



Institutionen för hälsovetenskap

# Att finna en mening i en osäker och förändrad framtid

- Patienters upplevelse av palliativ vård

**Emma Andersson**

**Pernilla Wågberg**

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå  
Sjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst  
Höstterminen 2019

---

**Titel** Att finna en mening i en osäker och förändrad framtid  
-Patienters upplevelse av palliativ vård

- Finding a meaning in an uncertain and changed future  
○ -Patients experience of palliative care

**Författare** Emma Andersson  
Pernilla Wågberg

**Handledare** Birgitta Stenström

**Examinator** Ina Berndtsson

**Institution** Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap

**Arbetets art** Examensarbete i omvårdnad 15 hp

**Program** Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

**Termin** HT 2019

**Antal sidor** 16

---

## Abstract

**Background:** The purpose of palliative care is to give the patients a good quality in the end of life, relive suffering and help them live life as normal as possible. The patients should always be involved in their own care. **Aim:** The purpose of this study was to illustrate how patients experience palliative care. **Method:** This is a literature-based study that is based on nine qualitative analyzed articles. The articles analyze was based on Friberg five step model. **Results:** The results presented in two categories: I'm changing and A safe response. The results show that it's important to be aware of every human's individual needs and thoughts in palliative care to give the best care. **Conclusion:** This study shows that lack of time on hospital care affect patients care negatively. The best palliative care is the one given to patients at their own home.

**Keywords:** Life Change Events, Palliative Care, Patients experiences, Patients perception and Patients perspective

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Palliativ vård uppfattas för många som ett känsligt ämne. Att jobba som sjuksköterska innebär i många kontexter att kunna utföra denna typ av vård. Den viktigaste aspekten för att kunna ge människor i behov av palliativ vård den bästa hjälpen är deras perspektiv på hur det är att vårdas och vara i behov av palliativ vård. Studien baserades på nio omvårdnadsvetenskapliga artiklar som söktes fram i tre olika databaser och analyserades genom att plocka ut nyckelfynd ur varje resultat som sammanställdes till denna studies resultat. Resultatet visar att människan vill bli sedd i sin helhet och inte bara vårdas för sina fysiska symtom. Det visar även att människor med svår smärta orsakat av en obotlig sjukdom upplever att de tappar sin identitet och blir helt förändrade om inte smärtan kan kontrolleras. Det framkom också att människans önskan var att få vara hemma så länge det bara går och med det även vårdas hemma. Människorna ansåg det mer värdigt att få vårdas hemma i sin egen trygga miljö och även att den palliativa vården ges bäst hemma. En pionjär inom den palliativa vården är Dame Cicely Saunders och hon la grunden till att se hela människan i kombination med mediciner. I den palliativa vården finns det många etiska dilemman som ska tas hänsyn till. För att få den bästa vården behövs en relation mellan patient och sjuksköterska för att sjuksköterskan ska kunna se till varje enskild människas behov och vilja. Mer kunskap om palliativ vård behövs och då framförallt inom sjukhusverksamhet då det framkommit mer negativa upplevelser där.

## Innehåll

Inledning .....	1
Bakgrund .....	1
Palliativ vård .....	1
Hospice .....	2
Etiska dilemman .....	3
Teoretiska utgångspunkter .....	3
Lidande .....	3
Värdighet .....	4
Sjuksköterskans funktion .....	4
Problemformulering .....	5
Syftet .....	5
Metod .....	5
Litteratursökning .....	5
Urval .....	6
Analys .....	6
Resultat .....	7
Jag förändras .....	7
En vandrande smärta .....	7
Behandling eller inte behandling .....	8
Ett förändrat liv .....	8
Tro och hopp .....	8
Ett tryggt bemötande .....	9
Var här och nu .....	9
Att vårdas av palliativa teamet .....	9
Gör mig delaktig .....	10
Ditt beteende påverkar mig .....	11
Diskussion .....	12
Metoddiskussion .....	13
Slutsatser .....	15
Praktiska implikationer .....	15
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde .....	16
Referenser .....	17

## Bilagor

- Bilaga I tabeller över litteratursökningen
- Bilaga II granskningsmall för kvalitativa studier
- Bilaga III översikt över resultatets artiklar

## **Inledning**

Yrket som sjuksköterska innebär många gånger att vårda sjuka människor där vissa av de människorna som vårdas inte klarar sig och avlider. Sjuksköterskorna ska i dessa situationer arbeta efter den etiska koden som innebär att lindra lidande och främja hälsa vilket är av yttersta vikt vid vård i livets slutskede. En viktig aspekt är då den enskilde människans perspektiv på vad livskvalité innebär vid palliativ vård för att på bästa sätt kunna hjälpa till i den svåra tiden som är. Att få palliativ vård och en god omvårdnad den sista tiden i livet kan bidra till hur och om människan känner livskvalité innan denne avlider. Sjuksköterskorna ska också i sin profession stötta människans närstående då de också drabbas. Palliativ vård är komplext och någonting som kan komma att påverka en stor del av människorna i samhället, deras perspektiv blir här centralt för att som sjuksköterska kunna möta människans behov och ge en bra omvårdnad. Cirka 90 000 människor dör varje år i Sverige, av dessa är det ungefär 80 procent som dör en förväntad död (Furst, 2014) och ungefär 70000–75000 av dessa människor är i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016).

I studien förekommer tre olika begrepp gällande människan. Genomgående i bakgrunden finns begreppet människa. Människa är ett personcentrerat begrepp som beskrivs som en helhet innehållandes; Kropp, själ och ande (Lindwall, 2017; Malm & Gustin, 2017; Sivonen, 2017) I vårdsammanhang förekommer begreppet patient då ordet patient står för människan som vårdas (Kasén, 2017). Artiklar i resultatet benämner människan som deltagare då de deltar i studier därför valdes samma begrepp i resultatet till denna studie.

## **Bakgrund**

### **Palliativ vård**

Mantel symboliserar den omsorg som ges den döende människan och det är ett annat ord för palliativ vård, som från början kommer från det latinska ordet pallium (Svenska palliativregistret u.å.). Palliativ vård handlar om när det inte längre går att bota grundsjukdomen men om att ge människan så god livskvalité som möjligt utefter dennes önsknings. Palliativ vård syftar även till att ge en helhetsvård där lindring av smärta, psykologiska och sociala behov ska tillgodoses (Sveriges Riksdag, 1997). World Health Organization (WHO) definierar palliativ vård som en metod där målet är att förbättra människornas livskvalité som är förknippat med svår sjukdom genom att lindra lidandet, behandla smärta men även andra problem såsom de fysiska, andliga och psykosociala. WHO menar även att det är viktigt att se och bekräfta livet men också se döden som en normal process. Stöd ska erbjudas som gör att människan kan leva ett så normalt liv som möjligt (WHO, 2002). Tidigare forskning beskrev deltagarnas kamp om att få vara delaktiga i sina egna liv efter att de diagnostiserats med en obotlig sjukdom. Hur delaktiga de var i sitt eget liv berodde oftast på var i sin sjukdom de befann sig, det vill säga hur mycket symtom orsakat av sin sjukdom de hade. Deltagare berättade även att de slet med en maktlöshet, att de tappade sin egen makt. De uppgav att den värsta makten de förlorar var makten om kontroll om ens egen död. Det uppkom i samband med att symtomen från grundsjukdomen blev sämre och att de då kanske behövde bestämma hur livet för familjen skulle vara efter deras bortgång (Thomse., Hansen, & Wagner 2011).

Den palliativa vården har en värdegrund som är uppdelad i fyra olika delar: närhet, helhet, kunskap och empati. De fyra olika delarna står tillsammans för att människor sällan vill vara ensamma utan vill ha någon hos sig. Att se till deras helhet och med det få hjälp med andra saker som inte bara rör den basala omvårdnaden. Patienterna behöver kunskap angående den palliativa vården, både vad det gäller omvårdnaden men även inom det medicinska för att öka människors livskvalité. Det är även viktigt att personal som vårdar patienter som är i behov av palliativ vård ser till de enskilda patienternas behov och situation genom att visa omtanke och respekt (Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2016a). Den palliativa vården brukar delas upp i tidig och sen fas. Den tidiga fasen syftar till att ge behandling som ökar livskvaliteten och förlänger livet för den som fått en obotlig sjukdom. Börjar behandlingen däremot göra mer skada än nytta övergår människan till den sena fasen i palliativ vård, där behandlingen avbryts och vårdens syfte blir att lindra symtomen och lidandet. När en människa hamnar i övergången från tidig till sen fas krävs ett brytpunktssamtal som inkluderar denne och närstående. Brytpunkten mellan faserna föregås av en noggrann helhetsbedömning av människans tillstånd (Nationella vårdprogrammet för palliativ vård, 2016b). Vid denna tidpunkt ingår människan i någonting som kallas brytningsprocessen. När människan övergår i denna process ska ett samtal med denne genomföras om förhoppningar, farhågor och förväntningar. Brytningsprocessen är den samma oavsett var palliativ vård fås och hänsyn tas alltid till en mängd olika faktorer vid medicinska beslut och olika behandlingsalternativ. Alla beslut ska i första hand tas i samråd med patienter som vårdas med palliativ vård, om det inte går beslutas vården i samråd med närstående och besluten grundas då främst i om människan har gett uttryck för sin vilja. I de fall där samråd inte är möjligt ska läkaren ta beslut om vad som är bäst för patienten (Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2016a). Alla beslut som ska tas har en utgångspunkt med respekt gentemot den enskilda människan men ska även se till dennes integritet och självbestämmande (SFS 2017:30).

## Hospice

En omtalad kvinna och pionjär inom palliativ vård är Dame Cicely Saunders. Hon arbetade som sjuksköterska, socialarbetare och till slut läkare. Förutom detta lade hon även grunden till St Christophers Hospice år 1967 (Saunders & Clark, 2006). Dame Cicely inspirerades av en sjuk man som satt fänge i ett koncentrationsläger i Polen som hon kom att fatta tycke för. Mannen var svårt sjuk och dog efter en kort tid, han hade då donerat pengar till Dame Cicely. Pengarna ville han att hon skulle investera i ett nu så kallat hospice och därmed sprida sin helhetssyn vid vård av den döende människan över hela världen (Eckerdal, 2012). St Christophers Hospice var det första hospice som använde morfin som en effektiv drog för svår smärta och tog fram detaljerade studier som handlade om nya sätt än tidigare att behandla symtom inom palliativ vård. Dame Cicely menade att flera olika kompetenser behöver samarbeta för att kunna tillgodose den döende människans behov. Dame Cicely var den första att se människan bortom sjukdomen och menade att den döende människan är mer än en patient som behöver få kontroll på sina symtom. Dame Cicely lade grunden för en kombination av medicinsk vård och ett holistiskt tänkande. Hon menade att människans behov är fysiskt, emotionellt, socialt och andligt. Genom hennes erfarenhet av hospicevård och ett holistiskt tänkande utvecklade hon stöd för familjer vars familjemedlem har dött (Saunders & Clark, 2006). Ett hospice är speciellt anpassat för vård av döende personer och i Sverige fungerar de palliativa teamen även som hospice (Eckerdal, 2012).

## Etiska dilemman

Etik inom den palliativa vården utgår från två grundprinciper som handlar om att göra gott och minimera skada. I praktiken innebär det att överväga för- och nackdelar mot varandra i olika beslut gällande behandling som tas tillsammans med patienten. Dessa principer ska dock tas i samband med följande tre begrepp; respekt för livet, respekt för människans autonomi och rättvisa i användning av begränsade resurser (WHO, 1990). En etisk aspekt kan vara om en patient inte längre ska ges hjärt- och lungräddning (HLR). Det är ett beslut som ska tas individuellt utifrån varje patient. Det etiska beslutet om att inte längre ge någon HLR grundar sig i medicinska beslut och det är beslut som ska tas av en legitimerad läkare som måste samråda beslutet med en legitimerad yrkesutövare som till exempel en sjuksköterska. (Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2016a). Tidigare forskning visar på andra etiska dilemman som finns inom den palliativa vården som exempelvis hur patienter prioriteras. Är det en kollega som vårdas prioriteras den högre liksom en patient som personalen vårdat under lång tid, vilket ofta leder till en mer nära relation mellan vårdpersonal och patient. Risken blir då att det blir en favorit och att den patienten prioriteras högre än andra patienter (Philip et al., 2019).

## Teoretiska utgångspunkter

### Lidande

Eriksson (1994) definierar lidande som någonting plågsamt som besvärar människan och som denne måste leva med. Vårdpersonalens ansvar är att minska patientens lidande men inte sällan skapar vården ett lidande istället vilket gör ansvaret att lindra lidande till en utmaning. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande är något som förekommer inom vården. Sjukdomslidande är lidande i form av smärta av sjukdom eller behandling. Sjukdom ger ofta upphov till smärta i form av kroppslig smärta och även om smärta inte är adekvat kopplat till begreppet lidande går smärta och lidande att koppla samman och genom att smärtlindra patienten kan lidandet lindras. Smärta av sjukdom påverkar hela människan då en stark kroppslig smärta som ger upphov till lidande tar mycket uppmärksamhet från den sjuke. Sjukdomslidande kan orsaka andligt/själsligt lidande som kopplas till patientens upplevelser av sin sjukdom i form av exempelvis skam eller skuld eller till vårdpersonalens och samhällets dömande attityder till sjukdomen. När människan själv känner känslor av att ha levt fel och därmed bidragit till utvecklingen av sin sjukdom så förekommer känslan av exempelvis skuld.

Vårdlidande innebär en förminskning av patientens värde som människa. När vårdpersonal exempelvis inte innehar ett etiskt förhållningssätt och ignorerar eller slarvar vid tillfällen då patienten behöver skyddas. Vanligaste formen av vårdlidande och kränkning av människan är situationer gällande intima och personliga frågor. Vårdpersonal kan till viss del avgöra vad de anser är bäst för patienten men patienten måste i slutändan få frihet att välja själv. Vårdlidande orsakas också av maktutövning då utövning av makt innebär frantagande av en annan människas frihet. Den som inte har makten kan känna tvång att göra någonting som inte är av sin fria vilja, om exempelvis vårdpersonal tvingar patienter till sådant som de inte orkar innebära det maktutövande och samtidigt så frantas patienten rättigheten till att vara just patient och detta kan skapa en känsla av maktlöshet (Eriksson 1994).

Livslidande innebär ett lidande som omfattar hela människans livssituation och det kan innebära att ens existens är hotad eller påverkad vilket kan innebära att människan inte kan fullfölja sociala uppdrag. Livslidande kopplas till livet och dess innehåll, ens existens och samspel med omvärlden. När ens existens hotas, exempelvis vid ett dödsbesked, men utan att få veta när döden kommer att inträffa kan lidandet växa och letandet efter en ny mening och ett nytt sammanhang börjar. Människan kan då tvingas till förändringar av sin livssituation. Ett livslidande kan innebära att en människa går från att ha känt sig som en helhet till att bli en människa bestående av olika delar där ens inre och yttre inte går ihop (Eriksson 1994). Lidandet i palliativ vård handlar ofta om sorgen över det man inte har gjort i livet, det som man har gått miste om, att skiljas från nära och kära, att försvinna och inte längre finnas (Strang, 2012).

## **Värdighet**

Värdighet är ett begrepp som funnits under lång tid och är en viktig och betydelsefull del för människan. Värdighet är dock ett komplicerat begrepp som inte alltid har en exakt definition då det grundar sig i människors personliga upplevelser och varierar mellan olika människor. Det finns två olika dimensioner av värdighet, beständig värdighet och föränderlig värdighet. Den beständiga värdigheten förklaras som någonting som är givet människan bara för att denne just är en människa. Detta begrepp är något som belyser människans absoluta värde som inte kan tas ifrån denne och det symboliserar även människans frihet och ansvar. Föränderlig värdighet är påverkat av kulturen och samhället och kan även definieras som inre värdighet, det vill säga en upplevd känsla av värdighet. Så länge själva upplevelsen av att betyda någonting för någon finns kvar är det större möjlighet för människan att känna värdighet. Ensamhet är en sak som kan göra att ens värdighet blir hotad på grund av att känslan av att inte känna sig lika viktig längre kan uppkomma. Den värdighet som människor har finns i stor utsträckning i ett samband med att kunna klara sig själv och inte vara beroende av någon annan, även en strävan om att vara självständig och ha sin frihet bevarad är viktigt för att känna värdighet (Edlund 2002).

## **Sjuksköterskans funktion**

Sjuksköterskans grundläggande funktion är enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod att lindra lidande, främja hälsa, återställa hälsa och förebygga sjukdom. Att möta patienter med respekt för mänskliga och kulturella rättigheter och stärka deras värdighet är grundläggande för att ge en god omvårdnad. Sjuksköterskan ska vara lyhörd, medlidande och inneha en trovärdighet. Sjuksköterskor ansvarar över sitt sätt att arbeta och ska själva söka efter ny vetenskaplig kunskap som utvecklar deras yrkeskompetens och kontinuerligt reflektera över sitt förhållningssätt. Patientens säkerhet får aldrig äventyras och här ingår också sjuksköterskans ansvar över att ta hand om sin egen hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Tidigare forskning belyser hur sjuksköterskor beskriver viktiga egenskaper när det kommer till att vårda patienter inom palliativ vård. De beskrev det viktigt att kunna förutse möjliga beslut och att uppfylla samt möta patientens önskemål och preferenser för vård. De beskriver det som att försöka sätta sig in i "patientens skor" för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt och att samtidigt tänka, är det rätt sak att göra, vad målet är och om målet är vettigt. Människan behandlas med respekt och ses som en person bortom sjukdomen med all värdighet och ska alltid vara inkluderad (Hernández-Marrero, Fradique & Pereira, 2019).



## **Problemformulering**

Palliativ vård är någonting som sjuksköterskor med sannolikhet kommer stöta på inom sitt yrke. Hur sjuksköterskan ger den vården kommer bidra till vilken livskvalité människor kommer ha sin sista tid i livet. Dame Cicely gav år 1967 starten till ett holistiskt tänkande i samband med medicinsk vård för den döende människan. Innan hade medicinsk vård dominerat men hon menade att hänsyn behöver tas till hela människan vilket innebär att tillgodose fysiska, emotionella, sociala och andliga behov. För att tillämpa ett holistiskt tänkande behövs kunskap om patienternas upplevelse av den palliativa vården. Det som behövs är att ta reda på vad som främst orsakar de negativa upplevelserna av omvårdnaden för att kunna reflektera över hur det kan undvikas och stärka de positiva upplevelserna. Vår studie syftar till att få en överblick i vad som patienten anser vara en god omvårdnad i slutet på livet.

## **Syftet**

Syftet med detta examensarbete var att belysa patienters upplevelser av palliativ vård.

## **Metod**

Denna studie grundar sig i en kvalitativ metod. Metoden valdes då vi ville undersöka patienternas upplevelser och Segesten (2017) beskriver kvalitativa studier som mest lämpligt när syftet är patientens upplevelser och erfarenheter.

## **Litteratursökning**

Studien grundar sig i nio omvårdnadsvetenskapliga artiklar som söktes fram i databaserna PubMed, CINAHL och psycINFO då vår litteraturstudie syftar till omvårdnad. Sökning gjordes i PubMed som riktar in sig på omvårdnad och medicin med sökorden Life change events och Palliative care, till de orden gjordes en frassökning (“”) och orden söktes ihop (“Life change events” AND “palliative care”) för att få orden som Polit och Beck (2017) skriver i kombination med varandra i de artiklar som söktes fram. Att avgränsa sin sökning genom att använda AND förklarar de som en boolesk sökning som avgränsar eller expanderar sökningen ytterligare.

Sökningarna som gjordes i databasen CINAHL vars huvudinriktning är omvårdnadsforskning innefattade sökorden Palliative care, patients’ experiences och patients perception. Här användes trunkering (\*) som enligt Östlundh (2017) behövs vid sökningar på ordets möjliga böjningsformer eftersom databaserna inte automatiskt söker upp böjningar av ett ord. Frassökning (“”) lades till så ordens ordning stämmer överens med artiklarna. Palliative care söktes som Exact Subject Heading (MH) då fokus bland annat ligger på palliativ vård, resterande sökord söktes med Abstract (AB) för att säkerställa att de återfinns i artiklarna då få sökord riktade mot litteraturstudiens syfte användes.

Sökningar gjordes även i PsycINFO vars huvudinriktning är psykologi då vi ville åt människors upplevelser och erfarenheter ansåg vi att det var lämpligt. Sökorden som användes här var palliative care, patients perspective och patients perception, även denna sökning inkluderade trunkering och frassökning. Avgränsningar som användes var English, peer reviewed och artiklar

publicerade mellan 2009 - 2019 för att inte inkludera för gammal forskning, samma avgränsningar användes i alla sökningar (bilaga I)

En av artiklarna som användes till denna studie söktes fram genom en sekundärsökning. Östlundh, (2017) rekommenderar att en sekundärsökning görs och beskriver det som en mycket effektiv metod som bör användas för att få fram ett bra slutresultat. Genom att inte göra en sekundärsökning kan sökprocessen annars ta längre tid och bra litteratur kan missas.

## Urval

Sammanlagt lästes 35 hela artiklar från olika delar av världen och de som inkluderades i studien var de artiklar som vi ansåg svarade mot vårt syfte. Totalt nio artiklar ingick i resultatet och vi valde att inkludera kvalitativa artiklar som var skrivna ur patientens perspektiv. Avgränsningar vid sökningen som gjordes var, peer reviewed, skrivna på engelska och publicerade mellan 2009–2019. Alla artiklar valdes oberoende av patientens ålder, sjukdom eller kontext. Exklusionskriterierna var de artiklar som innehöll kvantitativ metod då det rekommenderas kvalitativ metod när det är upplevelser och erfarenheter som ska studeras (Friberg, 2017). Alla artiklar granskades enligt Högskolan Väst framtagna granskningsmall för kvalitativa studier (bilaga II). En artikel exkluderades under arbetets gång då den endast innehöll två deltagare och hade ett resultat som bara var ett par meningar långt, vi ansåg att den hade LÅG kvalité och den valdes därför bort.

## Analys

De valda kvalitativa artiklarna analyserades utifrån Fribergs (2017) femstegs modell, vilket innebär att var och en av artiklarna först ska läsas ett flertal gånger för att skapa en känsla av vad de handlar om. Därefter markeras nyckelfynd i varje enskilt resultat som svarar mot syftet. I steg tre sammanställs varje studies resultat i ett dokument och i steg fyra identifieras likheter och skillnader i studiernas resultat, nya underkategorier och kategorier skapas och till sist redovisas varje kategori och hur de hänger ihop utifrån den text som fångats upp i artiklarna (Friberg, 2017).

Vi analyserade artiklarna genom att först läsa dem en och en ett flertal gånger. Genom att först läsa de flera gånger var och en för sig skapades en känsla för artiklarnas innehåll. När känslan för var och en av artiklarnas innehåll hade skapats, identifierade vi gemensamma nyckelfynd i varje enskilt resultat genom olika färgmarkeringar som symboliserade likheter och skillnader. Därefter sammanställdes nyckelfynden i varje resultat genom sina färgkoder i ett Worddokument på datorn beroende på skillnader och likheter som varje studie hade med varandra. När likheter och skillnader hade sammanställts i dokumentet så skapades nya kategorier och underkategorier som passade till de sammanställda nyckelfynden i artiklarnas resultat som vi fångat upp i Worddokumentet. Varje kategori och underkategori redovisas utifrån den texten vi fångat upp från alla artiklar vilket utgör denna studies resultat. Artiklarna som valdes presenteras i en analysstabell (bilaga III).

## Resultat

I resultatet framkom två kategorier och åtta underkategorier se tabell 1.

Tabell 1.

Kategorier	Underkategorier
Jag förändras	En vandrande smärta Behandling eller inte behandling. Ett förändrat liv Tro och hopp
Ett tryggt bemötande	Var här och nu Att vårdas av palliativa teamet Gör mig delaktig Ditt beteende påverkar mig

### Jag förändras

Kategorin, Jag förändras präglades bland annat av deltagare som ville leva ett så vardagligt liv som möjligt men det kunde vara svårt då de exempelvis inte visste vilka dagar de var kapabla till att köra bil. Ekonomin kunde hindra då de inte kunde följa rekommendationer för palliativ vård då de inte hade råd med det. Upplevelse av svår smärta förändrade deras personlighet och gjorde att de kände att de tappat bort sin identitet. När deltagarna mådde bra kändes tillståndet överkligt och först när röntgenbilder exempelvis, visades på deras cancer mellan behandlingarna blev tillståndet verklighet.

### En vandrande smärta

Deltagarna som fick palliativ vård hade oftast någon form av smärta som de handskades med. De uppfattade att de själva var bra på att beskriva sin smärta och när symtomen på smärta var på väg. Deltagarna beskriver att när smärtan varierade och flyttade på sig mellan olika ställen på kroppen var det svårare att hantera smärtan och smärtan blev då även mer okontrollerad. De upplevde en oro när smärtan kom eller ändrade karaktär då de inte visste vad som hände. Funderingar som uppstod var ifall smärtan var en konsekvens av att deras grundsjukdom höll på att förvärras (Allsop, Taylor, Bennett & Bewick, 2019). I samband med smärta upplevde deltagarna att de lättare blev deprimerade och att de fick ”dumma” tankar som for runt i deras huvud. Att behöva kämpa med depression och en okontrollerad smärta gjorde att de upplevde det svårt att kunna koncentrera sig på annat än deras fysiska och mentala lidande (Walczak et al., 2011). Några av deltagarna beskrev att svår smärta ledde till att de tappade bort sin egen identitet och att deras personlighet förändrades (Black, McGlinchey, Gambles, Ellershaw & Mayland, 2018) Var

deltagarna däremot smärtlindrande upplevde de att humöret blev bättre vilket ledde till att de fick ett större utrymme att anpassa sig och accepterade sitt tillstånd (Walczak et al., 2011).

Medicinering var det primära sättet för deltagarna att kunna kontrollera smärtan men de använde sig också av icke farmakologiska sätt att försöka lindra sin smärta såsom att bada eller sova. De flesta hade en rädsla för att uppleva smärta vilket gjorde att de ofta hade medicinerna nära till hands (Allsop et al., 2019). När deltagarna väl blev smärtlindrande upplevde de en helt underbar känsla och den beskrev som att de då fick då en möjlighet att sova gott. Att bli smärtlindrad bidrog till att kunna känna en förkroppsligad medkänsla, få en ökad värdighet och känna sig värderad som en människa (Black et al., 2018). Deltagarna var även tacksamma över att deras smärta kunde kontrolleras utanför sjukhuset (Coulourides Kogan, Enguidanos & Penido, 2015).

### **Behandling eller inte behandling**

När vissa av deltagarna hade fått diagnos om att de hade en obotlig cancer hade läkarna informerat dem om att det fanns en palliativ cytostatikabehandling att tillgå. Deltagarna var medvetna om att denna behandling inte var botbar utan bara en förlängning på livet. De uppgav att deras enda alternativ till att få leva lite längre var att acceptera behandlingen trots vetskapen om att det var både fysiskt och mentalt påfrestande med potentiella biverkningar som en konsekvens. Deltagarna förklarade även att de visste att tackade de nej till behandlingen skulle det innebära en tidigare död. När de fick denna cytostatikabehandling fanns det en plan för den utifrån vad deras röntgensvar visade. De upplevde en stress mellan de olika tillfällena för röntgenundersökningarna då de inte visste vad läkaren skulle säga efter nästa svar, om behandlingen kunde fortsätta eller inte (Martinsson, Axelsson & Johansson, 2015). Deltagarna uppgav även att när de mådde bra kändes döden överklig men när de fick se resultatet på en röntgen och se canceren som växte i deras kropp blev det verklighet för dem. Deltagarna berättade även att de fortsatte cytostatikabehandlingen enbart för familjens skull, de beskrev att familjen hade svårt att acceptera deras sjukdom. Deras önskan var att familjen skulle acceptera situationen och stödja deras val vilket då skulle göra det lättare för deltagarna själva att acceptera sin sjukdom och göra sina egna val (Walczak et al., 2011).

### **Ett förändrat liv**

Centralt var känslan av att kämpa med att hitta en mening i livet i en osäker och förändrad framtid (Black et al., 2018). Deltagarna hade en känsla av normalitet som berodde på att de kunde fortsätta med dagliga aktiviteter vilket var viktigt för dem. Då de fått sin diagnos var känslan av normalitet svårare att uppnå då symtom som trötthet och dåligt humör hindrade upprätthållandet av en god livskvalitet (Allsop et al., 2019). Deltagarna beskrev att måendet påverkades positivt av att ännu kunna passa barnbarnen, ta hand om sig själva och sköta hemmet (Walczak et al., 2011). Läkarbesök beskrevs som ett problem vid poliklinisk vård då det inte gick att veta innan om man just denna dag var kapabel till att själv köra bil själv då symtom kunde uppstå. En annan aspekt som uppkom var då deltagarna upplevde ekonomiska hinder vilket gjorde det svårt för dem att följa rekommendationer för palliativ vård (Li et al., 2017)

### **Tro och hopp**

Deltagare som hade en religiös tro hade lättare att acceptera sin prognos och att slutet var nära (Walczak et al., 2011). De beskrev att det var okej om Gud ville ta dem nu. Ville han ha kvar dem på jorden ett tag till så deltagarna fick en chans att vara längre med sin familj så tyckte de att detta var okej det med, deltagarna menade att oavsett så blir det bra (Li et al., 2017). För en del associerades hopp med att kunna uppnå personliga mål som att komma hem, kontrollera smärtan

och spendera tid med sina familjemedlemmar (Coulourides Kogan et al., 2015). För vissa handlade livet om att leva på hopp, att ett mirakel skulle inträffa och en ny behandling upptäckas som kunde bota dem (Martinsson et al., 2015).

## **Ett tryggt bemötande**

Denna kategori syftar till hur deltagarna upplevde trygghet när de får palliativ vård. Trygghet innefattade många aspekter så som personalens tid, ärlighet och att få vara delaktiga. Upplevelsen av att personalen tog sig tid och var här och nu samt att de var ärliga och inte lät stressen ta över bidrog till att deltagarna upplevde ett bra bemötande. Palliativa teamet beskrevs som idealiskt och upplevelsen att personalen som arbetade i sådana team verkligen lyssnade på deltagarnas behov vilket bidrog till en mer positiv syn på palliativ vård. De flesta deltagarna beskrev att de ville vara delaktiga och få ärlig information medan en del inte kände sig redo för en del information. De föredrog också att vårdpersonal satte sig in i deras situation för att försöka se tillståndet från deras perspektiv för att kunna möta deras behov. När personal inte var involverade eller engagerade sig i deltagarnas vård påverkade det deras upplevelse av vården negativt.

## **Var här och nu**

Deltagarna som fick vård hemma såg fram emot att få besök av vårdpersonal då det blev ett avbrott i deras dagliga rutiner och de upplevde att personalen hade tid för dem. De kände också att teamet som kom inte var stressade och deltagare tyckte därför denna vårdform var extra bra. Deltagarna kommenterade att de inte var vana vid att vårdpersonalen tog sig tid och inte stressade (Svensson & Wåhlin, 2018). Det var av högt värde att vårdpersonal som behandlade deltagarna hemma faktiskt tog sig tid och deltagarna beskrev att det också gav dem tid till att se över saker (Coulourides Kogan et al., 2015). Inom akutsjukvård upplevde deltagarna att vårdpersonal ofta försökte besluta vad som var bäst att göra för deltagarna. Deltagarna upplevde att detta var på grund av brist på tid och resurser att kommunicera om beslut och detta upplevdes som inte värdigt. Deltagarna nämnde att de kunde be om medicin varpå sjuksköterskan informerade att denne gick och hämtade detta men återkommer först efter två timmar och detta uppskattades inte. Högt värderade var personalen som hade mycket att göra men ändå kunde ta sig tid och behandla deltagarna individuellt. Deltagarna menade att det var småsaker som gjorde skillnad, främst att personalen ville vara där och att de ville vårda. Sjuksköterskor som tog sig tid och satt och lyssnade en liten stund till problem om deras hälsa, livet och inte bara lämnade medicin var uppskattat (Black et al., 2018).

## **Att vårdas av palliativa teamet**

Deltagare beskrev en rädsla för att åka hem från sjukhuset men efter ett möte med det palliativa teamet som skötte vården hemma minskade rädslan. De blev mer bekväma med alla möjligheter som givits deltagarna inför vården hemma (Coulourides Kogan et al., 2015). Vården hemma anpassades till omständigheterna vilket gjorde att deltagarna upplevde mer stöd av personalen. Personalen upplevdes som positiva och hjälpsamma vilket fick deltagarna att uppleva trygghet. Deltagare beskrev att det uppfattades som unikt att personalen tog hand om hela personen och menade att detta uppnåddes av det palliativa teamet och detta var högt värderat (Svensson & Wåhlin, 2018). Deltagarna upplevde palliativa teamet som mer djupgående och vissa jämförde med en kirurgläkare som enbart svarar på frågor om kirurgi och den fysiska delen och menade att detta team såg till helheten. Teamet såg till fler saker än enbart den medicinska delen, utan även det psykiska välbefinnandet vilket uppskattades av deltagarna. (Coulourides Kogan et al., 2015; Li et al., 2017) Många upplevde även att teamet försökte tillgodose alla deras behov om

deltagarna berättade vad de ville (Li et al., 2017). När vården gavs hemma upplevdes en säkerhet, symtom togs på allvar och följdes upp. Många upplevde känslan av att ha ett tillgängligt telefonnummer där de kunde ringa när som helst och där någon alltid svarade gav känslor av trygghet och säkerhet. Att bli igenkänd av personalen som kom hem till dem uppfattades också som positivt. Att få vårdas hemma ansågs mer värdigt då deltagarna kunde ha sina egna ägodelar omkring sig, sina familjemedlemmar och miljön blev mer trygg och lugn. Hemma kände deltagarna att det var lättare att känna sig som en person (Svensson & Wåhlin, 2018). För de som var mobila var det skönt att kunna vårdas hemma då deltagarna själva kunde välja vad de ville göra om dagarna. Om deltagarna var pigga kunde de gå ut och träffa vänner om orken fanns. Det palliativa teamet fick deltagarna involverade i givande och meningsfullt beslutsfattande gällande deltagarnas egen hälsostatus, vård och önsknings (Coulourides Kogan et al., 2015). Deltagarna kände att de fick stöd men hade svårt att specifikt förklara hur, för många räckte vetskapen om att de hade tillgång till det palliativa teamet. Vissa ville vara hemma så länge som möjligt och helst även få dö hemma (Svensson & Wåhlin, 2018).

### **Gör mig delaktig**

Att inte få någon information eller att deltagarna fick en bristande information upplevdes som svårt då de undrade om personalen visste mer än vad de sa eller om de verkligen berättade hela sanningen (Black et al., 2018). Vid diskussioner och samtal om sjukdom och prognos ville och uppskattade deltagarna att vårdpersonalen skulle vara ärliga och förklara vad det var de faktiskt menade och att personalen var tydliga i sina svar (Walczak et al., 2011; Martinsson et al., 2015). Deltagarna ville ha förståelse för vad det var som höll på att hända med dem och de ville även veta vilka eventuella scenarion som kunde inträffa, de var exempelvis rädda för smärta och att smärtan skulle bli konstant (Black et al., 2018). Om deltagarna vid samtal om prognos och frågor som handlade om livets slut fick en förståelse för sin prognos upplevde de ett mer realistiskt hopp och de accepterade sin situation mer och fick då en ökad livskvalité. Detta ledde även till att deltagare som hanterade sin prognos med fokus på problemlösning och information kunde uttrycka sina behov bättre, men även anpassa sig mer till situationen (Walczak et al., 2011). En del uppfattade att vårdpersonal hade svårt att kommunicera med varandra mellan olika enheter och instanser. Detta ledde till att det var svårt att veta vem de skulle vända sig till för att få rätt information. De fick be om samma information från olika vårdinstanser och då även upprepa sig. Deltagarna upplevde det väldigt positivt när kommunikationen väl fungerade mellan olika vårdpersonal och olika vårdinstanser. Det var också positivt om de kunde få informationsbrev om vad som var bestämt och sagt så de slapp leta information själva samt när personalen höll sig uppdaterad om deltagarnas sjukdomshistoria (Jarrett, 2018). Under samtalen med vårdpersonal kom det upp diskussioner om hur lång tid deltagarna hade kvar att leva. De kände att det blev ett bättre samtal om både personalen och de själva var förberedda. Deltagarna upplevde det värdefullt om vårdpersonal kände självförtroende och var bekväma när det kom till att diskutera dessa frågor. De upplevde att en viktig faktor i samtalet var att det fanns en god kommunikation mellan dem och vårdpersonalen (Walczak et al., 2011). I samband med att prognosen ställdes var det många deltagare som i samtal med sin läkare tog upp och diskuterade hur lång tid de hade kvar att leva, deltagarna upplevde det som en osäkerhet att inte veta hur lång tid de hade kvar att leva och de visste också att svaret de fick av läkaren inte var hundra procentigt (Allsop et al., 2019; Martinsson et al., 2015). I samband med prognosen fick deltagarna information om att det fanns ett palliativt team de kunde få hjälp av den dagen de lämnade sjukhuset. En del som fått denna information kände sig dock inte redo för den kontakten och de kände sig heller inte redo att diskutera ämnet eller sin situation (Coulourides Kogan et al., 2015).

## Ditt beteende påverkar mig

Deltagarna upplevde att de kom i kontakt med mycket olika personal vilket en del inte alls tyckte om (Jarrett, 2018). Att deltagarna inte visste vem de träffade eller vem de pratade med i telefon gjorde att de upplevde en känsla av osäkerhet. Deltagarna berättade att när de mådde bra i sin sjukdom var det trevligt att träffa nya människor men de dagarna då de mådde dåligt ville de ha kända personer hos sig. Att träffa ny personal hela tiden ledde till en smärta hos deltagarna då de var tvungna att förklara sin situation på nytt hela tiden. För att få en minskning av antalet vårdpersonal var det många av deltagarna som önskade att de hade en kontaktsjuksköterska som de kunde lita på och ha mer kontakt med. Deltagarna upplevde det även som mer värdefullt att få träffa äldre kvinnliga sjuksköterskor jämfört med en yngre. Deltagare uppgav att de äldre kvinnliga sjuksköterskorna var mer kunniga och hade ett annat lugn än de yngre sjuksköterskorna. De upplevde att det var lättare att samtala med dessa (Svensson & Wåhlin, 2018).

Bemötandet beskrevs som en viktig del i vården. Deltagarna ville inte att personal eller anhöriga skulle visa någon form av sympati. Sympati sågs som tankar och lycka till önskningar, att människor visade sympati för deltagarna ansågs som något oönskat och falskt. Det gick ut på att lindra personalens eller anhörigas lidande i situationen. De ville inte heller att personal eller närstående skulle ge uttryck för att detta skulle vara sista gången de sågs. Sympati ansågs som något som hade en negativ inverkan på deltagarnas välbefinnande vilket ledde till att de blev mer deprimerade och tyckte mer synd om sig själv än innan. Deltagare menade att sympati kändes som något oäkta och falskt där sympati stod för att tycka synd om någon. Deltagarna beskrev att de inte ville att någon skulle tycka synd om dem utan ville istället ha hjälp (Sinclair et al., 2016). Personal som inte upplevdes vara involverade och var oengagerade kunde bidra till att deltagarna fick en negativ upplevelse av palliativ vård (Black et al., 2018). När deltagarna hade berättat för alla om sin situation och sjukdom ville de inte bli behandlade annorlunda utan de ville bli behandlade som innan (Walczak et al., 2011). När personal eller anhöriga däremot visade empati för deltagarna upplevdes det som mer positivt där de kände det som något mer emotionellt och engagerande. Deltagarna upplevde att personalen försökte anpassa sig mer individuellt till deras känslor för att kunna lindra lidandet. De upplevde att personal som visade empati försökte söka en djupare kontakt med deltagarna, personalen försökte sätta sig in i deltagarnas situation utifrån deras ståndpunkt och vad det innebar för deltagarna att gå igenom det de går igenom. Empati upplevdes av deltagarna som ett varmt och genuint sätt av personalen att försöka förstå deltagarnas känslomässiga tillstånd.

Då personal visade medlidande sågs det däremot som snällhet, ärlighet och genuint, det var något som utfördes av kärlek. Deltagarna menade att medlidande kom från den personal som tyckte om sitt jobb och att jobba med patienter. Medlidande kopplades samman med att sätta sina egna behov åt sidan för att istället möta deltagarnas behov. Ett sätt att visa sitt medlidande kunde vara en klapp på axeln för att visa att man fanns där. Empati beskrevs som en känsla där observatören satte sig in i patientens lidande och medlidande var att handla med den vetskapen (Sinclair et al., 2016). Hur en deltagare uppfattade olika situationer hade också med ålder att göra där de äldre deltagarna lättare accepterade situationen som den var då de oftast kände att de levte färdigt medan yngre deltagare hade svårare att acceptera sin prognos då de istället kände att de inte levte färdigt. Erfarenhet var en annan faktor som påverkade deltagarna och hur de hanterade olika situationer. De som hade haft en familj som tidigare slitits isär på grund av att en nära anhörig hastigt avlidit tyckte det var viktigt att ordna med sitt testamente och skriva en lista på hur de ville att saker och ting skulle vara efter deras död (Walczak et al., 2011).

# Diskussion

## Resultatdiskussion

Syftet med detta examensarbete var att belysa patienters upplevelse av palliativ vård. Resultatet visade på olika faktorer som deltagarna upplevde när de fick palliativ vård.

Resultatet visade att de som trodde på Gud accepterade sin prognos och menade att Gud hade en mening för dem, så vad som kommer hända är Guds vilja och det accepterade deltagarna. I enlighet med det Edlund, (2002) beskrev om värdighet, att känslan av värdighet hos en människa stärktes av att ha anknytning till andra, i resultatet såg vi att deltagare knöt an till Gud och fick en ökad känsla av värdighet. Med anledning av detta kan det anses att det var viktigt att ha någon anknytning till andra då ofrivillig ensamhet kan vara farligt. Annan forskning beskriver den att deltagare som trodde på Gud menade att Gud gav dem mening samt säkerhet och guidning vilket stärkte deras känsla av värdighet (Bylund-Grenklo, Werkander-Harstäde, Sandgren, Benzein & Östlund, 2019).

Denna studies resultat visade på att deltagarna gärna ville bo kvar hemma och kunna utföra dagliga sysslor. Även Bylund-Grenklo et al, (2019) menar att ett värdigt liv kunde förknippas med att kunna bo kvar hemma och leva ett så normalt liv som möjligt, vilket speglas i resultatet. Enligt Edlund, (2002) var känslan av stärkt värdighet kopplad med att kunna klara sig själv och inte bli beroende av andra. Detta anser vi vara rimligt då det framkom att hemmet var en mer trygg plats där människorna kunde känna frihet i avseende att de kunde göra vad de själva ville. Detta framkom flera gånger på olika sätt i resultatet, deltagare ville kunna leva ett så normalt vardagligt liv som möjligt.

I resultatet framkom det att de flesta deltagare ville kunna ha svåra samtal om döden och livets fortsättning med vetskap om att de ska dö. Detta kan kopplas till forskning om sjuksköterskor som uppfattade det som tufft att samtala om palliativ vård och frågor som rör döden, det var inte ett samtal som någon egentligen vill ha (Broom., Kirby., Good & Lwin 2016). Dock visade vårt resultat på att deltagarna ville samtala om palliativ vård samt döden såväl som att personalen skulle vara förberedda och bekväma i samtalet. Detta ansåg vi vara av värde att ha med sig då deltagarna ville samtala om döden med sjuksköterskor som kände sig bekväma med ämnet.

Eriksson (1994) beskriver att sjukdom kunde ge en smärta som påverkade hela människan och en stark kroppslig smärta kunde ge upphov till ett lidande som tog mycket uppmärksamhet från den sjuke människan. Resultatet påvisade att hos deltagare som har en sådan smärta tog den allt fokus och att de inte kunde koncentrera sig på annat än det fysiska- och mentala lidandet som kom av smärtan. I enlighet med det Eriksson (1994) beskrivit om att vårdlidande förekom när människan i slutändan inte fick välja beslut själv framkom i studiens resultat som visade på att vårdpersonal ofta bestämmer åt patienten då de ofta hade brist på resurser och tid att kunna kommunicera med patienten, vilket skapade ett vårdlidande. Vi anser att patienten alltid bör vara delaktig i sin egen vård och med vetskapen om att detta förekommer bör vårdpersonal vara extra försiktig och undvika att skapa ett vårdlidande.

Vi tyckte oss kunna se att grunderna Dame Cicely skapade för palliativ vård för mer än 50 år sedan visade sig på många sätt i resultatet då deltagare vårdades hemma. Där pratade de om att de blir sedda i sin helhet och inte utifrån sin sjukdom, de berättade hur teamet tog deras behov och symtom på allvar och såg människan bortom sjukdomen precis så som Dame Cicely ville att den döende



människan skulle vårdas (Saunders & Clark, 2006). I Patient lagen (SFS 2014:821) står det att patienten har rätt till en omsorgsfull sjukvård av god kvalitet som utövas i enlighet med beprövad erfarenhet och vetenskap. Vårt resultat visade på att det med största sannolikhet uppnåddes när patienterna fick vårdas hemma. Vi tyckte oss se ett mönster i resultatet som visade på att positiv kritik från patienterna oftast hade med bemötande och beteende hos vårdpersonal att göra. Människorna hade olika livserfarenheter och därmed betydde olika saker olika mycket för de så vikten av att möta varje människa individuellt ansåg vi också vara viktigt i samband med detta. Vi såg att önskvärt beteende och bemötande från personalen i resultatet var att de även tog hänsyn till det psykiska välbefinnandet och såg hela människan bortom sjukdomen och inte bara lämnade mediciner och lindrade den fysiska smärtan. Med detta mönster anser vi att det var av vikt att ta hänsyn till och reflektera över sitt eget bemötande och beteende som personal för att öka de positiva upplevelserna av vården.

När det kom till bemötandet framkom det i resultatet att deltagarna ville ha empati och medlidande av sjuksköterskor. Vi tänkte att det kunde vara bra kunskap, att de flesta deltagare inte vill att andra skulle komma till de med ett visst uttryck utan de skulle bete sig som vanligt. Deltagarna föredrog att sjuksköterskorna försökte sätta sig in i deras situation och hjälpa dem. Vi anser att det flera gånger pekade på att palliativ vård måste ses med ögon från den speciella människan som vårdas. Vi reagerade på att patienter hellre träffade en äldre kvinnlig sjuksköterska då deltagarna ansåg att dessa var mer kompetenta och lugna. Detta är en intressant aspekt då deltagare rent generellt inte kan avgöra hur mycket erfarenhet en sjuksköterska har. Människor utbildar sig i olika åldrar och i och med det kan en yngre sjuksköterska varit färdig som sjuksköterska i flera år medan en äldre sjuksköterska nyligen är färdig med sin utbildning.

## Metoddiskussion

Studien grundade sig i litteratur i form av kvalitativa artiklar då syftet var att studera människors egna upplevelser av palliativ vård. Segesten, (2017) beskrev att kvalitativa studier bör användas då syftet var att skapa förståelse för en person och dennes upplevelser och behov. Kvantitativa studier exkluderades då vi ansåg att det inte var en lämplig metod att använda för att komma åt patientens upplevelser. Kvantitativa studier syftade mer på att få fram numerisk information och det var inte så intresserade av att förstå en persons känslor eller upplevelser (Polit & Beck 2017). När examensarbetet påbörjades hade vi ingen förståelse och därför tyckte vi ämnet blev mer intressant, vi var nogga med att inkludera alla artiklar som hade med syftet att göra. En artikel exkluderades under sökandets gång, argumentet var att den enbart hade två deltagare och resultatet var bara ett par meningar långt. Vi var medvetna om att deltagarantalet, inom forskning i palliativ vård, kan sjunka under forskningens gång men anser att en studie med endast två deltagare och LÅG kvalitet inte är så överförbar som vi önskar. Resultatet bestod till sist av nio artiklar från tre olika databaser och en sekundär sökning.

Sökningar har skett i databaserna CINAHL, PubMed och PsycInfo för att få en heltäckande sökning med möjlighet till att få fram flera relevanta artiklar till studien. Sökning i dessa databaser har skett med hjälp av systematisk sökstrategi. Vi valde även att göra en sekundärsökning för att få fram ett så giltigt resultat som möjligt då detta var någonting som rekommenderades (Östlund 2017). För att vara säkra på att inga relevanta artiklar missades gick vi igenom sökhistoriken och läste titlar och abstrakt två gånger vid två olika tillfällen. Sökorden som användes ansåg vi specifikt rikta sig in på studiens syfte och därför användes just dessa. Det hände att samma artiklar dök upp i olika sökningar och därmed ansåg vi att sökorden kompletterade varandra och riktade in sig på det vi ville komma åt, det ansåg vi också öka studiens giltighet.

Avgränsningar som gjordes var att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2009–2019, skrivna på engelska och vara peer reviewed. Vetenskapligt material bör vara så färskt som möjligt för att vara giltigt och valet att endast ha med forskning skriven på engelska rekommenderades då den mesta vetenskapliga forskning är skriven på engelska (Östlundh, 2017). Artiklarna valdes oberoende av kontext och sjukdom då det inte var relevant i förhållande till syftet. Resultatet svarade mot syftet då det handlade om hur deltagarna upplevde hur det var att få palliativ vård generellt vilket vi ansåg ökar studiens överförbarhet. Detta kan också tolkas som en svaghet då olika sjukdomar medför olika symtom, artiklarna var också från olika länder vilket kunde medföra olika behov av palliativ vård och kunde komma att påverka slutresultatet. Vi valde att ändå ha det så då vi hade för avsikt att studera hur människor upplevde den palliativa vården rent generellt och inte i förhållande till olika sjukdomar och länder. Enligt Polit & Beck (2017) anses överförbarhet vara i vilken utsträckning fynden som hittats kan överföras och det utgör även studiens giltighet vilket syftar om studien har kvalitet. Det är upp till läsaren att avgöra om denna studie är överförbar vilket vi anser då sjuksköterskor generellt kan använda delar av studien i sin profession och få en djupare förståelse av palliativ vård. Polit och Beck (2017) beskriver också trovärdighet som pekar på sanningen bakom data, vi anser att studien är trovärdig då den underbyggs av vetenskapliga referenser och resultatet består av patienternas egna berättelser och upplevelser av den palliativa vården.

Alla artiklar granskades enligt aktuell granskningsmall som var framtagen av Högskolan Väst och innehöll kvalitén MEDEL och HÖG. Samtliga artiklar hade också ett etiskt godkännande beskrivet utom en, i den artikeln står det att den godkändes av granskningsnämnden på sjukhuset och av den akademiska institution som bedrev forskningen. Vi ansåg att det var viktigt att det fanns etiskt godkännande i de artiklar vi valde då det handlar om ett känsligt ämne. Vi läste artikeln flera gånger och ansåg oss kunna se etiska ställningstaganden och bedömde den därför som användbar. Enligt Sandman & Kjellström (2014) kallas en studie etisk om den handlar om viktiga frågor som syftar till att förbättra något, innehåller god vetenskaplig kvalitet och genomförs på ett etiskt sätt. Denna studie tar upp en stor viktig fråga, har en god vetenskaplig kvalitet då alla artiklar är vetenskapliga och tillvägagångssättet är enligt Fribergs femstegsmodell. Deltagandet var även frivilligt. Vi anser att denna studie är gjord på ett etiskt sätt då det var viktigt för oss att artiklarna har följt etiska regler och riktlinjer, vilket valda artiklar gjort.

Nyckelfynden som identifierades i artiklarna speglade vårt syfte. Nyckelfynden färgmarkeras sedan utefter vad de olika delarna handlade om för att senare kunna sammanställa ett nytt resultat utefter de analyserade artiklarna. Artiklarna lästes av var och en för sig ett flertal gånger, till sist satte vi oss tillsammans och gick igenom var och en av artiklarna och markerade det som speglar vårt syfte, detta för att vara säkra på att inte missa något i artiklarna som speglade vårt syfte.

## Slutsatser

Resultatet visar att tid och kommunikation mellan deltagarna och sjuksköterskorna är viktigt för att ge deltagarna en god omvårdnad. De uppger även att det är av värde om sjuksköterskan kan samtala om andra saker än bara sjukdomen, att sjuksköterskorna kan se hela patienten och på så sätt blir omvårdnaden mer personcentrerad. Deltagarna vill ha så raka och ärliga svar som möjligt då de inte vill att sjuksköterskor eller annan vårdpersonal ska undanhålla saker för dem som faktiskt har med dem själva att göra. Att vara ordentligt smärtlindrad är en annan viktig faktor som framkom då deltagarna upplevde att de inte känner sig som sig själva när de har smärta och smärta är vanligt förekommande. Att inneha hopp och en tro anses som en fördel för de deltagare som har detta då de lättare kan acceptera sin situation och vad som faktiskt håller på att ske och ska ske. I resultatet framkom det även att många deltagare trots sin sjukdom och diagnos inte vill bli behandlade annorlunda utan vill kunna leva sina liv som vanligt så som innan sjukdomen så länge som de själva känner att de klarar av det. Sannolikheten att få en önskvärd vård är när människan vårdas hemma. Upplever människan en negativ vård kan det med sannolikhet bero på brister i sjuksköterskans bemötande, beteende, tid eller att människan har svåra smärtor.

## Praktiska implikationer

Sjuksköterskor måste ha tid då det gäller att vårda patienter inom palliativ vård. Sjuksköterskor behöver vara ärliga och diskutera patienternas svåra sjukdomar om patienterna vill det och då bör inte heller informationen lindas in för mycket. Sjuksköterskor bör även hjälpa patienterna till att vara så självständiga som möjligt då det annars kan leda till att patienterna får minskad livskvalité och minskad känsla av värdighet. Resultatet visar att sjuksköterskorna behöver ta sig tid men även få tid till att lyssna på patienternas individuella omvårdnadsbehov och sjukdomsförlopp. När en patient med en obotlig sjukdom upplever smärta kan den bli påverkad så att den upplever sig personlighetsförändrad och deprimerad, det är av yttersta vikt att sjuksköterskan lägger märke till det och förstår att smärtstillande läkemedel bidrar till mer än att bara stilla smärta hos patienterna. Allmänheten kan dra nytta av studiens resultat när det gäller hur deltagarna vill bli bemötta. Genom att sätta sig in i människans preferenser för vård kan sjuksköterskan utveckla sin kunskap om vad en god omvårdnad är generellt. Med denna kunskap kan sjuksköterskor lättare ge en god omvårdnad. Genom att lyfta de aspekter som bidrog till att människor upplevde en mer positiv vård ansåg vi rimligt då vårdpersonal kunde reflektera över sitt beteende och bemötande och speciellt efter negativa händelser för att se vad som blev fel och kunna förbättra det då dessa faktorer enligt vår studie sannolikt kan spela in.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde**

Som sjuksköterska behövs utbildning gällande samtal om döden vilket deltagarna i studien efterfrågar. Att öva upp förmågan att ha dessa samtal kan också bidra till att det känns mer bekvämt att ha dem i vår kommande roll som sjuksköterskor.

Forskning behöver göras på hur vården på sjukhus upplevs av patienterna då denna studie visar på att det var där patienterna var minst nöjda, men även om sjuksköterskornas arbetsmiljö och attityd på sjukhus för att kunna finna värdefulla aspekter och ändra vården till det bättre för båda parterna. Djupare kunskap för egen del men även för sjuksköterskor på sjukhus skulle kunna vara bästa sätt att tillämpa personcentrerad vård med de resurser och den arbetsmiljön som finns på sjukhus för att kunna möta patienternas behov.

I resultatet framkom även att deltagarna helst träffade och samtalade med en äldre kvinnlig sjuksköterska vilket hade varit intressant att få mer kunskap om vad de har för specifika egenskaper som gör att patienter känner som de gör och hur deras egenskaper kan överföras till yngre sjuksköterskor både kvinnliga och manliga.

## Referenser

\*artiklarna som ingår i resultatet

\*Allsop, M., Taylos,S., Bennett, M., & Bewick, B. (2017). Understanding patient requirements for technology systems that support pain management in palliative care services: A qualitative study. *Health informatics Journal*, 25(3), 1105–1115. Doi: 10.1177/1460458217740724

Antonovsky (1991) *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur

\*Black, A., McGlinchey, T., Gambles, M., Ellershaw, J., & Mayland C.R. (2018). The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting- a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 1-10. Doi: 10.1186/s12904-018-0345-x

Broom, A., Kirby, E., Good, P., & Lwin, Z. (2016). Nursing futility, managing medicine: Nurses' perspectives on the transition from life-prolonging to palliative care. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 20(6), 653–670. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-55002-007&site=ehost-live&scope=site>

Bylund-Grenklo, T., Werkander-Harstäde, C., Sandgren, A., Benzein, E., & Östlund, U. (2019). Dignity in life and care: the perspectives of Swedish patients in a palliative care context. *International journal of palliative nursing*, 25(4), 193-201.

\* Coulourides Kogan, A., Penido, M & Enguidanos, S .(2015). Does Disclosure of Terminal Prognosis Mean Losing Hope? Insight from Exploring Patient Perspectives on Their Experience of Palliative Care Consultations. *Journal of palliative medicine*, 18 (12), 1019–1025. Doi: 10.1089/jpm.2015.0038

Eckerdal, G. (2012). Slutet palliativ vård och hospice. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., s. 162–168). Stockholm: Liber AB.

Edlund, M (2002). *Människans värdighet: Ett grundbegrepp inom vårdvetenskap*. Åbo

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Berglings.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. (3.uppl.) I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129–138). Lund: Studentlitteratur AB

Fürst, C, J. (2014). Palliativ vård: *Tidskriften för palliativ vård i Sverige*. Nr 3 1-44. Från <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2018/03/2014-3-palliativ-var-dodsplats-sverige.pdf>

Hernández-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, S. M. (2019). Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. *Nursing Ethics*, 26(6), 1680–1695. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1177/0969733018774610>

\*Jarrett, N. (2009). Patients' experiences of inter- and intra-professional communication (IIPC) in the specialist palliative care context. *International Journal on Disability and Human Development*, 8(1), pp. 51-58. Retrieved 24 Nov. 2019, from doi:10.1515/IJDHD.2009.8.1.51

Kasén, A. (2017). 'Patient' och 'sjuusköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (s. 97–109). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Li, L., Sloan, D., Mehta, A., Willis, G., Weaver, M., & Berger, A. (2017). Life perceptions of patients receiving palliative care and experiencing psycho-social-spiritual healing. *Annals of Palliative medicine*, 6(3), 211–219. Doi: 10.21037/apm.2017.05.03

Lindwall, L. (2017). Kropp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (s. 113–123). Lund: Studentlitteratur AB.

Malm, M., Wiklund Gustin, L. (2017). Själ. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (s. 125–136). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Martinsson, L., Axelsson, B., & Melin-Johansson, C. (2016). Patient's perspectives on information from physicians during palliative chemotherapy: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 14, 495–502. Doi: 10.1017/S1478951515001200

Nationella vårdprogrammet för palliativ vård (2016a). *Palliativ vård i livets slutskede*. Stockholm: Regionala cancercentrum Hämtad från <http://media.palliativ.se/2017/01/V%C3%A5rdprogram.pdf>

Nationella vårdprogrammet för palliativ vård (2016 b). *Gällande vårdprogram palliativ vård*. Stockholm: Regionala cancercentrum. Hämtad från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-var/vardprogram/gallande-varldprogram/7.-dialogen-med-svart-sjuka-och-de-narstaende>

Philip, J., Russell, B., Collins, A., Brand, C., Le, B., Hudson, P., & Sundararajan, V. (2019). The Ethics of Prioritizing Access to Palliative Care: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(7), 577–582. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1177/1049909119833333>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2014). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB

Saunders, C., & Clark, D. (2006). *Cicely Saunders: selected writings 1958-2004*. Oxford: Oxford University Press

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete (3.uppl.) I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105–108). Lund: Studentlitteratur AB

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagen webbplats [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2014:821. Patient lag. Stockholm: Socialdepartementet.

\*Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1177/0269216316663499>

Sivonen, K. (2017). Ande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (s. 139–152). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2016). *Stora brister i vården i livets slutskede* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 11 december 2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stora-brister-i-varden-i-livets-slutskede/>

Strang, P. (2012) Lidande i palliativ vård. I P. Strang., & B. Beck-Friis. (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (94–102). Stockholm: Liber

Svenska palliativregistret. (u.å.). Livskvalitet i livets slut. Hämtad från <https://palliativregistret.se/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

\*Svensson, G., & Wåhlin, I. (2018). Patient perceptions of specialised hospital-based palliative home care: a qualitative study using a phenomenographical approach. *International Journal of Palliative Nursing*, 24 (1), 112–122. Doi: 10.12968/jipn.2018.24.1.22

Sveriges riksdag. (1997). *Vård i livets slutskede*: Kommittédirektiv 1997:147. Hämtad från Sveriges riksdag, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/vard-i-livets-slutskede\\_GLB1147](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/vard-i-livets-slutskede_GLB1147)

Thomsen, T. G., Hansen, S. R., & Wagner, L. (2011). How to Be a Patient in a Palliative Life Experience? A Qualitative Study to Enhance Knowledge About Coping Abilities in Advanced Cancer Patients. *Journal of psychosocial oncology*, (3), 254. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=edsbl&AN=RN293274472&site=eds-live&scope=site>

\*Walczak, A., Butow, P. N., Davidson, P. M., Bellemore, F. A., Tattersall, M. H. N., Clayton, J. M., ... Epstein, R. M. (2013). Patient perspectives regarding communication about prognosis and end-of-life issues: How can it be optimized? *Patient Education and Counseling*, 90(3), 307–314. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pec.2011.08.009>

WHO (1990) *Cancer pain relief and palliative care*. Hämtad från World Health Organization <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22087en/s22087en.pdf>

WHO (2002) *National Cancer Control Programmes- policies and managerial guidelines 2nd edition*. Hämtad från World Health Organization  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. Uppl.). (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur AB



## Bilaga I

## Tabeller över litteratursökning

PubMED 2019-10-23	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	"Life Change Events"[Mesh]	22 338				
Sökning 2	"Palliative Care"[Mesh]	52 024				
Sökning 3	1+2+ avgränsningar	24				
Avgränsningar: Peer Review, engelska, 2009– 2019.			24	9	7	1

Cinahl 2019-12-02	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	(MH "Palliative Care")	32 439				
Sökning 2	AB "patients 'experiences"	1773				
Sökning 3	(AB "patients 'experiences") AND (S1 AND S2)	51				
Sökning 4	(AB "patients 'experiences") AND (S1 AND S2) + avgränsningar	38				
Avgränsningar: Peer Review, engelska, 2009– 2019			38	20	12	3

PsycInfo 2019-11-13	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	Palliative care	18 340				
2	"patients perspective*"	1051				
3	1+2	53				
Avgränsningar: Peer Review English 2009–2019		25	25	15	5	3

PsycInfo 2019-11-14	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	Palliative care	18 361				
2	"Patient Perception*"	1477				
3	1 AND 2	31				
Avgränsningar: Peer Reviewed Engelska, 2009– 2019		31	31	16	5	1

## Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används.

Mallen utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

<b>Kvalitetsbedömning</b>			
2019-07	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Är metoden beskriven?			
Är metoden motiverad?			
Är kontexten presenterad?			
Är förförståelsen redovisad?			
Är urvalet relevant (inklusions- och exklusionskriterier)?			
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syftet?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en ”röd tråd” i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras studiens trovärdighet?			
Diskuteras överförbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
<b>Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet</b>	<b>Låg</b>	<b>Medel</b>	<b>Hög</b>

## Bilaga III

## Översikt över resultatets artiklar

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
Författare: Allsop J M., Taylor S., Bennett I M och Bewick M B Årtal: 2017 Land: England	Syftet med denna studie var att beskriva patienter i palliativ vårds hantering och samtal om smärta och teknikens betydelse i deras liv.	Kvalitativ metod.  Semistrukturerade intervjuer med patienter som vårdas med palliativ vård med svår obotlig cancer.	13 deltagare ingick i studien.	Patienter lever med osäkerhet att deras tillstånd kan förvärras och med det även få svår okontrollerad smärta Patienterna var då villiga att prova teknik för att stödja deras smärtbehandling.	MEDEL
Författare: Black A., McGlinchey T., Gambles M., Ellershaw J och Mayland C R. Årtal:2018 Land: Liverpool	Artikeln undersöker den levda erfarenheten hos patienter som får palliativ vård, som nyligen vårdats på sjukhus då det finns begränsad förståelse för detta.	Kvalitativ metod.  Narrativa intervjuer med tematisk analys.	20 patienter i behov av palliativ vård som nyligen vårdats på en akut sjukhusavdelning.	Deltagarnas upplevelser av att få palliativ vård på sjukhus.	HÖG
Författare: Coulourides Kogan A., Penido M och Enguidanos Årtal: 2015 Land: Kalifornien	Syftet var att studera svårt sjuka patienters perspektiv och erfarenheter av palliativ vårdkonsultation.	Kvalitativ metod.  Intervjuer med öppna frågor som analyserades med grundad teori.	11 patienter som är över 18 år och i behov av palliativ vård.	Patienter upplever det positivt att få konsult från ett palliativt team.	MEDEL
Författare: Jarrett N Årtal: 2009 Land: England	Syftet var att undersöka patienters uppfattning och erfarenhet av professionell kommunikation i den specialiserade palliativa vården.	Kvalitativ metod med en del av grundad teori.  Semistrukturerade Intervjuer.	22 deltagare från två specialisterheter av palliativ vård deltog.	Resultatet visar vad deltagarna upplever som en god kommunikation i den palliativa vården.	MEDEL

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
Författare: Li L., Sloan H D., Mehta K A., Wills G., Weaver S M och Berger C A Årtal: 2017 Land: USA	Syftet med denna artikel var att beskriv och identifiera olika faktorer som bidrar till psykosociala spirituella läkande för patienter i palliativ vård.	Kvalitativ metod  Individuella intervjuer med öppna frågor.	30 patienter där 24 av dessa fick palliativ vård på ett kliniskt centrum. Patienterna skulle vara minst 18 år och ha en livshotande sjukdom.	Hur tidigare livserfarenhet avspeglar sig och påverkar den palliativa vården.	MEDEL
Författare: Martinsson L., Axelsson B och Melin-Johansson C Årtal: 2016 Land: Sverige	Syftet med denna artikel var att beskriva information patienter fick av läkare under palliativ cytotatikabehandling.	Kvalitativ metod.  15 Semistrukturerade intervjuer med patienter som hade en obotlig cancerdiagnos.	15 vuxna svenska patienter som talade svenska och hade en obotlig cancer deltog i studien.	Patienter som fick ha en dialog med sin läkare fick en direkt ärlighet om att deras cancer var obotlig och skulle innebära en tidigare död.	MEDEL
Författare: Sinclair S., Beamer K., Hack T F., McClemen S., Raffin Bouchal S., Chochinov M H och Hagen A N Årtal: 2017 Land: Canada	Syftet är att undersöka patienter med avancerade cancers förståelse, erfarenheter och preferenser för sympati, empati och medkänsla.	Kvalitativ metod.  Semistrukturerade intervjuer och ett demografiskt frågeformulär.	53 patienter som hade mindre än 6 månader kvar att leva. De ingick i teamet för palliativ vård.	Sympati gillades ej, empati och medkänsla föredrogs.	MEDEL
Författare: Svensson G och Wåhlin I. Årtal: 2018 Land: Sverige	Artikeln ville undersöka patienters upplevelser av att få specialiserad palliativ vård hemma.	Kvalitativ metod.  Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes.	Patienter i behov av specialiserad palliativ vård hemma. 14 patienter över 25 år som talades svenska, var orienterade i tid och rum och kunde klara en interljud.	Patienterna upplevde att kunna få specialiserad palliativ vård hemma var av stor vikt.	HÖG

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare: Walczak A., Butow P. N., Davidson P. M., Bellemore F. A., Tattersall M. H. N., Clayton J. M., Young J., Mazer B., Ladwig S och Epstein M. R. Årtal: 2013 Land: Australien</p>	<p>Syftet är att undersöka 2 kulturers kommunikation angående prognos och vårdfrågor i palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ metod.  Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupps intervjuer användes.</p>	<p>15 australienska deltagare och 11 amerikanska som hade mindre än 12 månader kvar att leva.</p>	<p>Kommunikation angående deras sjukdom. Det fanns ingen större skillnad mellan dessa olika kulturer angående hur de ansåg hur en fungerande kommunikation gällande deras prognos.</p>	<p>HÖG</p>

Högskolan Väst  
Institutionen för Hälsovetenskap  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 3000 Fax 0520-22 30 99 [www.hv.se](http://www.hv.se)