbjuda det som kvinnorna ansåg sig behöva så som omtanke och omsorg. De hade behov av att känna att någon "brydde sig" om dem. Om deltagarna i Dickersons (2011) studie kontaktade sina arbetskamrater berodde på vilken position de hade på arbetsplatsen. De med en chefsposition var oftare mer sparsamma med information om sin sjukdom då de ville behålla sin integritet på sin arbetsplats. Samtidigt var de utan chefsposition mera beroende av chefens stöd och engagemanget från kollegorna kunde utgöra ett stort stöd (Dickerson, et al., 2011).

I en studie av 10 norska kvinnor med bröstcancer framkom att kvinnor kunde uppleva brist på förståelse och stöd från vänner, kollegor och familj. De undvek då att tala med dem om sin sjukdom och detta ökade känslan av hjälplöshet. Samtidigt framkom att vänner och kollegor kunde vara betydelsefulla i kampen mot sjukdomen och att relationen då stärktes. Framförallt de som inte hade någon familj upplevde kollegorna som ett ovärderligt stöd. Arbetet fyllde en viktig social funktion i det dagliga livet och det blev ett andrum där tankarna kring sjukdomen kunde skingras. Några personer i studien upplevde att grannar och vänner slutade höra av sig, och att kollegorna hade negativa attityder om sjukdomen och dess konsekvenser och då inte gav något stöd. En del stöd som tidigare funnits ebbade ut och intresset avtog efter den första händelserika perioden. Detta gjorde kvinnorna sårade och besvikna. Ibland visade det sig att de som kvinnorna i studien inte trodde var nära vänner kunde vara de mest fantastiska vännerna (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002).

De cancersjuka upplevde stöd genom att träffa andra med samma sjukdom. De ville träffa andra som blivit bra igen eller som var i samma situation. Däremot undvek de att vara tillsammans med personer som var sjukare än de själva (Landmark, et al., 2002; Dickerson, et al., 2011; Sægrov & Halding, 2004).

Stöd av sjukvårdspersonalen

Det här subtemat beskriver de delar av innehållet i artiklarna som berör betydelsen av stöd av sjukvårdspersonalen.

Många påpekade hur viktigt det var att de kände förtroende för sjukvårdspersonalen. Det ansågs som viktigt att bli behandlad som en unik individ. Detta skedde bland annat genom att patienterna blev tilltalade med sitt förnamn och upplevde att personalen lyssnade på dem och gav svar på deras frågor. Vänlighet och glädje var sådant som också uppskattades. Detta ingav en känsla av säkerhet (Moene, et al., 2006; Dickerson, et al., 2011; Jakobsson, et al., 2005). "*You don't want someone questioning your personal feelings, you want to be treated as an individual, accepted for who you are*" (Jakobsson, et al. 2005, s 253).

Upplevelsen av ett kärleksfullt omhändertagande ansågs vara viktigt under vänteperioden som var fylld av ovisshet. I akuta och kritiska situationer där framtiden var oviss var detta särskilt viktigt för patienterna. För kvinnorna i bröstcancerstudien var känslan av att bli sedd som människa viktigt i både den pre- och postoperativa fasen (Landmark, et al., 2002).

Behovet av kontinuitet med sjukvården var betydelsefull för att patienterna skulle känna trygghet. Vid kontakt med vården var det därför viktigt att de inte möttes av ny sjukvårdspersonal vid varje tillfälle (Moene, et al., 2006; Landmark, et al., 2002; Jakobsson, et al., 2005; Salander, 2002). Patienterna ville ha kontinuerlig kontakt med sjukvården så att de kunde kontakta dem när de hade behov av att ställa frågor angående behandling och även när det gällde praktiska frågor. Ibland kunde det vara svårt att komma ihåg vad som hade sagts vid läkarbesöken och kompletterande frågor behövde ställas (Jakobsson, et al., 2005). Det fanns en rädsla hos patienterna för att vara utan en relation med sjukvården och därför uppskattades om sjukvårdspersonalen initierade en sådan kontakt. Då sjukdom leder till misstro och förlust av kontroll är det viktigt med kontinuitet och en bra närhet och relation till sjukvården kan vara stödjande och inge hopp (Salander, 2002). Ett annat tecken på behovet av kontinuitet var önskemålet att kontrollundersökningarna utfördes på samma sjukhus som patienterna hade fått sin behandling på (Ollivier, et al., 2009). En organiserad uppföljning av patienterna saknades många gånger både när det gällde kontrollundersökningar och läkarbesök, vilket beskrivs av flera forskare. Det hade varit önskvärt med mera stöd för att återvinna styrka och självkänsla (Landmark, et al., 2002; Sægrov & Halding, 2004).

Enligt Landmark (2002) upplevde en del kvinnor delar av kontakten med sjukvården som negativ då det fanns brister i det sociala och emotionella stödet. De ställdes inför svårigheten att fatta beslut när det gällde sin egen behandling.

Moene, et al. (2006) beskrev hur viktigt det var att patienterna kände förtroende för vårdpersonalen och det gjorde de om de upplevde att personalen lyssnade, svarade på deras frågor och bekräftade deras känslor. Det viktiga var inte vad som sades utan hur det sades för att de skulle känna sig säkra.

När det gäller informationen fyller sjukvården en mycket viktig och stödjande funktion. Behovet av information varierade mellan de cancerdrabbade under väntetiderna. En del ville lära sig så mycket som möjligt om sjukdomen medan andra däremot endast ville

känna till tillräckligt för att kunna hantera den närmaste perioden." *It almost feels like you can get cancer from reading too much...* (Jakobsson, et al., 2005, s253).

Många tog del av information som fanns på internet, i böcker som de fick av sjukvårdspersonal och från vänner och bekanta som hade upplevt samma sjukdom (Dickerson, et al., 2011) och även Mulcahy, et al., (2010) beskriver betydelsen av internet för patienterna. En del patienter tröttnade på att vänta på att få information av sjukvårdspersonalen så istället för att få information på nästa läkarbesök, sökte patienterna själva svar på många av sina allmänna frågor angående sjukdomen.

" Before I went for a certain test I would go on the Internet and find out what that test meant and how it would be carried out, how long it would be, and even though the doctor would share that with me, I've got my own information"(Mulcahy, et al., 2010, s 1069).

Något av det värsta var att inte få tillräckligt med information under sjukdomstiden om sin aktuella sjukdomsstatus. Dock kunde alltför detaljerad information upplevas som skrämmande (Drageset, et al., 2011; Jakobsson, et al., 2005). Det var betydelsefullt att den information som gavs blev given på ett rakt och ärligt sätt och det uppskattades att även få skriftlig information om sitt tillstånd så att de kunde studera den hemma i lugn och ro (Jakobsson, et al., 2005; Salander, 2002; Shaha, et al., 2008; Sægrov & Halding, 2004).

" I don't think they need to tell you there are a bunch of different stages and how serious it might be, but they should tell you what's going on. Speculation doesn't help, you need to be told what your situation is" (Jakobsson, et al., 2005, s 252).

Flera personer uttryckte att sjukvården inte ordnade med förutsättningar för samtal angående deras upplevelser och känslor eller vidtog åtgärder för deras svåra livssituation. Önskemål fanns från deltagarna att få information om var de kunde få socialt stöd från föreningar och sjukvården. Det var svårt och tidskrävande för patienterna att hitta denna information själv när de inte mårde bra (Sægrov & Halding, 2004). De som hade kontakt med patientföreningar som gav stöd till människor som drabbats av cancer upplevde att de fick bättre självkänsla vilket resulterade i att de kunde hantera sin cancersjukdom bättre (Mulcahy, et al., 2010; Landmark, et al., 2002).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med litteratursökningen var från början att beskriva hur cancerdrabbade patienter som genomgår en datortomografiundersökning upplevde väntetiden mellan undersökning och resultatet . Efter att den öppna sökning gjorts i databaserna Cinahl och PubMed hittades i princip ingenting publicerat angående detta. Syftet omformulerades då till att undersöka väntan mer generellt såsom väntan på diagnos och behandling för att finna tillräckligt med artiklar för att kunna göra en analys. Det visade sig ändå vid genomläsningen av artiklarna att det var många som inte motsvarade syftet

och därför fick väljas bort. Tyvärr är studier gjorda på patienters upplevelser inom radiografi mycket begränsade och faller då inom området upplevelser av information eller hur de upplever röntgenundersökningar. Det hade varit önskvärt att inkludera studier som hade relation till röntgen.

Valet av syfte och frågeställning baseras på vårt intresse av de cancerpatienter som genomgår datortomografiundersökningar hos oss på röntgenavdelningen. Vi möter dagligen dessa patienter som kommer för kontroll av sin cancer eller för att undersöka om de drabbats av sjukdomen. Vi bemöter dagligen deras oro och ville få en djupare förståelse för deras upplevelser.

Det var svårt att hitta de rätta sökorden trots att vi använde oss av MeSh-termer och Cinahl Headings. Vi lyckades inte hitta de flesta av våra artiklar under en och samma sökning utan olika kombinationer av ord provades för att finna fler artiklar. Samma artiklar återkom när vi använde oss av olika sammansättningar av ord och detta såg vi som ett stöd för att vi ringat in vårt område. Det var lättast att hitta artiklar i Cinahl då de flesta av våra var kvalitativa och föll inom området omvårdnad. Fördelen med kvalitativa artiklar är att de ger en djupare kunskap och förståelse inom det valda området. Det kan vara svårt att mäta patienters upplevelser i kvantitativa artiklar. Vi har endast inkluderat artiklar som blivit granskade enligt peer-review. Detta anser vi ökar resultatets tyngd, vilket är extra viktigt när de flesta artiklarna är kvalitativa i ett arbete.

En begränsning av artikelvalet var att några artiklar som verkade intressanta när vi läste abstraktet inte fanns att få i fulltext. De exkluderades då de endast fanns att tillgå mot betalning. En svaghet är att flera av studierna handlar om kvinnors upplevelser eftersom vi har valt 5 artiklar som handlar om bröstcancer. Anledningen var dels att bröstcancer är en av de vanligaste cancerformerna och att många studier är gjorda inom området.

Vi har översatt artiklarna från engelska till svenska. Det var ofta svårt att finna de rätta orden på svenska för att få en bra översättning, då engelskan har ett mer nyanserat språk inom omvårdnad. Vid översättning av texter finns alltid risk att viss information går förlorad.

Litteraturstudien är baserad på befintliga studier. De flesta artiklarna har ett etiskt godkännande. I tre artiklar fanns ingen information angående detta men eftersom de var publicerade i välrenommerade tidskrifter ansåg vi det osannolikt att de inte var etiskt godkända. Trots detta inkluderades de då kvaliteten var hög och belyste vårt område.

Av artiklarna vi valde kom 3 från Sverige, 2 från Norge, 1 från Sverige/ Norge, 1 från USA, 1 från Canada, 1 från Schweiz/ England och 1 från Frankrike. Då artiklarna kommer från olika delar av världen gav det en bred översikt över hur patienterna upplevde väntetiden. Tre av artiklarna kom från Göteborg vilket vi tyckte var spännande. Dock är det en begränsning att alla artiklarna baserades på material från västvärlden och inte belyste om det fanns kulturella skillnader i upplevelsen av att vänta på diagnos och behandling.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med detta examensarbete var att få ökad kunskap kring vuxna cancerdrabbade patienters upplevelser av väntan på diagnos och behandling. De flesta patienter som kommer till röntgen är ofta nervösa, oroliga eller rädda inför undersökningen. Avsikten med arbetet är att fördjupa röntgensjuksköterskans kunskap om cancerdrabbade patienters upplevelser. Utnyttjande av denna kunskap kan leda till en så god omvårdnad som möjligt i det korta mötet som en röntgenundersökning ofta innebär.

Resultaten i alla artiklarna inkluderade i litteraturstudien visade på en tydlig bild av hur känsliga och oroliga patienterna var under tiden de väntade på diagnos och behandling. Moene, et al. (2005) menar att hela patientens livssituation påverkas och i den prediagnostiska fasen började patienterna ”stanna upp” och reflektera över sina liv. Funderingar på att de själva hade orsakat sin cancersjukdom dök upp och kunde leda till ytterligare oro och ångest. Sjukdomen blev en påminnelse om att livet inte varar för evigt och detta resulterade i att många av patienterna började ta tillvara på sitt liv i större utsträckning. Författarna till denna litteraturöversikt har förhoppning om att detta kan leda till en positiv livsstilsförändring och ökad medvetenhet om livets betydelse. Samtidigt som det kan skapa ångest hos patienten om den känner skuld över att eventuellt ha orsakat sin sjukdom själv.

Väntan beskrevs av många som den värsta delen av cancerresan och hur patienten hanterade detta berodde till stor del på hur deras sociala situation såg ut. De flesta deltagarna i studierna fick det största stödet från sin nära och kära. Arbetskamrater och vänner visade sig också ha stor betydelse, speciellt för de som saknade nära anhöriga. Flera forskare (Moene, et al., 2006; Dickersson, et al., 2011; Landmark, et al., 2002) visade att det stöd som gavs från människor i närheten hade stor betydelse för hur de hanterade sin sjukdom och kunde ta sig igenom den. Det sociala stödet fyller en viktig funktion för att upprätthålla hoppet. Flertalet påpekade svårigheten i att kunna ta emot det stöd som patienterna erbjöds och behövde under sjukdomsperioden. Det kunde innebära en svår balansgång mellan att ta emot både praktisk och känslomässig stöd samtidigt som de ville behålla sin integritet och skydda sina anhöriga från oro. Patienter som lever med en svår sjukdom kan även behöva hjälp av vårdpersonalen för att undvika en känsla av hopplöshet. Hoppet är viktigt för att kunna hantera sin sjukdom på bästa sätt. Att drabbas av cancer innebär att framtiden är oviss. Känslan av hopp är förenat med framtiden och de förväntningar man har på den. Hoppet är en resurs för att tillfriskna, mår bra och överleva cancer (Travelbee, 2006). Även Thorne, Oliffe, Kim-Sing, Hislop, Stajduhar, Harris, Armstrong och Oglov (2010) beskriver i sin studie hur viktigt det är att ge stöd för att upprätthålla hoppet. Samtidigt var det betydelsefullt att stödet var ärligt och inte orealistiskt. Författarna instämmer i att hoppet är en viktig resurs för att få ökad livskvalitet under sjukdomsperioden. Hoppet gör inte människan friskare men har stor betydelse för hur hon hanterar sin livssituation och har möjlighet att göra det bästa möjliga av den.

Väntetiden var ett stort problem för patienterna och de var angelägna om att något skulle hända så snart som möjligt, helst skulle allting hända på en gång. I början av sjukdomen då patienten befinner sig i chockfasen reagerar de ofta starkt känslomässigt enligt Cullberg (2006) och de kan ha ett stort behov av att skapa kontroll över sin situation. Frågan man kan ställa sig är vad patienten anser vara viktigast att komma igång med? Är det verkligen att påbörja behandlingen i sig eller är det lika viktigt att

skapa en god vårdkontakt som inger trygghet? Hur lång en "lagom" väntan var varierade från en patient till en annan. Några ansåg att väntan var nödvändig för att förbereda sig både psykiskt och socialt inför det som komma skulle. Det viktigaste var att det fanns en inplanerad tid för åtgärd så att de visste hur lång väntan skulle bli. Detta reducerade oron och ingav en känsla av att tillhöra sjukvården och det gjorde det lättare att stå ut med väntetiden. Saknad av stöd och information från vårdpersonalen kunde innebära att patienten kände sig osäker och saknade kontroll över vad som skulle ske (Drageset, et al., 2011; Landmark, et al., 2002). Ovissheten för att inte få ett besked kan skapa ångest och leda till ett ökat lidande för patienten. I enlighet med Jakobsson, et al. (2005) anser författarna att det skulle underlätta om det fanns en god planering och framförhållning så att väntetiden kunde göras så kort som möjligt. Förkortad väntetid kan minska ovissheten och därmed också lidandet för den sjuke.

Behovet av bättre information var ett ständigt återkommande önskemål. Detta gällde det mesta angående kommande undersökningar, behandlingar och hur patientens framtid kommer att påverkas. Många oroade sig för att tumören ökade i storlek i väntan på sin operation och behandling (Jakobsson, et al., 2005; Sægrov & Halding, 2004). Den här oron som väntan orsakade tog mycket onödig kraft från patienten som säkerligen hade behövts i ett senare skede för att bemästra sjukdomen. Om patienten hade fått bättre information om sin sjukdom hade denna oro kunnat lindras och författarna menar att all sjukvårdspersonal bör vara medveten om vikten av informationens betydelse. Det är förvånande att patienter fortfarande ser informationen som bristfällig men en förklaring kan vara att patienten inte är mottaglig för all information som ges under sin sjukdomstid.

Idag är många patienter aktiva när det gäller att söka information om sin sjukdom på egen hand genom att läsa böcker och söka på internet. Detta resulterar i att de har stor kunskap om sin sjukdom och därmed ställs krav på att sjukvården ska kunna besvara deras frågor (Jakobsson, et al., 2005; Mulcahy, et al., 2010). Historiskt har kommunikation mellan sjukvårdspersonal och patient varit envägs men idag uttrycker många patienter större behov av delaktighet och då är dialogen en viktig förutsättning.

Många av dagens patienter accepterar inte de långa väntetiderna som förekommer i sjukvården vilket härstammar från ett gammalt traditionellt och hierarkiskt system menar Mulcahy, et al. (2010). Den "tålmodiga patienten" som sitter hemma och väntar på besked från sjukvården finns nästan inte längre.

Olivier, et al. (2009) diskuterade varför patienten får vänta så länge som två till tre veckor på resultatet från sin röntgenundersökning när svaret ofta finns tillgängligt redan efter ett dygn. En del deltagare i studien uttryckte önskemål om att radiologen skulle informera om svaret direkt efter undersökningen. Denna studie var gjord i Frankrike och i Sverige är det inte tradition att radiologen är den som lämnar ett utlåtande. Författarna tror att det skulle vara svårt att ändra på det i Sverige samtidigt som det tyckas onödigt att utsätta patienterna för så lång väntan när man vet hur det påverkar patientens hela livssituation.

Flera studiers resultat (Jakobsson et al., 2005; Andersson et al., 2008; Landmark, et al., 2002) visade på att patienterna uttryckte hur viktigt det var att de blev behandlade som en unik individ. Författarna menar att då röntgensjuksköterskan ska få patienten att känna sig sedd och respekterad är det viktigt att hon tilltalar patienten med namn, ger

den tid och visar empati vid undersökningen. Att hälsa på patienten genom att ta i hand, ha ögonkontakt och att använda sig av ett lättförståeligt språk är andra viktiga beteenden för att patienten ska känna sig respekterad. Hon måste vara lyhörd för patientens behov så att hon kan utföra en individuellt anpassad omvårdnad av patienten. Människor har ett behov av att bli omtyckta och känna sig omhändertagna. Enligt Eide och Eide (2009) är en personlig relation mellan röntgensjuksköterskan och patienten bidragande till att patienten känner sig sedd och bekräftad i det lidande som cancersjukdomen orsakar. Genom att lidandet lindras skapas en bättre förutsättning för att uppleva meningsfullhet och detta kan åstadkommas genom en god omsorg av röntgensjuksköterskan (Eriksson, 1994).

Första intrycket av sjukvården kan vara avgörande både när det gäller positiva och negativa upplevelser av väntetiden och bemötandet. Första intrycket efter att patienten fått sin cancerdiagnos har stor betydelse för hur framtida förväntningar ser ut (Schaepe, 2011). Thorne, et al. (2010) visar på hur extra viktigt det är att etablera en god kontakt mellan patienten och sjukvården i början av "cancerresan". Målsättningen för röntgensjuksköterskan med sin omvårdningsförmåga är enligt författarna att etablera en god relation som kan bli bestående. Ett välplanerat och organiserat arbete underlättar för att kunna ge patienten bästa möjliga omhändertagande som förhoppningsvis blir en positiv upplevelse att bära med sig inför kommande besök.

Vid kontrollundersökning återkom ångesten och oron och för många blev känslan mycket starkare den här gången. Den obehagliga rädslan för recidiv startade redan flera dagar innan det var dags för kontroll. Någon tyckte till och med att den här känslan blev allt värre ju längre tid som hade passerat efter operationen (Sægrov & Halding, 2004). I detta möte kan det upplevas som positivt och tryggt att möta personal på röntgenavdelningen som är sedan tidigare känd för patienten då de flesta studierna i litteraturöversikten visade på önskemålet om kontinuitet vid sjukvårdskontakterna. Även om det vore önskvärt med mer kontinuitet vid röntgenundersökningar är det enligt författarna mycket svårt att leva upp till detta då personalgruppen är stor. Patienterna uppskattar dock mycket då de blir igenkända.

Det visade sig att sjuksköterskan kan ge ovärderligt stöd genom att lyssna och vara närvarande för patienten. Hon kan uppmuntra patienten att prata om sin oro samt att ytterligare ge omvårdnad för att lindra patientens oro och ångest inför operation och behandlingar (Moene, et al., 2006).

Röntgensjuksköterskan ingår i den stora vårdkedjan som patienten möter under sin cancersjukdom. Vid mötet med patienten i samband med röntgenundersökningar kan röntgensjuksköterskan utföra omvårdningsåtgärder utifrån patientens behov för att lindra oron och inge trygghet. Hon kan både vara stödjande genom sin förmåga att se både vad som krävs för att genomföra undersökningen samtidigt som hon lyssnar på patienten för att se dess behov. Det kan många gånger vara svårt för röntgensjuksköterskan att svara på patientens frågor gällande sjukdomen men det mest centrala och viktiga är att hon tar sig tid att aktivt lyssna på patienten (Andersson, et al., 2008).

En positiv arbetsmiljö baserad på ett gott samarbete mellan kollegor och andra yrkesgrupper främjar en god omvårdnad. Hur personalen på röntgenavdelningen betar sig mot varandra och mot patienten är av stor betydelse för hur patienten kommer att uppleva röntgenundersökningen. Både kroppsspråket, hur och vad som sägs är

avgörande för hur undersökningen kommer att upplevas av dessa känsliga patienter. Alla personalkategorier på avdelningen måste vara motiverade till att patienten ska sättas i centrum för att besöket på röntgenavdelningen skall bli en positiv upplevelse. För att kunna utveckla detta på bästa sätt är det viktigt att ta del av patientens förväntningar och upplevelser av besöket (Olivier et al., 2009; Andersson et al., 2008). Artikeln av Bolderston, Lewis och Chai (2010) visar på hur viktigt det är att omvårdnad sätts i centrum på en avdelning där personalen träffar många cancerdrabbade patienter. Personalen behöver ständig utbildning och stöd i hur de skall kommunicera och vårda cancerpatienter på ett professionellt sätt. Vi som författare ser att röntgenundersökningar är en viktig del i diagnosprocessen för människor med cancer och därför finns det behov av utbildning i omvårdnad av cancerpatienter även på en röntgenavdelning.

Slutsats och implikation för radiologisk omvårdnad

Efter denna litteraturöversikt har vårt intresse och vår förståelse för cancerpatienter och deras kamp mot sjukdomen blivit bredare. Uppsatsen var viktig för oss som röntgensjuksköterskor och utgör en grund att arbeta vidare med. Vi ville få en djupare förståelse för vad som utgör viktiga aspekter för en människa som drabbas av cancer. Vår målsättning är att utveckla omvårdnadsarbetet i mötet med patienten på röntgen.

Resultatet visar att stöd från närstående och sjukvårdspersonal bidrar till hur patienten hanterar sin sjukdom och därför är det viktigt att vi fokuserar på stödet i omvårdnaden.

Det är också viktigt att behandla patienterna som en unik individ och de ska känna sig bekräftade i tid, rum, person och situation. Fokus ska ligga på patienten och inte på röntgenundersökningen och patienten ska bli behandlad som en människa och inte som ett objekt. Dessa faktorer är något röntgensjuksköterskan bör ha i åtanke i mötet med cancerpatienten.

Väntan är en faktor som skapar oro och ångest för patienten och därför anser vi att det måste läggas resurser på att korta väntetiderna inom cancervården. På röntgenavdelningarna finns idag oftast svaret tillgängligt inom ett par dagar tack vare digitaliseringen och skulle därför kunna förmedlas tidigare till patienten.

Då radiografi är ett förhållandevis nyttillkommet akademiskt ämne är speciellt inriktade studier inom området bristfälligt. Studier med inriktning på radiografi och omvårdnad av cancerpatienter är ett område där det behövs mer framtida forskning.

REFERENSER

- Andersson, B.T., Fridlund, B., Elgán, C., & Axelsson, Å. B. (2008). Radiographers' areas of professional competence related to good nursing care. *Scandinavian Journal Caring Science*, 22, 401-409.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park California: Addison-Wesley, cop.
- Bolderston, A., Lewis, D., & Chai, M.J. (2010). The concept of caring: Perceptions of radiation therapists. *Radiography*, 16, 198-208.
- Cancerfonden. *Vad är cancer?* Hämtad 2011-10-03 från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Cullberg, Weston, M. (2001). *När beskedet är cancer: en stödbok*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Dickerson, S., Alqaissi, N., Underhill, M., & Lally, L.M. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1468-1479.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1941-1951.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (red). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund.: Studentlitteratur.
- Jakobsson, S., Horvath, G., & Ahlberg, K. (2005). A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic -strategies for achieving acceptance. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 248-257.
- Kristoffersen, J., Nordvedt, N., & Skaug, F. (2002). *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm : Liber.
- Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal Caring Science*, 2002:16, 216-223.
- Moene, M., Bergbom, I., & Skott, C. (2006). Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 199-207.

- Mulcahy, C. M., Parry, D. C., & Glover, T. D. The "Patient Patient": The Trauma of waiting and the Power of Resistance for People Living With Cancer. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1062-1075.
- Niemi, A., & Paasivaara, L. (2006). Meaning contents of radiographers' professional identity as illustrated in a professional journal - A discourse analytical approach. *Radiography*, 13, 258-264.
- Ollivier, L., Apiou, F., Leclère, J. Sévellec, M., Asselain, B. Brédart, A., & Neuenschwander, S. (2009). *Cancer Imaging*, 9, 92-97.
- Reitan, A-M., & Schölborg, T. K. (red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad: patient - problem -åtgärd*. Stockholm: Liber.
- Ringborg, U., Dalianis, T., & Henriksson, R.(red). (2008). *Onkologi*, Liber.
- Sægrov, S., & Halding, A.-G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care* 13, 145-153.
- 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.
- Schaepe, K. S. (2011). Bad news and first impressions: Patient and family caregivers accounts of learning the cancer diagnosis. *Social Science & Medicine*, 73, 912-921.
- Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2008). Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 60-67.
- Strang, P. (2006). *Leva nära cancer - när du eller någon närstående fått besked om cancer: symtom, diagnos, vård och behandling.*(2:a uppl.) Stockholm: Gothia förlag.
- Svensk förening för Röntgensjuksköterskor. *Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska*. Hämtad 2011-10-08 från http://www.swedrad.com/images/stories/kompetensbeskrivning/20110912_kompetensbeskrivning.pdf
- Svensk förening för Röntgensjuksköterskor. *Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor*. Hämtad 2011-10-08 från <http://www.swedrad.com/images/stories/yrkesetiskakod/Yrkesetiskkodsvensk.pdf>
- Thorne, S., Oliffe, j., Kim-Sing, C., Hislop, T.G., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E-A., & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*, 19, 746-754.
- Travelbee, J. *Mellenmenneskelige aspekter i sygepleje* (3; upplagan). (2006) Köpenhamn: Munksgaard. Danmark

BILAGA 1. - ARTIKELSAMMANFATTNING

Titel: Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery
Antal ref: 46
Författare: Dickerson, S., Alqaissi, N., Underhill, M., & Lally, L.M
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2011:67
Land: USA
Syfte: Beskriva gemensamma betydelser, gemensamma erfarenheter och metoder av socialt stöd för kvinnor mellan bröstcancerdiagnos och behandlingsstart.
Metod: Intervjuer från 18 kvinnor i mellanvästern USA 2005 med nyligen diagnostiserad bröstcancer som tolkades med en fenomenologisk tolkning.

Titel: Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery
Antal ref: 46
Författare: Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2011:67
Land: Norge
Syfte: Kvinnors erfarenheter efter att fått en bröstcancerdiagnos och väntar på primär bröstkirurgi.
Metod: Intervjuer gjordes med 21 kvinnor dagen före bröstkirurgi, mellan februari 2006 och februari 2007. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.

Titel: A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic-strategies for achieving acceptance
Antal ref: 34
Författare: Jakobsson, S., Horvath, G., & Ahlberg, K
Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing 2005:9
Land: Sverige
Syfte: Att undersöka cancerpatienters upplevelse av sitt först besök på en cancerklinik.
Metod: Kvalitativ studie byggd på Grounded theory. Nio patienter med olika cancerdiagnoser som kunde få botande behandling intervjuades.

Titel: Breast cancer and experiences of social support
Antal ref: 37
Författare: Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science 2002:16
Land: Norge
Syfte: Beskriva hur 10 norska kvinnor med ny diagnostiserad bröstcancer upplevde att leva med sjukdomen
Metod: En kvalitativ metod baserad på principerna i Grounded Theory användes. Data samlades inom genom djupintervjuer.

Titel: Patients' existential situation prior to colorectal surgery
Antal ref: 40
Författare: Moene, M., Bergbom, I., & Skott, C.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2006:54
Land: Sverige
Syfte: Belysa patienters existentiella situation före kolorektal kirurgi
Metod: Hermeneutisk fenomenologisk studie där intervjuer genomfördes av 28 patienter en vecka före operation under 2002.

Titel: The "Patient Patient": The trauma of waiting and the power of resistance for people living with cancer
Antal ref: 42
Författare: Mulcahy, C. M., Parry, D. C., & Glover, T. D.
Tidskrift: Qualitative Health Research 2010:20
Land: Canada
Syfte: Undersöka om Gildas klubb kan öka möjligheten att stå emot rollen som den goda och tålmodiga patienten. Vill få en bättre förståelse hur cancerpatienterna klarar av de långa väntetiderna inom Kanadas sjukvård
Metod: En kvalitativ studie byggd på grounded theory. I studien intervjuades 20 kvinnor och 5 män.

Titel: Patients experiences and preferences: development of practice guidelines in a cancer imaging department
Antal ref: 16
Författare: Ollivier,L., Apiou,F., Leclère,J. Sévellec, M., Asselain, B. Brédart, A., & Neuenschwander
Tidskrift: Cancer Imaging 2009
Land: Frankrike
Syfte: Att förbättra omhändertagandet av patienter på en röntgenklinik på ett cancersjukhus.
Metod: Patienterna fick fylla i ett frågeformulär angående upplevelser av röntgenundersökningen samt mottagandet av undersökningsresultatet. En både kvantitativ och kvalitativ studie.

Titel: What is it like living with the diagnosis of cancer?
Antal ref: 43
Författare: Sægrov, S., & Halding, A.-G.
Tidskrift: European Journal of Cancer Care 2004:13
Land: Norge
Syfte: Beskriva hur det känns att vara diagnostiserad med cancer, upplevelser av behandling och rehabilitering samt att delta i kontroller.
Metod: Kvalitativ studier. Intervjuer med 12 personer som erhållit en lyckad behandling.

Titel: Bad news from the patient's perspective: An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients.
Antal ref: 43
Författare: Salander, P
Tidskrift: Social Science & Medicine, 2002:55
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.
187 patienter blev tillfrågade, med nyligen diagnostiserad cancer (2-8 månader innan studien) från onkologikliniken vid ett universitetssjukhus.

Titel: Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care.
Antal ref: 73
Författare: Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D.
Tidskrift: Journal of Nursing Scholarship 2008:40
Land: England/ Schweiz
Syfte: Undersöka vad som fanns skrivet om den osäkerhet som patienter med bröst, prostata och kolorektal cancer har upplevt.
Metod: Review artikel av artiklar om osäkerhet hos cancerpatienter

BILAGA 2- LITTERATURSÖKNING

Sökord	Databas	Limits	Antal träffar	Antal granskade artiklar (inkl.)
Waiting	Cinahl	Inga	6697	0
Waiting AND Xray computed	PubMed	Eng, 10 år, Cancer	90	1 (1)
Waiting AND Experience	Cinahl	Inga	533	0
Waiting AND Experience AND Cancer patients	Cinahl	Inga	5	0
Waiting AND Experience AND Cancer patient*	Cinahl	Inga	28	2 (0)
Waiting AND Experience AND Cancer	Cinahl	Inga	63	3 (2)
Waiting AND Experience AND Cancer	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011	42	3 (0)
Waiting AND Experience AND Cancer	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser	25	2 (0)
Waiting AND Experience AND Cancer	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	19	2 (0)
Waiting AND Cancer AND Patient	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	104	1 (1)
Awaiting AND Cancer patients AND Surgery	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	14	2 (2)
Awaiting AND Cancer patients AND Surgery	PubMed	Eng, 10 år, Cancer	203	2 (0)
Awaiting AND Experience AND Cancer	PubMed	Eng, 10 år, Cancer	216	0
Cancer AND Bad news	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	75	3 (1)
Bad news AND Cancer experience	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	22	0
Cancer patients AND Neoplasms	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	18800	0

Cancer patients AND Experience AND Grounded theory	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	68	1 (0)
Cancer patients AND Experience AND Grounded theory	PubMed	Eng, 10 år, Cancer	60	0
Cancer patients AND Grounded theory AND Neoplasms	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	54	5 (1)
Colorectal neoplasms AND Uncertainty	PubMed	Eng, 10 år, Cancer	138	1 (1)
Colorectal neoplasms AND Uncertainty	Cinahl	Peer reviewed,2001-2011, Engelska, Abstrakt, Referenser, Research article	35	2 (0)
				30 (9)
Manuell sökning Landmark	Cinahl	Author	15	1 (1)