



# Vårdkvalitet relaterat till sjuksköterskans kärnkompetenser på en onkologisk vårdavdelning

- En litteraturstudie

---

Quality of health care related to nurses core competencies in an oncology ward  
- A literature study

---

Rebecca Bengtsson  
Sofie Lindgren

---

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

---

Grundnivå/15 hp

---

Handledare: Ingrid Andersson

---

Examinerande lärare: Mona Persenius

---

Inlämningsdatum: 2016-11-04

---

## SAMMANFATTNING

Titel:	Vårdkvalitet relaterat till sjuksköterskans kärnkompetenser på en onkologisk vårdavdelning - En litteraturstudie Quality of health care related to nurses core competencies in an oncology ward - A literature study
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institution:	Institutionen för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Rebecca Bengtsson och Sofie Lindgren
Handledare:	Ingrid Andersson
Sidor:	26
Nyckelord:	Vårdkvalitet, onkologi, kärnkompetens

**Introduktion:** På en onkologisk avdelning vårdar sjuksköterskan patienter med cancerdiagnoser och för att ge patienterna en god vård behöver den vara av god kvalitet. Vårdkvalitet innefattar att vården är individanpassad, säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, jämlik samt tillgänglig. **Syfte:** Syftet var att beskriva omvårdnadens kvalitet relaterat till sjuksköterskans kärnkompetenser på en onkologisk vårdavdelning, ur ett sjuksköterskeperspektiv. **Metod:** Studien utformades efter Polit och Beck (2012) nio-steps-modell för litteraturstudier. Databaser som användes var CINAHL och PubMed vilket resulterade i tio vetenskapliga artiklar som litteraturstudiens resultat baserades på. Sex stycken var utifrån kvalitativ metod och fyra utifrån kvantitativ metod som bearbetades deduktivt. De valda artiklarna granskades enligt Polit och Beck (2012) kvalitetsgranskningsmallar. **Resultat:** Resultatet utgick från sjuksköterskans kärnkompetenser: *Personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, säker vård och informatik*. Resultatet som framgick var att vårdkvaliteten påverkades när sjuksköterskan arbetade efter kompetenserna. **Slutsats:** Sjuksköterskans arbete för att påverka vårdkvaliteten grundade sig i att besitta evidensbaserad kunskap, agera som en företrädare för patienten, en ledare för vårdteamet samt sträva efter att utforma vården individanpassat.

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	4
Onkologisk omvårdnad.....	4
Vårdkvalitet.....	4
Kärnkompetenser .....	5
Personcentrerad vård .....	5
Samverkan i team.....	5
Evidensbaserad vård.....	6
Förbättringskunskap .....	7
Säker vård .....	7
Informatik.....	8
Problemformulering .....	9
Syfte.....	9
<b>Metod</b> .....	9
Litteratursökning.....	10
Urval .....	11
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
<b>Resultat</b> .....	12
Personcentrerad vård .....	13
Samverkan i team.....	14
Evidensbaserad vård.....	15
Säker vård.....	15
Informatik.....	16
<b>Diskussion</b> .....	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion .....	19
Klinisk betydelse.....	20
Förslag till fortsatt forskning.....	20
Slutsats .....	21
<b>Referenslista</b> .....	22

*Bilaga 1. Artikelmatris*

## Introduktion

Cancer är ett stort hälsoproblem över hela världen. Ur ett globalt perspektiv är lungcancer, bröstcancer, prostatacancer samt koloncancer de fyra vanligaste cancersjukdomarna (Siegel et al. 2016). I Sverige är bröstcancer och prostatacancer de vanligaste cancersjukdomarna och utgör 30 procent av all cancer, följt av hudcancer, lungcancer, malignt melanom samt tjocktarmscancer (Socialstyrelsen 2015). Enligt Patientlagen har vårdpersonalen skyldighet att främja en säker vård av god kvalitet (SFS 2014:821). God vård bör vara inom följande kvalitetsområden: vården skall vara individanpassad, säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, jämlik samt tillgänglig (Socialstyrelsen 2012).

## Onkologisk omvårdnad

Cancerbildning är en komplex multistegsprocess i kroppen som börjar med en enda cell. Cellförändringar som orsakar cancer uppstår av genetiska faktorer, fysiska-, kemiska- samt biologiska carcinogener. Samband mellan cancer och hög ålder finns, vilket påvisades genom ett sämre immunförsvar samt mindre effektiv cellreparation. Riskfaktorer finns över hela världen och ur ett globalt perspektiv var tobak, alkohol, fysisk inaktivitet samt ohälsosam diet de främsta (World Health Organisation [WHO] 2015).

Enligt Bickel et al. (2016) ansågs vård i livets slut, kommunikation och delat beslutstagande samt vårdplanering de tre största komponenter i kvalitativ palliativ vård för onkologiska patienter. Vårdplaneringsprocessen skall starta direkt när en patient fått diagnosen cancer. Patient och anhöriga bör informeras och förberedas inför en vårdplanering. Beslut som bör fattas under en vårdplanering är hur vården skall utformas för att tillmötesgå patientens önskemål samt ett beslut om hjärt- och lungräddning. Alla beslut som tas skall dokumenteras.

Onkologipatienter upplever flertal symptom i sin sjukdom och därför ansågs symptomhantering som en viktig del i den givna vården. Uppföljning av patientens upplevelser av symptom bör utföras frekvent samt att patienten bör informeras om orsaker, instrueras om när de bör uppsöka vård samt bedömas om eventuella medicinjusteringar (Bickel et al. 2016)

Palliativ vård innefattar att ha en helhetssyn på människan, vilket innebär att vårda med värdighet och välbefinnande till livets slut oavsett diagnos och ålder. Symptomlindring, kommunikation och relation, samarbete samt stöd till närstående är grundpelare i den palliativa vården (Socialstyrelsen 2013).

## Vårdkvalitet

Enligt WHO (2006) har hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvarsområde att huvudsakligen förstå behov och förväntningar hos patienterna, för att kunna leverera vård av god kvalitet. Hälso- och sjukvårdslagen SFS (1982:763) beskriver att god vårdkvalitet innefattar att tillgodose patientens behov, att vara tillgänglig, bygga på respekt samt främja en god kontakt mellan patient och vårdaktörer. Uppfylls de nämnda krav ges en god vård av kvalitet.

Duffy (2009) skriver att sjuksköterskan bidrog med både positiva och negativa aspekter angående vårdkvaliteten. Sjuksköterskan var den i vårdteamet som hade mest kunskap om vad patienten behövde genom det nära samspelet med patient och anhöriga, vilket satte sjuksköterskan i en unik position och kunde därför påverka sjukhusvistelsen och vårdresultatet. Enligt Donabedian (1988) kan definitionen av vårdkvalitet bli antingen

preciserat eller mer expansivt, beroende på hur begreppet hälsa definieras samt det tagna ansvaret för det.

För att utveckla kvalitetsarbetet behövs olika infallsvinklar gällande vad som påverkar vårdkvaliteten. Allra helst borde patienternas perspektiv tas med i beräkningen då det är patienterna som är mottagarna av den givna vården (Larsson & Wilde 1995). Det finns olika tillvägagångssätt för att undersöka patienternas syn på vårdkvaliteten och KUPP (kvalitet ur patientens perspektiv) är ett frågeinstrument som undersöker vad patienter anser vara kvalitet i vården (Wilde Larsson 2001).

## Kärnkompetenser

Enligt Leksell och Lepp (2013) och Svensk sjuksköterskeförening (2015) har sjuksköterskan sex kärnkompetenser vilka är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) bör sjuksköterskeutbildningen innefatta de sex kärnkompetenserna. Det bör finnas som en tydlig grund under hela utbildningen och omfatta alla kunskapsområden.

## Personcentrerad vård

I en studie gjord av Poochikian-Sarkissian et al. (2010) ansåg patienterna att personcentrerad vård gav dem ökad vårdkvalitet samt livskvalitet. För att uppnå personcentrerad vård krävdes det att patienten kände tillfredsställelse med vården samt kände sig delaktig i beslutstagande. Enligt Arrighi et al. (2015) ansåg onkologipatienter att den personcentrerade vården gav god kvalitet genom att vårdteamet inkluderade både patient och anhöriga i kommunikation och beslutstagande.

För att arbeta efter personcentrerad omvårdnad behövde sjuksköterskan fokusera på patienten. Ramen för personcentrerad vård innefattade att forma omvårdnaden efter patientens värderingar, engagemang, närvaro, fysiska behov samt ta beslut gemensamt med patienten. För att forma vården underlättade det om sjuksköterskan skapade en relation med patienten, var sympatiskt närvarande samt att sjuksköterskan var engagerad (McCormack & McCance 2006).

Vid vårdandet av äldre patienter behövdes bedömning av risker. Som sjuksköterska krävdes det kompetens för att veta vilka risker som fanns vid vårdandet av äldre människor. Genom att skapa en relation med den äldre patienten och forma vården personcentrerat skapades god kvalitet i vårdandet. Sjuksköterskan borde sträva efter att inkludera patienten i vården genom ett flexibelt, informativt och sympatiskt förhållningssätt (Dewing 2004).

## Samverkan i team

Enligt Arrighi et al. (2015) beskrev onkologipatienter att ett multidisciplinärt team bidrog till en bättre vårdkvalitet. Teamet skulle innefatta deltagare från olika specialiteter inom vården och helst vara samordnat av en onkologläkare. Det ansågs även viktigt att teamet lyssnade på patient och anhörigas åsikter i beslutstagandet.

Multidisciplinärt teamarbete innebär en kontinuitet i vårdarbetet där flertal perspektiv och kompetenser bidrog. Det underlättade inte bara i det praktiska arbetet för vårdpersonal utan skapade möjlighet att på bästa sätt tillgodose patientens behov. Sjuksköterska, läkare, kurator

och fysioterapeut är exempel på olika professioner som deltar i teamet, dock varierade vilka hälsoprofessioner som var inblandade på patientens tillstånd (Socialstyrelsen 2010).

Enligt Van der Nelson et al. (2014) syntes en förbättring när bland annat läkare, sjuksköterskor och undersköterskor utförde färdighetsträning tillsammans. Det syntes en förbättring i samarbetet, framförallt mellan sjuksköterskor och läkare som uppgav att det var lättare att arbeta tillsammans efter färdighetsträningen. Personalen hade lättare att diskutera och resonera med varandra trots splittrade åsikter och informationen som gavs vid överrapportering blev mer effektiv.

Enligt Atwal och Caldwell (2006) var det betydande att olika professioner strävade efter samma mål. De ansåg att självförtroende och beslutsamhet var grundläggande färdigheter som krävdes av medlemmarna i teamet för att samarbetet skulle fungera. Om en deltagare i teamet saknade förmågan att ge relevant information orsakade det svårigheter i samarbetet och på så vis påverkade det hur vården utformades. Sjuksköterskorna kände sig ibland rädda för att uttrycka sina åsikter då läkare var så övertygande i frågorna som uppkom. För att kunna forma vården krävdes det ett deltagande från alla professioner, så samtliga synvinklar framkom i beslutstagandet.

#### Evidensbaserad vård

Onkologipatienter ansåg att sjuksköterskor med evidensbaserad kunskap gav en vård av god kvalitet. Kompetensen skapade en tillit till sjuksköterskan vilket stärkte relationen (Radwin 2000; Kvåle & Bondevik 2010). När sjuksköterskorna hade god kunskap om cancer och behandlingar samt tekniska kunskaper minskade lidandet för patienten (Kvåle & Bondevik 2010).

Evidensbaserad vård gav en högre kvalitativ vård för patienter men hjälpte även sjuksköterskorna att arbeta effektivt (Bennasar-Veny et al. 2016; Berwick 2002). Var sjuksköterskan medveten om betydelsen att leta kunskap i forskning och inte förlita sig på vad andra säger gav det en mer säkerhet i arbetet som utfördes. Strävan efter vetskap att vården som utförs är av god kvalitet från säkra källor gav patienten pålitlighet att sjuksköterskan som utför vård har goda kunskaper och erfarenheter. Sjuksköterskor skulle kunna svara på frågor som patient och anhöriga ställde om den vård som utfördes samt ha vetskap om varför arbetet utfördes och även kunna ifrågasätta och ha idéer om alternativ i behandling. Sjuksköterskan bör vara motiverad till att använda forskning trots eventuella hinder, som exempelvis att inte finna tiden till att söka information. En annan aspekt som upplevdes som hinder var motivationen till att söka ny forskning då sjuksköterskorna kände att ingen uppmärksammade deras kunskaper trots sin ansträngning (Bennasar-Veny et al. 2016).

Traynor et al. (2010) skriver om sjuksköterskans påverkan när det sker ett beslutstagande för en patient. Genom erfarenhet och god kunskap som är evidensbaserad kunde de påverka hur vården utformades för patienten. De kunde skapa en värdefull diskussion genom att väga för- och nackdelar i teamet för att komma fram till ett beslut som är individanpassat för patienten. När beslutet sedan togs behövde kunskap om behandlingen i den planerade vårdplanen, det var då viktigt att kunskapen var just evidensbaserad.

Needleman et al. (2002) kom fram till att sjuksköterskans kompetens påverkade patienters vårdlängd samt sjuksköterskans misstag. Hade sjuksköterskorna en god kompetens och utförde vård av god kvalitet kunde de påverka vårdlängden för patienterna då vården blev mer

effektiv och patienterna behövde då inte vara ineliggande onödigt länge. Aspekter som erfarenhet och kunskap hos sjuksköterskorna påverkade vården.

### Förbättringskunskap

WHO (2002) beskriver en nationell cancerplan som kunde minska insjuknandet och dödligheten i cancer. En förbättrad livskvalitet för onkologipatienter uppnåddes genom att systematiskt implementera evidensbaserade strategier för tidig upptäckt, prevention, diagnos, behandling samt vård.

För att skapa god vårdkvalitet krävs det enligt SOSFS (2011:9) kvalitetsarbete av vårdpersonalen som innefattar planering, kontrollering, uppföljning, utvärdering, ledning och att sträva efter framsteg och utveckling i verksamheten. Enligt SFS (1982:763) och SOSFS (2011:9) ansvarar hälso- och sjukvårdspersonal att följa kvalitetsarbetet och på så vis säkerställs vårdkvalitén.

Batalden och Davidoff (2007) definierar kvalitetsförbättring som ett kombinerat arbete genom utförandet av alla olika parter i vården: vårdgivare, patienter, närstående, vårdplanerare och finansiärer. Alla inblandades insatser resulterade i en förbättrad hälsa, förbättrad vård och förbättrad utveckling. Det krävdes att alla delar av vårdsystemet strävade efter förbättring i vården som en naturlig del av deras dagliga arbete, för att skapa en vård som drivs framåt i utvecklingen. Förändringar i vården behövde inte alltid innebära förbättringar. Det krävdes att förändringar grundades på evidensbaserad vetenskap som var beprövad och sedan används i rätt sammanhang. Batalden och Davidoff (2007) belyste även vikten i att göra mätningar på hur vården utformades, för att kunna uppmärksamma var förbättringar krävdes.

Lipshutz et al. (2008) beskriver hur PDSA kan användas i kvalitetsförbättringsarbete. PDSA betyder planera, utföra, studera och agera. Det första som görs i planeringen är att identifiera ett problem som kräver kvalitetsförbättring. Ett team väljs ut som innehåller olika professioner inom vården för att processera förändringen. I det andra steget sker förändringen: målen ska vara tydliga under processen, personer som förbättringsarbetet berör skall informeras och utbildas så de förstår hela logiken bakom förändringen. Studeringsfasen som är det tredje steget innefattar att teamet kritiskt analyserar förändringsarbetet. I det sista steget som är agera ska framgångar belysas. Kunskap som har gynnat vården ska spridas till andra enheter och även belönas för att motivera till fortsatt forskning i förbättringsarbete, för att kunna driva vården framåt. Det betonar behovet av att göra vården säkrare (Lipshutz et al. 2008).

### Säker vård

Berwick (2002) beskriver att vården skall ge ineliggande patienter känslan av lika stor säkerhet som om de befann i sina egna hem. Onkologipatienter ansåg att säkerhet var en del av god vårdkvalitet (Radwin 2000; Kvåle & Bondevik 2010). Patienterna upplevde inget behov av vaksamhet, då sjuksköterskan fanns till hands och fick dem att känna säkerhet. Patienterna förlitade sig även på att sjuksköterskan besatt teknisk kunskap inom praktiskt utförande, visade det sig däremot att sjuksköterskan inte levde upp till patientens förväntningar upplevdes en besvikelse i vårdkvaliteten (Radwin 2000).

Det fanns olika faktorer som kunde påverka säkerheten i det utförda arbetet så som stress, fatigue, otillräcklig kunskap eller bristande kommunikation i arbetsteamet. Det var viktigt att

skapa kunskap om vad som behövde förändras, förbättras eller behållas för att kunna utveckla säkerhetssystemet. En arbetsplats där säkerhetsarbetet underhålls skapade en bra arbetsmiljö vilket också möjliggjorde för personalen att utföra sitt arbete säkert (Reiman & Pietikäinen 2012).

Patientsäkerhetskultur förekommer på olika vårdenheter och utformas av normer, attityder och förhållningssätt hos individer vilket har betydelse för patientsäkerheten. Hög säkerhetskultur inom hälso- och sjukvård kännetecknas av att ständigt sätta patientsäkerheten främst, inte endast gällande sjukvården i praktiken utan även vid inköp av uppdaterad utrustning, färdighetsträning eller utveckling av nya behandlingsmetoder. Vårdgivare som bryter mot regler, tar risker eller inte rapporterar incidenter sätter både sig själv och patienten i fara (Flin 2007).

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att utföra sitt arbete baserat på både vetenskaplig och beprövad kunskap. Den ansvarige vårdgivaren skall vidta åtgärder om det skulle behövas för att förebygga vårdskador för patienter och står ansvarig att genomföra en utredning om skadan skulle inträffa. Folkhälsomyndigheten (2016) skriver att vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan inom den svenska sjukvården och arbetet för att minska spridning samt uppkomsten av resistenta bakterier är en av de viktigaste frågorna inom patientsäkerhet. Socialstyrelsen (2006) skriver att vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan även för onkologipatienter och den främsta orsaken är att immunförsvaret hos cancerpatienter blir nedsatt av behandling.

### Informatik

Arrighi et al. (2015) beskriver att onkologipatienter ansåg att informationen var viktig för att stärka vårdkvaliteten. Patienterna ansågs behöva mer information angående sjukdomen, symptom, testresultat, behandlingar och prognos. Hur informationen gavs till patienten hade även stor betydelse. Medicinskt språk kunde vara svårt för patienter att förstå. Patienterna behövde information för att kunna ställa relevanta frågor, de hade många funderingar om sin prognos men utan tillräcklig information visste de inte vilka frågor som skulle ställa.

Enligt Thorne et al. (2014) var det en svår period att få en cancerdiagnos och upplevdes emotionell av patienterna. Given information underlättande om den var individanpassad, vilket menar att informationen ges på ett sådant vis att patienten förstår. Rädsla och ångest var två starka känslor som uppkom när patienten fått diagnosen cancer avseende prognos, förväntningar och beslutstagande av behandlingsval. Längre in i sjukdomsprocessen upplevdes mindre oro, då patienterna fått mer information gällande prognos och behandling vilket lyckats skapa en förståelse.

Enligt Patientdatalagen har vårdgivare skyldighet att dokumentera i journalen, men även ansvar över hur uppgifter hanteras. Personuppgifter ska behandlas på ett säkert sätt för att skyddas från obehöriga läsare samt för att öka patientsäkerheten och integriteten (SFS 2008:355). Patientjournalen är det centrala verktyget för vårdpersonal och kan ses som en sammanställning av kommunikation samt information gällande patienten. Det ger en komplett vård om olika vårdaktörer kan ta del av varandras information om patienten. Även primärvård och slutenvård måste ha en fungerande kommunikation då eventuell utskrivning och fortsatt vård kan förekomma, vilket möjliggörs genom en elektronisk patientjournal (Ruland 2002; SFS 2008:355).



Dokumentation av olika professioner ansågs värdefullt då det kunde vara till hjälp med delad information angående patienten. Läkare ansåg att tillgången till sjuksköterskans dokumentationer gav en bredare helhetssyn av patienten, vilket underlättade i arbete (Ball et al. 2003; Törnvall & Wilhelmsson 2008). Dock kunde patientjournalerna innehålla mycket irrelevant dokumentation, vilket kunde försvåra arbetet genom att det tog tid att söka efter viktig information. Dokumentationerna kan även vara svårlästa då vårdpersonal använder sig av olika förkortningar och därtill ingen förklaring till ordets betydelse (Törnvall & Wilhelmsson 2008).

## Problemformulering

I Sverige är cancer en av de mest förekommande sjukdomarna. Som cancerpatient blir besöken på sjukhus många och möten med olika vårdgivare en vardag. Det är vårdpersonalens skyldighet att främja en god och säker vård, sjuksköterskans bemötande är en viktig del i vården som påverkar patientens uppfattning om vårdkvalitet. Det innebär stora förändringar i patientens liv att leva med en cancerdiagnos, vilket ofta kan leda till att förlikas med döden. Genom granskning av tidigare forskning vill författarna skapa en bild av omvårdnadens kvalitet relaterat till sjuksköterskans kärnkompetenser. Genom tillgång till sjuksköterskans syn på vårdkvalitet är förhoppningen att få en ökad kunskap och förståelse.

## Syfte

Syftet var att beskriva omvårdnadens kvalitet relaterat till sjuksköterskans kärnkompetenser på en onkologisk vårdavdelning, ur ett sjuksköterskeperspektiv.

## Metod

Litteraturstudien har arbetats fram genom ett systematiskt arbetssätt. Arbeta systematiskt innebär att söka, granska samt bearbeta vetenskapligt baserad forskning (Forsberg & Wengström 2016). Litteraturstudien genomfördes efter en arbetsprocess av Polit och Beck (2012) i nio steg. Nedan är modellen fritt översatt.

1. Formulering av syfte och frågeställningar.
2. Val av sökstrategi, databaser och sökord.
3. Sökning i databaser efter potentiella vetenskapliga artiklar. Dokumentation av databassökning.
4. I utvalda artiklar läses titel och abstrakt för att sorteras efter relevans.
5. Materialet läses i sin helhet samtidigt som referenser identifierades till manuell sökning.
6. Materialet granskas på en djupare nivå och sammanställs.
7. Kritisk granskning av valda artiklar efter en granskningsmall.
8. Analysering, kategorisering och samordning av information.
9. Slutsatser och sammanställning utformas av innehållet.

## Litteratursökning

**Steg ett och två** beskrivs enligt Polit och Beck (2012) att ett syfte formuleras och en sökstrategi planeras. Val av sökstrategi, databaser och sökord utfördes. Studiens inklusionskriterier blev Peer-reviwed artiklar, artiklar på engelska samt att de ska vara skrivna från 2006 till och med september 2016. Exklusionskriterierna blev review-artiklar samt studier gjorda enbart utifrån ett patientperspektiv. Val av databaser blev CINAHL och PubMed, då Polit och Beck (2012) beskriver dessa som lämpliga för sökningar om omvårdnadsforskning. Författarna började med att söka "Major Headings" (MH) i CINAHL samt "Medical Subject Headings" (MeSH) i PubMed för att få fram relevanta sökord som kunde användas i databassökningar.

I **steg tre** skall databassökning genomföras samt dokumenteras (Polit & Beck 2012). Dokumentation genomfördes under tiden sökningarna genomfördes. I databasen CINAHL användes sökorden "Oncologic care" (MH), "Quality of health care" (MH). En sammanställning gjordes i form av tabell där sökorden också slogs ihop i kombination (tabell 1). I databasen PubMed användes sökorden "Oncology nursing" [MeSH], "Quality of health care" [MeSH] samt "Patient care" [MeSH], även här lades sökningarna ihop i kombinationer (tabell 2). I samtliga databassökningar användes valda exklusion- och inklusionskriterier.

**Tabell 1.** Databassökning i CINAHL

	Sökord	Antal	Urval 1	Urval 2	Urval 3
1	S1 (Oncologic care MH)	1427			
2	S2 (Quality of health care MH)	13284			
4	S1 AND S2	199	26	5	4
5	Manuell sökning			1	1
6	<b>Total summa</b>			6	5

MH betyder Major Heading. S betyder sökning.

**Tabell 2.** Databassökning i PubMed

	Sökord	Antal	Urval 1	Urval 2	Urval 3
1	S1 Oncology nursing [MeSH]	856			
2	S2 Quality of health care [MeSH]	1293494			
3	S3 Patient care [MeSH]	116142			
4	S1 AND S2	660			
5	S1 AND S2 AND S3	130	15	5	5
6	<b>Total summa</b>			5	5

MeSH betyder Medical Subject Headings. S betyder sökning.

## Urval

*Urval 1* som är det **fjärde steget** enligt Polit och Beck (2012) undersöks titel och abstrakt på de sökningar som gjorts med valda sökord. De som stämde överens med valt syfte gick vidare till urval ett. Artiklarna som valdes ut blev totalt 41 stycken, 26 artiklar i CINAHL och 15 artiklar i PubMed.

*Urval 2* som innefattar **steg fem och sex** enligt Polit och Beck (2012) skall materialet läsas på en djupare nivå samt genomföra en granskning av artiklarnas referenser. Artiklarna lästes i sin helhet och artiklarnas referenser granskades för att hitta ytterligare potentiellt material. De artiklar som inte längre svarade på syftet och som inte visade sig stämma med valda inklusions- och exklusionskriterier valdes bort. Vissa artiklar visade sig vara skrivna enbart

utifrån patientperspektiv eller inte kom i tillräcklig kontakt med omvårdnaden utan riktade sig mot ett medicinskt perspektiv. Det resulterade i totalt 11 artiklar; fem i CINAHL, en via manuell sökning samt fem i PubMed.

*Urval 3* vilket innefattar det **sjunde steget**, här skall artiklarna enligt Polit och Beck (2012) kvalitetsgranskas. Som kvalitetsgranskningsmall användes ”Guide to an Overall Critique of a Quantitative Research Report” till de kvantitativa artiklarna och ”Guide to an Overall Critique of a Qualitative Research Report” till de kvalitativa artiklarna (Polit & Beck 2012). De artiklar som uppfyllde kvalitetskraven valdes att ha med i litteraturstudiens resultat och de som inte uppfyllde kraven sorterades bort. En artikel blev exkluderad på grund av otillräcklig information om hur studien utformades i den beskrivna metoden, samt att det inte framgick om artikeln blivit etiskt granskad. Efter urval tre återstod totalt tio artiklar; fyra från CINAHL, en från manuell sökning samt fem artiklar från PubMed. Samtliga artiklar presenteras i artikelmatris (bilaga 1).

## Dataanalys

I **steg åtta** enligt Polit och Beck (2012) läses de utvalda artiklarna åter igen för att analyseras och kategoriseras. Materialet lästes ett flertal gånger för att sedan översätta artiklarnas resultat till svenska. Relevant innehåll ströks under med överstrykningspennor och artiklarnas resultat sorterades i olika högar beroende på likheter och motsägelser. Polit och Beck (2012) beskriver enligt **steg nio** att en sammanställning över fynden skall genomföras. Deduktiv forskning innebär att forskningen utgår från det teoretiska perspektivet (Priebe & Landström 2012). Författaren väljer hur den informationen som har samlats in tolkas och formas till ett resultat (Patel & Davidson 2011). Litteraturstudiens resultat har därför framställts genom ett deduktivt arbetssätt med sjuksköterskans kärnkompetenser som grund: *Personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik*.

## Forskningsetiska överväganden

Det är viktigt att plagiat, fusk och förvrängning eller felaktig översättning inte förekommer (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2012). Eftersom de valda artiklarna inte var skrivna på författarnas modersmål användes lexikon för översättning och undvikande av feltolkning. Citat valdes att skrivas på originalspråk för att undvika misstolkning av betydelse.

Det är viktigt att tänka på att endast välja studier som har fått godkännande av etisk kommitté eller att de är etiskt övervägda (Forsberg & Wengström 2016). Samtliga artiklars resultat skall redovisas, både positiva och negativa fynd, det vill säga att inte exkludera material som visar sig inte stämma överens med förväntningar (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2012). Det fanns inga förkunskaper hos författarna inom valt område, och därmed inga förväntningar på hur resultatet skulle komma att se ut. I litteraturstudien är materialet inte baserat på sekundärkällor för effekten av pålitlighet.

## Resultat

Resultatet av litteraturstudien baserades utifrån tio vetenskapliga artiklar, sex stycken utifrån kvalitativ metod och fyra utifrån kvantitativ metod, redovisas i artikelmatris (bilaga 1). Genom analys och sammanställning fördelades resultatet i fem huvudkategorier med utgångspunkt från sjuksköterskans kärnkompetenser: *Personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, säker vård samt informatik*.

### Personcentrerad vård

En bra relation mellan sjuksköterska och patient byggde på respekt, ärlighet och tillit som skapade god vårdkvalitet, vilket gjorde det lättare för patienten att anförtro sig till sjuksköterskan (da Silva & da Silva Lima 2014; Huang et al. 2014; Pavlish & Ceronsky 2009). Genom att sjuksköterskan tillbringade mycket tid med patient och anhöriga var det viktigt att lyssna och använda sin kliniska blick för att forma en individuell vård (da Silva & da Silva Lima 2014; Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). Det skapade tillit och trygghet till sjuksköterskan som fick patienten att känna sig som en person och inte ett objekt (Pavlish & Ceronsky 2009).

En nära relation mellan sjuksköterska, patient och anhöriga skapades av de långa vårdtiderna på en onkologisk avdelning (Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). I många fall var sjuksköterskan med från början till slut vid vårdandet av patienten (Chan et al. 2013; Pavlish & Ceronsky 2009).

You feel like you've gone full circle with the patient and their families. That you were there in the beginning when they were trying really hard and now you can be there for them to make things more comfortable at the end. You feel honored to be part of the whole process. (Pavlish & Ceronsky 2009, s. 408)

Varje individ hade egna önskemål och viljor som sjuksköterskan i möjlig mån skulle tillgodose (da Silva & da Silva Lima 2014). Det var viktigt att motivera patienten till ett beslutstagande gällande behandling eller palliativ vård för att vården skulle kunna anpassas efter patientens individuella livskvalitet (McLennon et al. 2013).

Det kunde vara viktigt för patienten att ha de älskade nära (Volker & Limerick 2007) men det kunde även skapa en oro (da Silva & da Silva Lima 2014). Enligt Volker och Limerick (2007) skulle självbestämmandet hos patienten alltid respekteras av sjuksköterskan eftersom det inte alltid var självklart vilka som skulle närvara vid livets slut. Sorg kunde visa sig på olika sätt och det låg i sjuksköterskans uppgift att hjälpa och stötta anhöriga både innan och efter döden (Chan et al. 2013; Park et al. 2012; Pavlish & Ceronsky 2009). Det blev dock en sorgprocess även för sjuksköterskan när en patient gick bort som en relation byggts upp till, vilket kunde vara utmanande vid stöttning av sörjande anhöriga (Chan et al. 2013; Park et al. 2012).

Vid behandling av äldre måste övervägande tas om livskvaliteten blev bättre utan behandling den sista tiden i livet (McLennon et al. 2013). Det kunde bli etiska svårigheter när sjuksköterskan försökte förstå hela familjens situation och respektera patientens integritet och värdighet (da Silva & da Silva Lima 2014; Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014; Volker & Limerick 2007). Det var viktigt att respektera hur och var patienten ville vårdas, vilka som skulle närvara samt att de fick möjlighet vara sig själva (Volker & Limerick 2007).

Den fysiska vårdmiljön var betydelsefull för vårdkvaliteten (Chan et al. 2013; Samara et al. 2013; Volker & Limerick 2007), speciellt för en palliativ patient och anhöriga som behövde en bekväm och lugn miljö (Volker & Limerick 2007). Många avdelningar hade inte nog med privata utrymmen och enkelsalar var inte alltid en möjlig resurs (Chan et al. 2013; Samara et al. 2013). Enligt Pettersson et al. (2014) och Volker och Limerick (2007) ansågs det vara betydelsefullt att patienten får ett värdigt slut.

When the patient passed away... due to lack of resources, we could not provide a quiet environment to the bereaved to vent their emotions. It's better if we have a single room for them. (Chan et al. 2013, s. 1554)

### Samverkan i team

Enligt Pettersson et al. (2014) skapades god vårdkvalitet när samarbetet mellan olika vårdresurser fungerade. En stor del av sjuksköterskans arbete var att ha en god relation med läkaren (da Silva & da Silva Lima 2014; Park et al. 2012; Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). Sjuksköterskans uppgift var att fungera som en mellanhand för att teamet skulle samarbeta och sträva efter samma mål (Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). Vid bristfälligt samarbete i vårdteamet kunde tagna beslut bli otydliga och skapa en osäkerhet hos sjuksköterskan (Pettersson et al. 2014). Bristande kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor kunde leda till frustration och delad syn på omvårdnad, det i sin tur hindrar vårdkvaliteten (Pavlish & Ceronsky 2009). Behandlingsbeslut för patienten kunde vara etiskt svårt då de olika parterna hade delade meningar (Huang et al. 2014; McLennon et al. 2013; Pettersson et al. 2014) det blev då svårt för sjuksköterskan att svara på frågor och ge den förväntade vårdkvaliteten (Huang et al. 2014; Pettersson et al. 2014).

Enligt McLennon et al. (2013) och Pavlish och Ceronsky (2009) arbetade sjuksköterskan som en företrädare och framförde patient och anhörigas viljor och önskemål till läkaren. Om det uppstod konflikt mellan läkare och sjuksköterskor kunde ett alternativ vara att ses i grupp för att diskutera, vilket skapade förståelse från båda håll (Pettersson et al. 2014).

Läkare kände sig inte alltid trygga i att ge prognosrelaterade besked till patienter och anhöriga, vilket försvårade sjuksköterskans arbete (McLennon et al. 2013; Pettersson et al. 2014). Vid kommunikation gällande besked ansåg McLennon et al. (2013) och Pettersson et al. (2014) att sjuksköterskan och läkaren tillsammans borde delta vid genomförandet för att sjuksköterskan skulle veta vad läkaren sagt, det underlättade att svara på eventuella frågor som kunde uppstå i efterhand. Det blev lättare för sjuksköterskan att kommunicera med anhöriga när alla parter var införstådda i besluten, det skapade en god vårdkvalitet (Pettersson et al. 2014). När samarbetet fungerade skapades en möjlighet för sjuksköterskan att vara en support för patienten genom att kunna svara på frågor om vad som sagts (da Silva & da Silva Lima 2014; McLennon et al. 2013; Pettersson et al. 2014).

The physician group I work with does an excellent job of speaking to their patients about prognosis. I nearly always go with the physician... because if I know exactly what the doc has said I can more easily answer further questions.... I make it a practice to stay in the room a few minutes longer. (McLennon et al. 2013, s. 119)

När sjuksköterskan och anhöriga samarbetade vid vårdandet av patienten så undervisades även de anhöriga, vilket kunde vara till en fördel om utskrivning och fortsatt vård i hemmet blev aktuellt (da Silva & da Silva Lima 2014). Det fanns fall då anhöriga inte alltid kunde

delta i vårdandet av patienten på grund av egna livsförhållanden, då behövdes istället andra insatser inför hemgång (da Silva & da Silva Lima 2014; Samara et al. 2013). Något som upplevdes kräva mycket tid var vårdplanering. Arbetet med förberedelser, utförande och dokumentation upplevde sjuksköterskan som tidskrävande och det skulle underlätta med en ansvarig vårdplanerare, så att sjuksköterskorna istället kunde prioritera tiden till patienterna (Samara et al. 2013).

## Evidensbaserad vård

I sjuksköterskans dagliga arbete ansågs det vara av värde att besitta evidensbaserad kunskap (Chan et al. 2013) och god vetenskap för att utföra vård av god kvalitet till cancersjuka patienter (Chan et al. 2013; Pavlish & Ceronsky 2009; White & Coyne 2011). Kunskap var viktigt för att sjuksköterskan skulle känna sig säker och förberedd i sitt arbete (Pettersson et al. 2014). Palliativ vård var något som ofta förekom på en onkologisk avdelning, det var därför vedertaget att sjuksköterskan kände sig bekväm med palliativ vård (Pettersson et al. 2014) och förstod vad palliativ vård innebar (White & Coyne 2011). Vid hemgång krävdes en vårdplanering för att förbereda, planera och anpassa vården och enligt Samara et al. (2013) behövde sjuksköterskan vara väl utbildad vid genomförandet vårdplanering.

Symptomhantering ansågs vara kopplat till god vårdkvalitet (White & Coyne 2011) och som sjuksköterska var det viktigt att ha god kunskap om symptomhantering (Park et al. 2012; Pavlish & Ceronsky 2009; White & Coyne 2011). Säker vetskap om symptomhantering hos sjuksköterskor gav patienter en känsla av säkerhet och lugn (Pavlish & Ceronsky 2009). Kunskapen om symptomhantering kunde föras vidare till både patient och anhöriga för att skapa förståelse (Park et al. 2012; Pavlish & Ceronsky 2009).

A lot of people are afraid of dying, so they ask, "What will it be like?" and I tell them all the things that we can do to make them comfortable so they feel less anxious about feeling short of breath or experiencing pain. (Pavlish & Ceronsky 2009, s. 406)

Bristande kunskap och otillräcklig symptomhantering var kopplat till en dålig död enligt och den mest ideala döden ansågs vara att få somna in utan lidande och påfrestningar (Volker & Limerick 2007).

## Säker vård

En sjuksköterska har många patienter att vårda samtidigt (Chan et al. 2013) och för att kunna tillgodose patienter och anhöriga var det viktigt att vara tillgänglig för att ge en vård av god kvalitet (Pavlish & Ceronsky 2009). Palliativa patienter krävde mycket uppmärksamhet och tid vilket kunde få sjuksköterskan att känna sig otillräcklig (Chan et al. 2013). Sjuksköterskor upplevde tidspressen speciellt under nattskiten på grund av de bristande personalresurserna som kunde påverka vårdkvaliteten, anhörigas hjälpande hand upplevdes ovärderlig i dessa situationer för att säkra vården (da Silva & da Silva Lima 2014).

Pettersson et al. (2014) beskriver ett tillfälle av bristande vårdkvalitet när en patient var i ett kritiskt tillstånd och tydliga beslut om återupplivande inte framgick. Det gav inte patienten en säker vård eller ett värdigt slut, inte heller en säker vårdmiljö för sjuksköterskan att arbeta i.



## Informatik

För att ge patienter och anhöriga möjlighet att skapa förståelse för sjukdomsförloppet krävdes information (da Silva & da Silva Lima 2014; White & Coyne 2011). Information visade sig minska ångest och oro hos patienten (Huang et al. 2014; Pavlish & Ceronsky 2009) och enligt Pavlish och Ceronsky (2009) gav information god vårdkvalitet. Patienter som inte hade tillräcklig kunskap om sin sjukdom genererade längre sjukhusvistelser (da Silva & da Silva Lima 2014).

Olika kulturer och språk kunde påverka vårdkvaliteten, då det kunde uppstå missförstånd mellan vårdpersonal, patient och anhöriga eftersom den givna informationen kunde uppfattas olika (McLennon et al. 2013).

Det nära arbetet mellan patient och sjuksköterska visade sig vara hjälpande när information gavs, då sjuksköterskan kunde ge mer anpassad information efter patientens förmåga (McLennon et al. 2013; Pettersson et al. 2014) och lyssna på patienten och familjens önskemål (Huang et al. 2014). Patienter och anhöriga behövde informeras om uppdateringar i tillståndet (Chan et al. 2013; Huang et al. 2014; Park et al. 2012) vilket ökade vårdkvaliteten (Chan et al. 2013). Genom relevant och förståelig information till patient och anhöriga ökade vårdkvaliteten (da Silva & da Silva Lima 2014).

Enligt Huang et al. (2014) och McLennon et al. (2013) kunde det vara svårt för sjuksköterskan att prata om diagnosen när läkaren inte dokumenterat eller informerat om vad som sagts till patienten. Det kunde då upplevas som pinsamt för sjuksköterskan att behöva undanhålla information från patient och anhöriga (McLennon et al. 2013). Det var viktigt att läkaren informerade tydligt om beslut så att både patient och anhöriga var införstådda med den vård som planerades (McLennon et al. 2013; Pettersson et al. 2014).



## Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans påverkan av vårdkvaliteten för patienter och anhöriga på en onkologisk vårdavdelning. Sjuksköterskans relation med patient och anhöriga visade sig vara omfattande och nödvändig för en god vårdkvalitet. Rollen som sjuksköterska kan beskrivas som att vara spindeln i nätet då sjuksköterskan är den professionen i teamet som står patienten närmast samt har kontinuerlig kommunikation med läkaren och andra vårdaktörer. Resultatdiskussionen innehåller kategorierna personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, säker vård samt informatik. Diskussionen sker konsekvent och börjar med delar av resultatet som ställs till ytterligare vetenskap, följt av författarnas egna reflektioner.

## Resultatdiskussion

*Personcentrerad vård:* En bra relation mellan sjuksköterska och patient byggde på respekt, ärlighet och tillit (da Silva & da Silva Lima 2014; Huang et al. 2014; Pavlish & Ceronsky 2009). Den personcentrerade vården var av stor vikt för att patienten skulle känna att vården var av god kvalitet, att bli sedd som en människa och inte ett objekt (Pavlish & Ceronsky 2009). Radwin (2000) beskriver ur patientens perspektiv att sjuksköterskorna upplevdes värdefulla när de såg individen bakom diagnosen. Genom att samtala om varderas personliga liv normaliserades situationen på sjukhuset och gav patienterna hopp om framtiden (Kvåle & Synnes 2013). Genom personcentrerad vård ges möjligheten att stärka relationen mellan patient och sjuksköterska men hjälper också patienten att finna mening i en ofta hopplös situation. Det kan vara betydande att veta vad patientens preferenser är vad gäller omvårdnaden, för att kunna utföra en individuell vård. Vårdkvalitet kan upplevas individuellt beroende på patientens preferenser och därför bör vården anpassas efter personen bakom sjukdomen.

Det framkom i resultatet att de långa vårdtiderna skapade en nära relation mellan patient och sjuksköterska (Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). Enligt Chan et al. (2013) och Park et al. (2012) kunde det upplevas som en sorgprocess för sjuksköterskan när en patient dog som sjuksköterskan lyckats bygga en relation till. Enligt Kvåle och Synnes (2013) kunde det även upplevas mödosam för patienten då han/hon inte ville att sjuksköterskan skulle bli sårad vid dödsfallet. Som sjuksköterska kan det bli komplicerat att ge ett professionellt bemötande samtidigt med en personcentrerad vård, utan att bli *för* personlig med patienten. En riktlinje på en arbetsplats lyder ofta att "skilja på arbete och privatliv", vilket kan sätta sjuksköterskan i en påfrestande situation då patienterna tycker att sjuksköterskan ger god vårdkvalitet och meningsfullhet av att samtala om sina privatliv med varandra.

*Samverkan i team:* Det framkom i litteraturstudiens resultat att sjuksköterskans arbete underlättades av en god relation till läkaren (da Silva & da Silva Lima 2014; Park et al. (2012); Pavlish & Ceronsky 2009; Pettersson et al. 2014). Sjuksköterskan fungerade som en företrädare åt patienten genom att försvara och föra vidare information till läkaren (McLennon et al. 2013; Pavlish & Ceronsky 2009). Ur patientens perspektiv upplevdes det som bristande vårdkvalitet när patienten själv behövde agera företrädare (Radwin 2000). Sjuksköterskans roll anses vara betydande för att vårdteamet skall fungera och skulle kunna ses som "spindeln i nätet" då sjuksköterskan har kontakt med samtliga vårdprofessioner, patient och anhöriga vilket underlättar gällande att skapa en individuell och anpassad vård.

I resultatet framkom det att sjuksköterskan kunde uppleva en osäkerhet när de inte kände samhörighet i vårdteamet (Pettersson et al. 2014). Bristande kommunikation mellan sjuksköterska och läkare kunde leda till delad syn på vården och vara ett hinder för vårdkvaliteten (Pavlish & Ceronsky 2009). Det var enligt Fillion et al. (2006) viktigt att vårdteamet arbetade efter en filosofi som anpassas efter patient och anhörigas önsknings. För att fungerande vårdteam skall kunna utföra bästa möjliga vård är det viktigt att respektera varandras kunskap. Uppfattningar om vården kan variera och det är då det är viktigt att teamet är eniga i vad som förväntas uppnå. För att öka förståelsen för varandras professioner skulle gruppsamtal kunna implementeras, då det kanske kan uppmärksamma olika kompetenser.

*Evidensbaserad vård:* I resultatet framgick det att sjuksköterskan skulle ha god kunskap inom symptomhantering (Park et al. 2012; Pavlish & Ceronsky 2009; White & Coyne 2011) samt att den ideala döden var utan lidande eller påfrestningar (Volker & Limerick 2007). Vid vårdandet av en palliativ patient i livets sista stund får sjuksköterskan bara en chans att göra den så bra som möjligt. Det ansågs öka vårdkvaliteten när sjuksköterskan bland annat kunde erbjuda olika behandlingsalternativ (Kvåle & Bondevik 2010). Även att sjuksköterskan delade med sig av sin kunskap om läkemedelseffekter och biverkningar. När sjuksköterskan inte kunde erbjuda patienten mer smärtlindring ansåg patienterna att det var viktigt att sjuksköterskan hade kunskap om varför och berättade det för patienten (Kvåle & Synnes 2013). När sjuksköterskor vårdar multisjuka patienter med cancer kan det vara många olika symptom och olika sorters läkemedel att tänka på, även vilka biverkningar läkemedel ger. Symptomkluster kan vara svåra att reda ut och att ständigt söka efter kunskap om läkemedel kan vara svårt att hinna med. Det skulle kanske underlätta för verksamheten om det fanns ett team som besitter goda kunskaper och har större läkemedelsansvar på just onkologiska avdelningar.

I resultatet framgick det att kunskap hos sjuksköterskor gav patienter en känsla av säkerhet och lugn (Pavlish & Ceronsky 2009). Det framgick även att kunskap var viktigt för att sjuksköterskan skulle känna sig trygg och förberedd i sitt arbete (Pettersson et al. 2014). Enligt Kvåle och Synnes (2013) ville patienterna att den ansvariga sjuksköterskan skulle vara en person de kunde lita på, någon som fick dem att känna sig säkra genom att förklara vad sjukdomen innebar och hade god evidensbaserad kunskap inom området. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att i dagens samhälle där internet är en tillgång för alla kan bli utmanande för vårdpersonalen. Patienter kan komma åt information om sjukdom och behandling genom olika artiklar, sociala medier, bloggar eller forum. Informationen som patienten finner behöver inte vara evidensbaserad utan kan vara egna tankar hos författaren bakom internetsidan. Det kan även bli svårt för vårdpersonalen att ständigt bli ifrågasatta gällande behandling (Svensk sjuksköterskeförening 2016). När sjuksköterskans arbete ständigt blir ifrågasatt av den information som står på internet kan det istället ge upphov till en känsla av att vara oförberedd. Sjuksköterskor baserar sin utbildning på evidensbaserad kunskap och kan inte vara uppdaterad om allt som står skrivet på internet. Ett bra sätt för att hålla sig uppdaterad är att hela tiden vara nyfiken på ny kunskap och på så vis sträva efter förbättringar för att utvecklas som sjuksköterska.

*Säker vård:* Från litteraturstudiens resultat framgick det att bristande personalresurser ökade en osäkerhet i vården (da Silva & da Silva Lima 2014). Weingart et al. (2007) beskriver att onkologipatienters uppfattning om osäker vård var när vårdpersonalen inte var samspelade. Underbemanning är något som författarna anser bidra till att patienten möjligtvis inte får tillgång på den hjälp som behövs. En både underbemannad och icke samspelad personalgrupp kan minska patientsäkerheten då vårdpersonalens tid inte räcker till.

Enligt Pettersson et al. (2014) gavs en osäkerhet i vården när beslut gällande patienten inte var tydliga. Otydliga beslut kunde leda till att patienten på något vis kunde drabbas av vårdskada. Svensk sjuksköterskeförening (2016) skriver att det är vanligt med vårdskador i Sverige och att nästan var tionde patient drabbas. För att ge en vård av god kvalitet och minimera riskerna för vårdskador var det sjuksköterskans ansvar att sträva efter en säker vård. För att öka patienters säkerhet är det av stor vikt att beslut framgår i dokumentationen. Det är även viktigt att exempelvis dokumentera patientens känsligheter och allergier och skulle det missas blir det en osäker vård.

*Informatik:* I resultatet framgick det att sjuksköterskan upplevde svårigheter med att ge ut information till patient och anhöriga när läkaren inte hade informerat eller dokumenterat vad som sagts till patienten (Huang et al. 2014; McLennon et al. 2013). Ärlighet ansågs vara av stor vikt för att bygga en relation på tillit och respekt, mellan patient och sjuksköterska. Undanhållande av sanningsenlig information kan leda till att patienten kände sig bedragen, förvirrad och osäker (Kvåle & Synnes 2013). Om sjuksköterskan får patient och anhöriga att känna osäkerhet kan det bli svårt att samarbeta och skapa en god relation. Skapas det en klyfta mellan patient och sjuksköterska, kan delaktighet och vårdkvaliteten påverkas.

I resultatet kom det fram att patienter och anhöriga behövde information och uppdateringar i tillståndet (Chan et al. 2013; Huang et al. 2014; Park et al. 2012) som var relevant och förståelig för att öka vårdkvaliteten (Chan et al. 2013; da Silva & da Silva Lima 2014). Anhöriga till cancerpatienter menade att det var viktigast med god information och kommunikation: att få svar på sina frågor, vara medvetna om vårdplanen och bli uppdaterade om eventuella förändringar. Även att de fick veta om det fanns något som de kunde göra för att hjälpa till vid vårdandet av den sjuka patienten (Dougherty 2010). Något som kan hindra sjuksköterskan i sitt arbete är när de anhöriga är påstridiga och ständigt ringer och stör sjuksköterskan. Anhöriga kan vara väldigt oroliga och om en patient har många anhöriga som inte pratar med varandra och uppdaterar om prognosen, kan det bli väldigt många samtal för sjuksköterskan under arbetspasset. Det kan ge en ökad stressnivå att ständigt bli avbruten i sitt arbete.

## Metoddiskussion

Litteraturstudien genomfördes med Polit och Beck (2012) nio-steps-modell som underlag. Arbetsprocessen hade tydliga steg samt var utförligt beskriven vilket gjorde det lätt att följa, en bra vägledning som var till god hjälp. Valet av databaser blev CINAHL och PubMed då det är databaser har ett innehåll av omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2012).

Sökorden som valdes baserades utifrån litteraturstudiens syfte: "Oncologic care" och "Quality of health care" i CINAHL och "Oncology nursing", "Quality of health care" samt "Patient care" i PubMed. Författarna valde att använda sig av två sökord i databasen CINAHL och tre sökord i databasen PubMed. Sökordet "Patient care" valdes till för att precisera träffarna i PubMed, medan ytterligare ett sökord i CINAHL istället visade sig begränsa sökningen.

Tidsgränsen på sökningarna valdes först från 2011 till och med september 2016, dock resulterade det i att majoriteten av artiklarna som valdes till urval ett med denna årsplan var skrivna från patientperspektiv, vilket gjorde att författarna gick igenom sökningsresultaten återigen för att sedan utöka tidsgränsen med ytterligare fem år, 2006 – september 2016.

Tio artiklar valdes att bearbetas eftersom de svarade mot syftet av litteraturstudien. Något som kunde stärka resultatet var kombinationen utav både kvalitativa och kvantitativa studier till resultatet, sex kvalitativa och fyra kvantitativa. Blandningen av kvalitativa- och kvantitativa metoder anses ge litteraturstudien fler dimensioner (Forsberg & Wengström 2016; Willman et al. 2011). När resultaten jämfördes mellan de kvalitativa och kvantitativa studierna hittades likheter med varandra som gav en djupare inblick till resultatet i litteraturstudien. Artiklar gjorda efter kvantitativ design gav en bred statistisk översikt och de som var gjorda efter kvalitativ design gav djupare och mer ingående beskrivning av sjuksköterskornas upplevelser till resultatet. I de kvalitativa studierna fanns även citat från de deltagande sjuksköterskorna, som användes i litteraturstudiens resultat.

I studier där flertal författare genomför analys kan samma data tolkas olika utifrån individuella förhållningssätt (Backman 2016). Samtliga artiklar var skrivna på engelska och lästes därför flertal gånger av båda författarna, delar av artiklarna översattes från engelska till svenska för att undvika feltolkningar. Eftersom det var två författare som analyserade artiklarnas resultat skedde diskussioner fram och tillbaka för att undvika misstolkningar. Citaten som användes i litteraturstudien översattes inte från engelskan utan användes i originalspråk och gav därför resultatet en ökad trovärdighet eftersom ingen felaktig språktolkning förekom.

Resultatet grundar sig i tio olika artiklar från olika delar av världen vilket ger en global analys. Artiklarna som presenteras i resultatet hade ett ursprung från USA (fyra stycken), Kina, Taiwan, Korea, Australien, Brasilien samt Sverige. Sjuksköterskeyrket är en världsomfattande yrkesgrupp och utifrån funna artiklar kunde vissa arbetsuppgifter skilja sig beroende på ursprung. Det var något författarna var tvungna att beakta då resultatet av litteraturstudien presenteras i Sverige. De artiklar som innehöll information om arbetsuppgifter som ej implementeras i svensk sjukvård valdes ändå att ha med i resultatet då författarna ansåg att majoriteten av materialet var betydande samt av god kvalitet. Artiklarna är publicerade från 2006 - september 2016 dock är merparten av de artiklar som analyserats och sammanställts mindre än fem år gamla vilket anses ge resultatet relevans och trovärdighet.

Resultatet framställdes genom ett deduktivt arbetssätt med sjuksköterskans kärnkompetenser som mönster. Det framkom relevant material från resultatartiklarna, dock innehöll ingen av artiklarna något om kärnkompetensen *förbättringskunskap*, vilket förklarar saknaden av kategorin i resultatet. Något som inte alltid framgick i resultatartiklar var om kunskapen benämns som evidensbaserad, däremot beskrevs kunskap samt vetenskap och ansågs därför platsa under kategorin *evidensbaserad kunskap*.

### Klinisk betydelse

Sjuksköterskans arbete med vårdkvalitet kommer alltid vara relevant oavsett på vilken avdelning arbetet utövas och det ligger i sjuksköterskans profession att alltid sträva efter att ge patienterna vård av god kvalitet. Genom att belysa vad som påverkar vårdkvaliteten är förhoppningen att tydliggöra var sjuksköterskans fokus i omvårdnaden bör riktas, för att ge patienten en så god och effektiv vård som möjligt under sjukhusvistelsen.

### Förslag till fortsatt forskning

Något som har framkommit i resultatartiklarna är att utbildning bör satsas på i sjuksköterskeyrket då allt bör bygga på evidensbaserad kunskap. Fortsatt forskning skulle

kunna vara hur utbildningen utformas för att nå sjuksköterskorna på ett mer effektivt sätt samt vad utbildningen bör lägga sin fokus på. Något som uppmärksammats och väckt intresse under arbetets gång är hur sjuksköterskor hanterar patienter som är pålästa på internet, då detta är högst relevant i dagens samhälle. Det skulle vara intressant att forska vidare i hur patienter influeras av sociala medier samt hur internets öppna arkiv påverkar patientens förväntningar på vårdkvaliteten. Ett ytterligare förslag till fortsatt forskning skulle kunna vara att forska mer angående kärnkompetensen *förbättringskunskap* då det inte verkar lika beforskat som de andra fem kärnkompetenserna.

### Slutsats

Utbildning var en grund för sjuksköterskan och mycket väsentligt för att kunna utföra en kvalitativ vård. Kunskap stärker relationen mellan patient och sjuksköterska genom tillförlitlighet. Det är viktigt att sjuksköterskan ser människan som vårdas och inte objektera efter sjukdom. För att kunna utföra en individuell och personcentrerad vård underlättar det att samarbeta i vårdteam, då olika professioner bidrar med specifik kunskap. Sjuksköterskan utnyttjade sin kompetens genom att prioritera vårdarbetet för att kunna utföra en säker vård. Genom att informera och dela sin kompetens med patient och anhöriga skapades förståelse och kunskap om diagnos och prognos.

## Referenslista

Artiklar med markering \* ingår i litteraturstudiens resultat.

- Arrighi, E., Blancafort, S., Jovell, A. & Navarro Rubio, M. (2015). Quality of cancer care in Spain: recommendations of a patients' jury. *European Journal Of Cancer Care*, 24(3), 387-394. doi: 10.1111/ecc.12208
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-365. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x
- Backman, J. (2016). Rapporter och uppsatser. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Ball, M.J., Weaver, C. & Abbott P.A. (2003). Enabling technologies promise to revitalize the role of nursing in an era of patient safety. *International Journal of Medical Informatics*, 69(1), 29-38. doi: 10.1016/S1386-5056(02)00063-1
- Batalden, P. & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?. *Quality and Safety Health Care*, 16, 2-3. doi: 10.1136/qshc.2006.022046
- Bennasar-Veny, M., Gonzalez-Torrente, S., De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J. & Pericas-Beltran, J. (2016). Using knowledge as the basis for evidence-based practice in primary care nurses. *International Nursing Review*, 63(2), 250-258. doi: [2048/10.1111/inr.12263](https://doi.org/10.1111/inr.12263)
- Berwick D.M. (2002). A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Affairs*, 21(3), 80-90. doi: 10.1377/hlthaff.21.3.80
- Bickel, K.E., McNiff, K., Buss, M.K., Kamal, A., Lupu, D., Abernethy, A.P., Broder, M.S., Shapiro, C.L., Kurup Acheson, A., Malin, J., Evans, T. & Krzyzanowska, M.K. (2016). Defining High-Quality Palliative Care in Oncology Practice: An American Society of Clinical Oncology/American Academy of Hospice and Palliative Medicine Guidance Statement. *American Society of Clinical Oncology*, 12(9), e828-e838. doi: 0.1200/JOP.2016.010686
- \*Chan, H.Y., Lee, L.H., & Chan, C.W. (2013). The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Cancer Care*, 21(6), 1551-1556. doi: 10.1007/s00520-012-1692-4
- \*Da Silva, M., & Da Silva Lima, L. (2014). Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 35(4), 1-15. doi: 10.1590/1983-1447.2014.04.45820
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal Of Clinical Nursing*, 13, 39-44. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00925.x

- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care - How Can It Be Assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Dougherty, M. (2010). Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 14(3), 301-306. doi: 10.1188/10.CJON.301-306
- Duffy, J.R. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education, and leadership*. New York: Springer
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., Savard, J., Meyer, F., Bélanger, L. & Demers, G. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian oncology nursing journal*, 16(1), 11-17. doi: 10.5737/1181912x1611117
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45(6), 653–667. doi: 10.1016/j.ssci.2007.04.003
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Patientsäkerhet och vårdrelaterade infektioner*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/patientsakerhet-och-vardrelaterade-infektioner/> [2016-09-27]
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. uppl. Stockholm: Natur & kultur.
- \*Huang, S., Tang, F., Liu, C., Chen, M., Liang, T., & Sheu, S. (2014). Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually?. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(5), 492-498. doi: 10.1016/j.ejon.2014.04.010
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442. doi: [10.1188/10.ONF.436-442](https://doi.org/10.1188/10.ONF.436-442)
- Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 814-819. doi: 10.1016/j.ejon.2013.07.003
- Larsson, G. & Wilde, B. (1995). Kvalitetssäkring och organisationsutveckling – några teoretiska reflektioner. Udén, G. (red.). *Kvalitetssäkring i omvårdnad – olika perspektiv*. Lund: studentlitteratur, ss. 68-75.
- Leksell, J. & Lepp, M. (red.) (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Lipshutz, A., Fee, C., Schell, H., Campbell, L., Taylor, J., Sharpe, B., Nguyen, J. & Gropper, M (2008). Strategies for success: a PDSA analysis of three QI initiatives in critical care. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety*, 34(8), 435-444.
- McCormack, B. & McCance, T-V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.

- \*McLennon, S.M., Uhrich, M., Lasiter, S., Chamness, A.R., & Helft, P.R. (2013). Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 36(2), 114-21. doi: 10.1097/NCC.0b013e31825f4dc8
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, M. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722. doi: 10.1056/NEJMsa012247
- \*Park, S-A., Chung, S-H. & Shin, E-H. (2012). Attitudes of Nurses toward Supportive Care for Advanced Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 4953-4958. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.4953
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur
- \*Pavlish, C. & Ceronsky, L. (2009.) Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 404-412. doi: 10.1188/09.CJON.404-412
- \*Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A.T. (2014). Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*, 21(8), 902-915. doi: 10.1177/0969733014533238
- Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 31-50.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M. & Diane Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(4), 14-21.
- Radwin, L. (2000). Oncology Patients' Perceptions of Quality Nursing Care. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 179–190.
- Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2012). Leading indicators of system safety – Monitoring and driving the organizational safety potential. *Safety Science*, 50(10), 1993-2000. doi: 10.1016/j.ssci.2011.07.015
- Ruland, C.M. (2002). *Vårdinformatik: hur användning av informations- och kommunikationsteknologi kan utveckla vård och omvårdnad*. Stockholm: Natur och kultur
- \*Samara, J., Larkin, D., Chan, C-W. & Lopez, V. (2013). Advance care planning in the oncology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(2), 110-114. doi: 10.1111/1744-1609.12011



- SFS 1982:763. *Hälsa- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartement
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartement
- Siegel, R.L., Miller, K.D. & Jemal, A. (2016). Cancer Statistics, *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2016., 66(1), 7-30. doi: 10.3322/caac.21332
- Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner - Ett kunskapsunderlag*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/Att-forebygga-varldrelaterade-infektioner---Ett-kunskapsunderlag/> [2016-10-16]
- Socialstyrelsen (2010). *Organisation*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/centralarekommendationer/organisation> [2016-10-17]
- Socialstyrelsen (2012). *God vård - verktyg för uppföljning och utvärdering*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering> [2016-11-02]
- Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf> [2016-10-06]
- Socialstyrelsen (2015). *Cancerincidens i Sverige 2014*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20008/2015-12-26.pdf>
- SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18389/2011-6-38.pdf> [2016-09-27]
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*.  
<http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf> [2016-10-31]
- Svensk sjuksköterskeförening (2015). *Kärnkompetenser*.  
<http://www.swenurse.se/Utanfor-strukturen/karnkompetenser/> [2016-10-17]
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård - En kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.  
[http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-varld\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-varld_2016.pdf) [2016-10-11]
- Thorne, S., Hislop, T.G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J.L. & Stajduhar, K.I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009-1015. doi: 10.1007/s00520-013-2056-4

- Traynor, M., Boland, M. & Buus, N. (2010). Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(7), 1584-1591. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05317.x
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of clinical nursing*, 17(16), 2116-2124. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x
- Van der Nelson, H.A., Siassakos, D., Bennett, J., Godfrey, M., Spray, L., Draycott, T. & Donald, F. (2014). Multiprofessional Team Simulation Training, Based on an Obstetric Model, Can Improve Teamwork in Other Areas of Health Care. *American Journal of Medical Quality*, 29(1), 78-82. doi: 10.1177/1062860613485281
- \*Volker, D.L., & Limerick, M. (2007). What Constitutes a Dignified Death? The Voice of Oncology Advanced Practice Nurses. *Clinical Nurse Specialist The Journal For Advanced Nursing Practice*, 20(5), 241-249. doi: 10.1097/01.NUR.0000289749.77866.7c
- Weingart, S., Price, J., Duncombe, D., Connor, M., Sommer, K., Conley, K., Bierer, B. & Ponte, P. (2007). Patient-reported safety and quality of care in outpatient oncology. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety*, 33(2), 83-94.
- \*White, K-R. & Coyne, P-J. (2011). Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of-Life Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 711-717. doi: 10.1188/11.ONF.711-717
- World health organisation [WHO] (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines*. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> [2016-10-06]
- World health organisation [WHO] (2006). *Quality of Care, A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf?ua=1](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1) [2016-10-18]
- World health organisation [WHO] (2015). *Cancer*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [2016-10-31]
- Wilde Larsson, B. (2001). *KUPP-boken: vägledning till frågeformuläret KUPP, kvalitet ur patientens perspektiv*. 4. uppl. Stockholm: Vårdförbundet
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Bilaga 1. Artikelmatris*

<b>Författare &amp; År</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Huvudresultat</b>
<p>Chan, H.Y. Lee, L.H. Chan, C.W.</p> <p>2013</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av sörjande familjemedlemmar på en onkologisk vårdenhet i Hong Kong.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade individuella djupintervjuer som spelades in och transkriberades. Anteckningar togs även under eller direkt efter intervjuerna. Deltagare 15 sjuksköterskor och 10 anhöriga, som särredovisas. Från ett sjukhus i Kina.</p>	<p>Tre huvudkategorier: God vård vid sorg, känslomässiga reaktioner vid efterlevandestöd och utbildningsbehov i god vård vid sorg. Att ge information och uppdateringar om tillståndet ansågs viktigt. Vården som tillgavs patienten var även viktig för de sörjande anhöriga, att göra deras röster hörda och ge stöd. Den fysiska miljön visade sig påverka vårdkvaliteten och bristen på arbetskraft och tid fick sjuksköterskorna att känna sig otillräckliga.</p>
<p>Da Silva, M.M. Da Silva Lima, L.</p> <p>2014</p>	<p>Syftet var att förstå sjuksköterskans perspektiv gällande att familjer deltar vid palliativ vård för cancerpatienter, samt sjuksköterskans strategier för att tillfredsställa familjens behov.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuella semistrukturerade intervjuer, som analyserades genom en tematisk analysmetod. 17 deltagare, sjuksköterskor från ett sjukhus i Brasilien. Bortfall sju deltagare.</p>	<p>Enligt sjuksköterskorna ansågs det viktigt att någon familjemedlem var närvarande, när en patient vårdas palliativt. Kommunikationen mellan vårdgivare, vårdtagare samt anhöriga kunde påverka vårdkvaliteten. Det var viktigt att familjen fick god information och lärde sig omvårdnaden av en cancersjuk, då det alltid fanns en möjlighet till fortsatt vård i hemmet. De anhöriga kunde underlätta sjuksköterskans arbete och till och med förkorta vårdtiden. Det fanns även negativa aspekter då anhöriga kunde försvåra arbetet och istället förlänga vårdtiden.</p>

<p>Huang, S.H. Tang, F.I. Liu, C.Y. Chen, M.B. Liang, T.H. Sheu, S.J.</p> <p>2014</p>	<p>Syftet var att utreda onkologisjuksköterskors individuella agerande gällande att ge patienter information om sin cancerprognos.</p>	<p>Kvantitativ studie. Det genomfördes en enkätundersökning, som grundades på en kvalitativ studie med individuella och fokusgruppintervjuer. 68 deltagare, sjuksköterskor från ett sjukhus i Taiwan. Bortfall två deltagare.</p>	<p>De flesta sjuksköterskorna ansåg att det var läkarnas ansvar att ge patienterna svåra cancerbesked men att sjuksköterskorna skulle delta eftersom de hade mycket att bidra med. Under samtalen var det viktigt att inkludera familjen och att vara ärlig. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde bli etiskt svårt när de skulle svara på frågor angående diagnoser. Det ansågs viktigt att cancerpatienterna hade en bra vårdmiljö, vilket påverkade vårdkvaliteten.</p>
<p>McLennon, S.M. Uhrich, M. Lasiter, S. Chamness, A.R. Helft, P.R.</p> <p>2013</p>	<p>Syftet var att beskriva olika etiska dilemman som upplevs av sjuksköterskor vid prognosamtal med avancerade cancerpatienter och deras erfarenheter utav det.</p>	<p>Kvantitativ studie. Enkätundersökning skickades ut, där de två sista frågorna var öppna frågor. Innehållsanalys genomfördes för att skaffa förståelse om de givna svaren. 137 deltagare, sjuksköterskor som är medlemmar i ”Oncology Nursing Society” i USA. Bortfall 257 deltagare.</p>	<p>Sjuksköterskor ansåg att det bästa sättet att informera patienten var att samarbeta med läkare vid samtal och planering av behandling. Om informationen utfördes etiskt rätt skulle det underlätta vårdarbetet mellan patienten och vårdpersonalen och på så vis förbättra vårdkvaliteten. Flera arbetsgrupper i teamet ansågs behöva mer utbildning och erfarenhet för att få bättre strategier i prognosrelaterad information.</p>

<p>Park, S.A. Chung, S.H. Shin, E.H.</p> <p>2012</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors syn på vikten av att samarbeta med olika yrkesgrupper, för att kunna ge anpassad vård till patienter med cancerdiagnoser.</p>	<p>Kvantitativ studie. Det genomfördes en enkätundersökning som grundades på en kvalitativ studie innehållande fokusgrupp intervjuer. 228 deltagare, sjuksköterskor från ett sjukhus i Korea.</p>	<p>Samarbetet mellan olika yrkesgrupper gav en optimal vård. Det borde erbjudas rehabilitering för olika symptom och nedsatt funktion. Symptomhantering var en viktig kompetens hos sjuksköterskorna. Det var även viktigt att ge patienter och anhöriga information om symptomen, helst innan de uppstod.</p>
<p>Pavlish, C. Cernsky, L.</p> <p>2009</p>	<p>Syftet var att undersöka onkologisjuksköterskors upplevelser av palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semi-strukturerade fokusgruppintervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades till text. 33 deltagare, sjuksköterskor från tre olika sjukhus i USA.</p>	<p>Det framkom fem olika roller som onkologisjuksköterska: att lära, vårda, koordinera, förespråka och mobilisera. Inom dessa områden sågs också olika professionella egenskaper hos sjuksköterskorna som klinisk kompetens, ärlighet, närvaro, uppmärksamhet och samarbete som ökade vårdkvaliteten. Att lära känna patient och anhöriga var sammankopplat med vårdkvalitet. Sjuksköterskorna beskrev dock palliativ vård som en process av att arbeta nära med patienter och anhöriga. Målet var att lindra lidande och uppnå välbefinnande för patienten.</p>

<p>Pettersson, M. Hedström, M. Höglund, A.T.</p> <p>2014</p>	<p>Syftet var att ta reda på sjuksköterskors upplevelser av vård vid DNR- beslut (att inte återuppliva patienter).</p>	<p>Kvalitativ studie. Semi-strukturerade intervjuer som registrerades och transkriberades ordagrant. 15 deltagare, sjuksköterskor från fyra olika sjukhus i Sverige.</p>	<p>Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt med väl dokumenterade DNR-beslut och att alla inblandade är välinformerade, vilket annars ledde till bristande vårdkvalitet. Efter att beslutet tagits blev det lättare för sjuksköterskorna att vårda patienten i en lugnare miljö. Sjuksköterskorna kunde då sätta patientens värdighet och integritet främst, beroende på att den medicinska utrustningen inte slukade tid och uppmärksamhet.</p>
<p>Samara, J. Larkin, D. Chan, C.W. Lopez, V.</p> <p>2013</p>	<p>Syftet var att bedöma hur sjuksköterskor använder sig av vårdplanering, samt de hinder som kunde uppstå.</p>	<p>Kvalitativ studie. Pre- och postgranskning design. Mellan granskningstillfällena gavs ett utbildningsprogram. Demografiska enkäter. I pre-granskning deltog 32 läkare och sjuksköterskor. I post-granskningen deltog 30, två bortfall. Fokusgrupp intervjuer där 25 sjuksköterskor deltog från ett sjukhus i Australien.</p>	<p>Sjuksköterskorna ansåg att vårdplanering inte fungerade bra på grund av många olika aspekter. Den största var brist på tid att genomföra alla olika steg men kunde även bero på otillräcklig utbildning eller svårigheter med att behålla patientens integritet. Det ansågs underlätta med en ansvarig vårdplanerare, så att sjuksköterskorna istället kunde prioritera tiden till patienterna.</p>

<p>Volker, D.L. Limerick, M.  2007</p>	<p>Syftet var att undersöka vad onkologisjuksköterskor ansåg vara ett värdigt slut för patienter som är palliativa.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fenomenologisk hermeneutisk metod. Intervjuer som spelades in och transkriberades till text. 19 deltagare, sjuksköterskor från olika sjukhus i USA.</p>	<p>Sjuksköterskorna kom fram till tre huvudteman som de tyckte var viktiga för patienten. Att få en stilla död, att bevara den kroppsliga integriteten och att respektera integriteten hos patienten. Åtgärder kunde vara att lindra smärta, föra vidare patientens budskap och respektera patientens önskningar.</p>
<p>White, K.R. Coyne, P.J.  2011</p>	<p>Syftet var att undersöka erfarenheter och kompetens vid vård i livets slutskede, men även hur stort utbildningsbehovet var bland onkologisjuksköterskor inom ämnet.</p>	<p>Kvantitativ och beskrivande, tvärsnittsstudie. Forskarutvecklade frågeformulär som skickas ut. Demografisk analys. 714 deltagare, sjuksköterskor som är medlemmar i ”Oncology Nursing Society” i USA. Bortfall 1816 deltagare.</p>	<p>Majoriteten av de deltagande angav att vård vid livets slutskede var en viktig del av deras arbete, dock var det många som inte kände sig tillräckligt förberedda för att på bästa sätt ta hand om en döende patient. Därför ansågs utbildning viktigt inom detta område. Att lindra symptom ansågs vara den största kompetensen hos sjuksköterskan vilket påverkade vårdkvaliteten, men också utförandet av samtal om palliativ vård med patienter och anhöriga.</p>