



Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-20 30 00
www.hkr.se

EXAMENSARBETE
Våren 2013
Sektionen för hälsa och samhälle
Omvårdnad

Kommunikation mellan vårdpersonal och patient med lungcancer: En litteraturstudie

Datum: 2013 01 22

Författare:

Jesper Hjörning

Marcus Persson

Handledare:

Lena Larsson

Examinator:

Kerstin Blomqvist

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
Inledning	3
Kommunikation	3
Cancer	4
Behovet av kommunikation vid lungcancer	5
Vårdpersonal och ansvar.....	5
Brister i kommunikation	6
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval.....	8
Datainsamling	8
Analys	9
Etiska ställningstaganden.....	10
Resultat	10
Figur 2. Tema och kategorier.....	11
Patienten.....	11
Patienters inställning till samtal med vårdpersonal om sina bekymmer	11
Känslor som påverkar patientens upplevelse av kommunikation.....	12
Svårigheter att kommunicera upplevelser av lungcancer med vårdpersonal	13
Yrkesutövningen	14
Fokus på medicinska aspekter av sjukdomen	14
Kommunikationsfärdigheter och kunskap hos vårdpersonal	15
Attityder hos vårdpersonal som påverkar kommunikationen	16
Omgivningen.....	17
Tidsbrist.....	18
Diskussion	18

Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats	24
Referenslitteratur	26

Bilaga 1 Granskningsmallar

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Sökschema

Kommunikation mellan vårdpersonal och patient med lungcancer: en litteraturstudie

Författare: Marcus Persson och Jesper Hjörning

Handledare: Lena Larsson

Litteraturstudie

2013 Jan 22

Sammanfattning

Bakgrund: Lungcancer är den 5:e vanligaste cancerformen men är också den med högst dödlighet. De svåra symtomen, den påfrestande behandlingen och en dålig prognos medför att kommunikation vid lungcancer är av särskilt stor betydelse för att tillfredsställa det informations- och emotionella behov som finns hos cancerpatienter. Tidigare forskning har visat att patienter med lungcancer ofta upplever kommunikationen med vårdpersonal som undermålig. **Syftet:** var att utifrån Suzie Kims omvårdnadsdomäner beskriva faktorer som påverkar kommunikationen i mötet mellan vårdpersonal och patienter med lungcancer, ur patientens och personalens perspektiv. **Metod:** En litteraturstudie baserad på 13 vetenskapliga artiklar. Artiklarna var publicerade mellan 1992 och 2012. I analysen användes en deduktiv ansats utifrån omvårdnadsforskaren Suzie Kims omvårdnadsdomäner. **Resultat:** I resultatet framkom att *Patientdomänen, Yrkesutövningsdomänen och Omgivningsdomänen* påverkade kommunikationen i mötet. Huvudfynden i detta resultat visade att vårdpersonal ofta fokuserar på medicinska aspekter av sjukdomen i deras kommunikation med patienterna. Samtidigt visade resultatet att vårdpersonalens kunskaper och kommunikationsfärdigheter var avgörande för en god kommunikation. **Konklusion:** Eftersom kommunikation är ett viktigt verktyg i omvårdnaden är det också viktigt att vårdpersonal inom lungcancervården har förståelse för vilka faktorer som påverkar kommunikationen. Vårdpersonal kan med hjälp av denna litteraturstudie ta nytta av denna kännedom i deras eget arbete men också identifiera och få självinsikt i deras egna kunskaper och färdigheter för att ta ställning till om vidare utbildning eller träning behövs.

Nyckelord: Kommunikation, Lungcancer, Faktorer, Omvårdnad, Patienter, Vårdpersonal.

Communication between health care professionals and patient with lung cancer: a literature review

Authors: Marcus Persson and Jesper Hjörning

Supervisor: Lena Larsson

Literature review

2013 Jan 22

Abstract

Background: Lung cancer is the fifth most common cancer and is also the most lethal form of cancer. The severe symptoms, a straining treatment and a poor prognosis means that communication in lung cancer is of particular importance in order to satisfy the informational and emotional needs of cancer patients. Previous research has shown that patients with lung cancer often experience a poor communication with health care professionals. **Aim:** The aim of this study was to describe factors influencing communication between health care professionals and patients with lung cancer, from the perspective of the patient and the health care professional, using Suzie Kim's nursing domains. **Method:** A literature review based on 13 scientific articles. These articles were published between 1992 and 2012. The analysis used a deductive approach based on nursing researcher Suzie Kim's nursing domains. **Findings:** The findings of this study showed that the client domain, the domain of practice and the domain of environment influenced communication in the client-nurse domain. The main findings were that health care professionals often focus on the medical aspects of the disease in their communication with patients. It also showed that the nursing staff's knowledge and communication skills were crucial to enable good communication with patients. **Conclusions:** Communication is an important tool in nursing and it is therefore important that health care professionals in cancer care have an understanding of the factors that influence their communication with patients. Health care professionals can use this study to identify and increase self-awareness of their own knowledge and skills in order to determine whether further education or training in communication is needed.

Keywords: Communication, Lung cancer, Factors, Nursing, Patients, Health care professionals.

BAKGRUND

Inledning

På grund av de svåra symtomen, den påfrestande behandlingen och en dålig prognos (Cancerfonden, 2009), är kommunikation vid lungcancer av särskilt stor betydelse för att tillfredsställa det informationsbehov samt det emotionella behov som finns hos cancerpatienter (Liu, Mok & Wong, 2006). Samtidigt påvisar flera studier ett missnöje när det gäller just kommunikation (Lövgren 2009; Mazor et al. 2012 & McCabe 2003). Att beskriva de erfarenheter som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter med lungcancer anses därför vara av stor betydelse.

Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet *communicare*, som betyder att göra något gemensamt. Det är ett stort begrepp som kan tolkas och definieras på många olika sätt och definitionen av kommunikation är ett problem inom akademien. Förhållningssätten till kommunikationsstudier är skilda inom det vetenskapliga samhället där det finns flera kommunikationsmodeller som beskriver kommunikation (Fiske, 1990). I denna studie kommer kommunikation delvis att definieras utifrån den dialogiska modellen. Den betraktar kommunikation som en grundläggande social aktivitet där en gemensam förståelse och mening utgör en viktig del. Det utförs ett samarbete där deltagarna i dialogen försöker sätta sig in i motpartens situation (Linell, 1998). Modellen öppnar upp för en mellanmännisklig samverkan och lyfter fram de sociala faktorer som påverkar kommunikationen (Linell, 1998). För att få en djupare förståelse i relation till omvårdnad definieras kommunikation ytterligare med hjälp av omvårdnadsteoretiker.

Omvårdnadsteoretikern Suzie Kim beskriver fyra omvårdnadsdomäner eller perspektiv; patienten, mötet, omgivningen och yrkesutövningen. Mötet, som kommer att ligga till grund för studien, innefattar kommunikation och beskriver relationen mellan patienten och sjuksköterskan som består av beröring, empati, kommunikation och samarbete (Kim, 2010). Även andra omvårdnadsteoretiker beskriver kommunikationen som en viktig del av omvårdnaden. Travelbee definierar omvårdnad som en mellanmännisklig process där sjuksköterskan hjälper individer, familjer eller samhällen att förebygga eller hantera

erfarenhet av sjukdom och lidande, och om nödvändigt även att finna mening i dessa upplevelser. Enligt Travelbees omvårdnadsteori "Human-To-Human relationship model" uppfylls målet med omvårdnaden genom en mellanmänsklig relation med patienten, vilken ses som en individ i behov av hjälp (Travelbee, 1966). Detta samspel skapas genom interaktion mellan sjuksköterskan och patienten, där individen får stöd och förtroende i omvårdnadsprocessen med hjälp av sjuksköterskans verbala och icke verbala kommunikation. Travelbee definierar verbal kommunikation som att en individ med hjälp av ord, skriftligt eller muntligt överför budskap, till skillnad från icke verbal kommunikation där information kan överföras med hjälp av gester, ansiktsuttryck och kroppsspråk (Travelbee, 1966).

Genom att kombinera *den dialogiska modellen, mötet* och *Travelbees Human-To-Human model*, läggs grunden till kommunikationens definition i denna studie. Detta innebär en interaktion mellan vårdpersonal och patient vilken består av en social aktivitet som grundar sig på verbal och icke verbal kommunikation med en gemensam förståelse och mening i mötet.

Cancer

Cancer är en diagnos som blir allt vanligare. Sedan 1970-talet har insjuknandet ibland befolkningen ökat markant och idag beräknar man att var tredje person i Sverige kommer insjukna i cancer. Detta medför en större börda inte bara för patienter och närstående utan också för omvårdnadspersonalen. Det finns flera olika cancersjukdomar och lungcancer är en av de mest allvarliga (Cancerfonden, 2009). Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen men är också den med högst dödlighet (Cancerfonden, 2009). Vetskapen om den höga dödligheten tillsammans med andningssvårigheter orsakar en stor ångest hos patienten (Wangenius, 2008), vilket ställer höga krav på vårdpersonalen. De vanligaste symtomen hos patienter med lungcancer är pipljud i bröstet, hosta, blodig upphostning och andfåddhet. Vid mer utbredd sjukdom kan även aptitlöshet, avmagring, trötthet och feber ses. Efter fem år är överlevnaden cirka 12 procent för män, och cirka 15 procent för kvinnor (Cancerfonden, 2009). De flesta som får diagnosen lungcancer har en långt gången sjukdom, är gamla och har andra sjukdomar som orsakats av rökning, till exempel KOL eller hjärt-kärlsjukdom. Detta minskar möjligheten att genomgå en krävande, botande behandling med operation eller hög-dos strålbehandling (Cancerfonden, 2009).

Behovet av kommunikation vid lungcancer

På grund av de svåra somatiska symtomen och en dålig prognos vid lungcancer kan patienter uppleva ångest och oro, men kan även leda till andra psykiska besvär (Wangenius, 2008). Depression är vanligt och ihållande hos patienter med lungcancer, särskilt bland de med mer allvarliga symtom eller funktionella begränsningar (Hopwood & Stephens, 2000). Funktionella begränsningar kan bland annat leda till att den sexuella funktionen försämras (Shell, Carolan, Zhang & Meneses, 2008). Majoriteten av de personer som drabbas av lungcancer är rökare och har sedan tidigare rökningrelaterade symtom som till exempel hosta. Skattningar visar att rökning orsakar drygt 3 000 fall av lungcancer i Sverige varje år (Cancerfonden, 2009). Detta kan leda till tankar om att canceren är självorsakad vilket ofta ger höga nivåer av skam, skuld, ångest och depression (LoConte, Else-Quest, Eickhoff & Schiller, 2008).

Enligt WHO's definition från 1948 är ”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp” (World Health Organization, 1948). Deras definition utgör således en grund för att uppnå hälsa, vilket innebär att vårdpersonal måste ge en holistisk omvårdnad. För att uppnå detta måste vårdpersonalen bemöta det känslomässiga behov som beskrivs av Wangenius (2008), Hopwood & Stephens (2000) & LoConte et al. (2008). Travelbee menar att en god omvårdnad grundar sig på kommunikationen mellan vårdpersonal och patient (Travelbee, 1966), vilket således innebär att kommunikation är en viktig faktor för att se till patientens hälsa. Samtidigt är det sjuksköterskans skyldighet att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och så långt som möjligt lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005).

Vårdpersonal och ansvar

Vårdpersonal definieras i denna studie som sjuksköterskor, läkare och undersköterskor, anställda inom hälso- sjukvården. All vårdpersonal har ett ansvar men hos både läkare och sjuksköterskor finns ett särskilt ansvar som innefattas i den yrkeslegitimation de erhållit. (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 2§).

En del i detta yrkesansvar handlar om kommunikation. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står exempelvis att ”sjuksköterskan ska

ha förmåga att kommunicera med patienter och närstående på ett lyhört och empatiskt sätt". Vidare ska "sjuksköterskan ge stöd, vägledning och information till patient och närstående samt förvissa sig om att de förstår denna". Ansvaret ligger även i att uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Läkaren har också ett ansvar när det gäller kommunikation med patienter (Sveriges Läkarförbund, 2009). Det svenska läkarförbundet antog 2009 flera etiska regler som deras medlemmar ska följa. Dessa regler säger att läkaren alltid ska ha patientens hälsa som främsta målet och att deras gärningar ska bota, lindra och trösta. Läkaren ska även behandla patienter med omsorg, empati och respekt samt att de aldrig får utsätta en patient för ett diskriminerande bemötande (Sveriges Läkarförbund, 2009). Läkare har således, i likhet med sjuksköterskor, ett holistiskt ansvar som inte enbart innefattar den medicinska behandlingen av en patient. Kommunikation utgör därför en grund hos vårdpersonal för att uppnå de krav som framförallt ställs på läkare och sjuksköterskor (Socialstyrelsen 2005 & Sveriges Läkarförbund 2009).

Brister i kommunikation

Det har visats att det holistiska synsättet hamnar i fokus när det gäller cancervården, där informationsbehovet samt behovet av emotionellt stöd är av stor betydelse (Liu et al, 2006). Trots detta uppvisar flera studier ett missnöje inom cancervården angående kommunikation. I en Amerikansk undersökning fann man exempelvis att drygt en fjärdedel av deltagarna ansåg att något hade hänt under vårdtiden som kunde förhindrats och som orsakade eller kunde orsakat skada. Skadan inkluderade emotionell skada och en skadad läkar-patient relation som kunde kopplas till kommunikation då man i samma studie fann man att nästan hälften av cancerpatienterna upplevde ett kommunikationsproblem (Mazor et al, 2012). I en annan studie upplevde cancerpatienter kommunikationen från sjuksköterskor under sjukhusvistelsen som undermålig. Sjuksköterskorna gav inte patienterna tillräcklig information eller svar på deras frågor om sjukdomen (McCabe, 2003).

Eide & Eide (2009) menar samtidigt att kommunikation har en central roll i allt omvårdnadsarbete och att en god kommunikation till patienten förenklar arbetet och är en slags kvalitetssäkring av omvårdnaden. Kommunikation är också ett medel för att bekanta sig

med patienten, samt att förstå och bemöta patientens behov för att bemästra sjukdom och lidande (Eide & Eide, 2009).

Tidigare forskning har visat att många patienter med lungcancer är missnöjda med deras kommunikation med sjukvården. I en studie fann man att 27 % av deltagarna upplevde att deras kontakt med hälso- sjukvården var det mest besvärande med sjukdomen, vilket inkluderade kommunikation och informationsproblem (Lövgren, 2009). Andra studier påvisar dock att det överlag fanns en positiv attityd gentemot hälso-sjukvårdens hantering av kommunikation, information och kvalitet (Davidson & Mills, 2005). Detta öppnar även upp för frågor kring vilka faktorer som gör kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter bra respektive bristande.

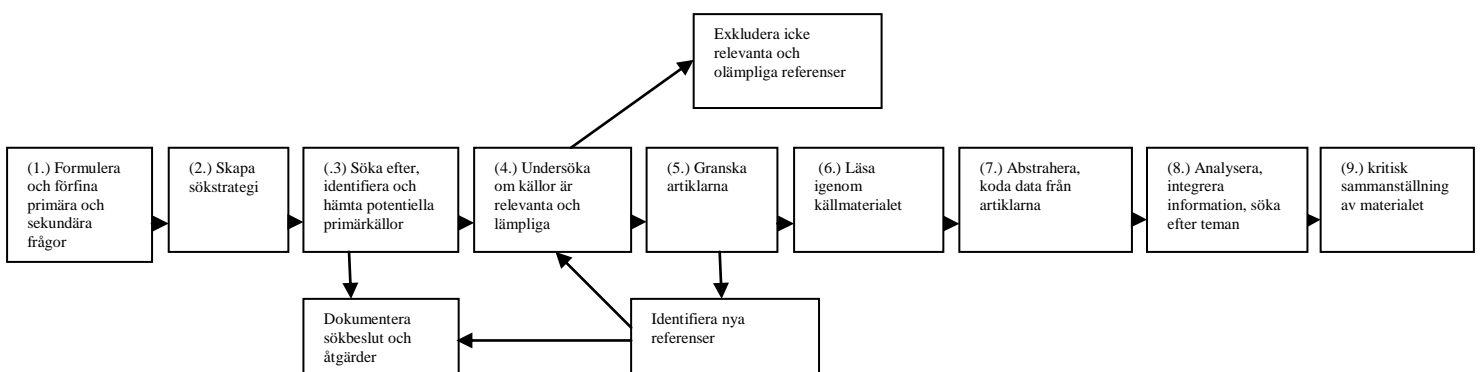
SYFTE

Syftet var att, utifrån Suzie Kims omvårdnadsdomäner och ur patientens och personalens perspektiv, beskriva faktorer som påverkar kommunikationen i mötet mellan patienter med lungcancer och vårdpersonal.

METOD

Design

Studien utförs som en litteraturstudie där en sammanställning och analys gjordes utifrån vetenskapliga artiklar inom det valda området (Polit & Beck, 2012). Arbetsprocessen inspirerades av Polit & Becks (2012) modell i figur 1.



Figur 1. (Polit & Beck 2012) (Översatt och modifierad av författarna)

Urval

I studien användes vetenskapliga artiklar. Inklusionskriterierna var att de skulle vara skrivna på engelska eller svenska, vara peer-reviewed och godkända av en etisk kommitté eller ha ett etiskt resonemang. Artiklarna skulle vara publicerade mellan år 1992-2012, belysa mötet mellan vårdpersonal och patienter med lungcancer samt att patienterna skulle vara äldre än 18 år. Exklusion av artiklar skedde om perspektivet involverade anhöriga liksom om artiklarna inte kunde relatera till kommunikation mellan vårdpersonal och patienter. Artiklarna valdes utifrån deras abstrakt där innehållet svarade på syftet.

Datainsamling

För att få en översikt över ämnesområdet och finna eventuell specifik problematik gjordes först en övergripande databassökning (Polit & Beck, 2012). Den övergripande databassökningen gjordes på ett ostrukturerat sätt med sökorden kommunikation och lungcancer. Därefter gjordes den huvudsakliga artikelsökningen i databaserna CINAHL, PubMed och PsychInfo där flera olika sökord användes. För att inkludera alla böjningsformerna av sökorden användes trunkering (Östlundh, 2006). De sökord som slutligen användes var; nurs*, communicat*, physician*, lung cancer, experience*, patient-physician*, relationship*, staff*, lung neoplasm, psychosocial, psychological personnel, concern*, needs, barrier*, clinical, Healthcare* och health care provider. Andra sökord användes också men gav inga resultat, dessa sökorden var: practitioner*, patient experience, conversat*, patient-nurse*, breath*, pain*, dyspnea* och symptom*. För att kombinera sökorden användes boolesk sökteknik med AND och OR. AB abstract användes vid behov när sökresultatet blev för brett för att finna relevans mellan artikelns innehåll och denna studies syfte.

Datainsamlingen genomfördes med Polit & Becks (2012) modell som inspiration, där tillvägagångssättet skedde enligt en modifierad version av deras flödesschema (se figur 1). Det första steget var att formulera och tydliggöra syftet (1). Därefter skapades en sök strategi, bland annat gjordes den övergripande databassökningen (2). Sökning och identifiering av potentiella primärkällor gjordes därefter (3), där sökbeslut och åtgärder dokumenterades. Artiklar som ansågs icke relevanta exkluderades (4).

Kvalitetsgranskning

I enlighet med punkt fem i den presenterade modellen som var inspirerad av Polit & Beck (2012) granskades kvaliteten av alla relevanta artiklar (figur 1). För att granska artiklarna användes modifierade granskningsmallar av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) modeller för både kvantitativa samt kvalitativa studier. Granskningsmallarna som användes är presenterade i bilaga 1. Mallarna består av en serie ja och nej frågor som på ett objektivt sätt beskriver artikelns kvalitet. Varje svar som ger ett ja svar får ett poäng och varje nej svar får noll poäng. Det finns två mallar, en för kvantitativ och en för kvalitativ metod. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) kan respektive mall modifieras för att passa det undersökta området. I denna studie tillförde författarna flera frågor från röda korsets granskningsmall som var relevanta till syftet. Poängskalan för mallarna och de olika gränserna för kvalitetsnivån bestämdes av författarna efter diskussion. Poängskalan delades in i tre nivåer med hög, medel och låg kvalitet. Mer än 80 % av totalpoängen gav hög kvalitet, 60 % - 79 % gav medel kvalitet, och mindre än 60 % gav låg kvalitet. Vid låg kvalitet diskuterades artikelns brister och styrkor för att fatta ett beslut gällande inklusion eller exklusion av artikeln.

Analys

Polit & Becks (2012) modell användes som inspiration i analysfasen där första steget var att läsa igenom relevanta och lämpliga artiklar. Detta gjordes var för sig utav båda författarna för att sedan diskutera innehållet tillsammans (6). I detta skede fanns möjligheten att identifiera nya referenser utifrån funna artiklar. Nästa steg var att abstrahera meningsbärande enheter ur artiklarna som därefter kodades. Det kondenserade materialet skrevs ner på Post-It lappar för att få en lättare överblick över materialet (7). Analysen använde en deduktiv ansats utifrån Kims (2010) omvårdnadsdomäner. Praktiskt gick arbetet till så att hela materialet sorterades i tre fack ifrån de tre domänerna; *patienten*, *yrkesutövningen* och *omgivningen*. Materialet inom respektive fack jämfördes där likheter fördes samman till underkategorier. Därefter fördes en diskussion för att identifiera möjliga övergripande kategorier för att sedan enas om en slutgiltigt övergripande kategori (8). Slutligen gjordes en kritisk sammanställning av materialet i resultatdelen av denna studie (9).

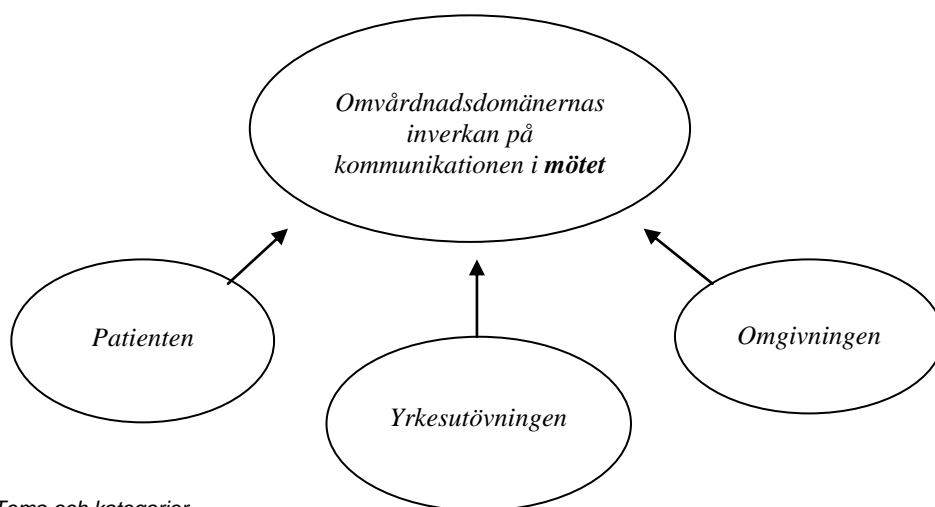
Det finns en förförståelse hos författarna som grundar sig på erfarenheter och upplevelser av att arbeta på sjukhus där kommunikation mellan vårdpersonal och patienter med cancer ofta upplevts som bristfällig. Vårdpersonal är i detta avseende legitimerade sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. Författarna upplever att det emotionella behovet hos patienterna ofta glöms bort samtidigt som de ger uttryck för ett missnöje gällande information och stöd. Författarna upplever inte att all kommunikation är dålig, en del av kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal upplevdes som tillfredställande. Detta öppnar upp för frågor kring vad som gör kommunikationen god respektive dålig. Dessutom fanns en förförståelse där författarna trodde att symtomen hos patienter med lungcancer kunde påverka kommunikationen. För att undvika en felaktig tolkning av materialet diskuterade författarna tillsammans sin förförståelse och de tveksamheter som kom att uppstå under arbetets gång.

Etiska ställningstaganden

De studier som ingick i denna litteraturstudie kunde undersöka etiskt känsliga områden då deltagarna i respektive studie kunde befinna sig i livets slutskede eller i en djup livskris. För att säkerställa en tillfredställande etisk process skulle artiklarna som inkluderades i denna litteraturstudie vara godkända utav en etisk kommitté eller ha ett etiskt resonemang (Olsson & Sörensen, 2007). Detta etiska resonemang tog hänsyn till de etiska principer som utgörs av; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (Olsson & Sörensen, 2007). För att undvika sekundära tolkningar var samtlig data som ingick i studien primärkällor (Forsberg & Wengström, 2008)

Resultat

I analysen framkom sju subkategorier som inrymdes i tre av Kims (2010) omvårdnadsdomäner. Dessutom visade resultatet att *Patienten, Yrkesutövningen och Omgivningen* påverkade kommunikationen i mötet vilket ledde fram till den övergripande kategorin: *Omvårdnadsdomänernas inverkan på kommunikationen i mötet.*



Figur 2. Tema och kategorier.

Patienten

Suzie Kim (2010) menar att största fokus i omvårdnadsarbetet ska ligga på patienten och människan bakom sjukdomen. Därför är det viktigt för sjuksköterskan och annan vårdpersonal att förstå och förutse vad och hur denna person tänker och handlar. I denna studie framkom att patientens känslor var en faktor som kunde påverka kommunikationen. Tre subkategorier identifierades: *Patienters inställning till samtal med vårdpersonal om sina bekymmer*, *Känslor som påverkar patientens upplevelse av kommunikation* samt *Svårigheter att kommunicera upplevelser av lungcancer med vårdpersonal*.

Patienters inställning till samtal med vårdpersonal om sina bekymmer

Vårdpersonal menade i Tessler Lindau, Surawska, Paice & Barons (2011) studie att patienters villighet att samtala med vårdpersonal delvis beror på patienternas individuella karakteristiska egenskaper. Detta bekräftades av flera studier som visade att en del patienter inte uppskattade att prata med vårdpersonal om sina känslor (Endo et al, 2008 & Okuyama et al, 2008).

Exempelvis rapporterade Endo et al. (2008) studie att 32 % av patienterna ogillade att samtala med vårdpersonal om sin oro eller ångest.

I en studie framkom att patienter inte upplevde något behov av att diskutera sina känslor med vårdpersonal. Många av patienterna ansåg att detta var onödigt och att detta var en privat angelägenhet vilket kunde leda till att patienten undvek sådana samtal. Därmed kunde patienten gå miste om ett känslomässigt stöd i kommunikationen med vårdpersonal (Tessler Lindau et al, 2011).

Detta styrktes av Okuyama et al. (2008) studie där 67 % av patienterna upplevde att de inte hade något behov av att samtala om sina känslor med vårdpersonal.

Känslor som påverkar patientens upplevelse av kommunikation

Rädsla visade sig i flera studier ha en inverkan på kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter. En av dessa studier visade att hos patienter som försökt sluta röka kände drygt hälften sig obekväma att diskutera rökning med vårdpersonal. Det fanns en rädsla att bli dömda av vårdpersonalen vilket kunde leda till känslor av skam och skuld (Simmons et al, 2009). Däremot var patienter som slutat röka villiga att diskutera rökning med vårdpersonal så länge de inte verkade vara dömande eller predikande (Simmons et al, 2009).

"I feel like I'm cheating them and I feel like I'm cheating myself. I feel uncomfortable talking with my doctors. I will find myself sometimes fibbing a little bit... why haven't I learned? I feel like I've robbed a bank and I'm going into the sheriff's." (Simmons et al, 2009, s.401).

Det fanns även rädsla hos patienter för att beskriva sin oro eller ångest för sina läkare då detta ansågs kunna få en negativ inverkan på deras omvårdnad (Endo et al, 2008 & Okuyama et al, 2008). Okuyama et al. (2008) studie visade att drygt 20 % av patienterna upplevde denna rädsla. Exempelvis kände flera patienter en rädsla för att läkaren skulle ändra deras behandling till en mindre ansträngande behandlingsplan om de beskrev sin oro. Denna rädsla gjorde att patienterna undvek kommunikation gällande sina bekymmer (Okuyama et al, 2008). Dessutom upplevde flera patienter att relationen med läkaren kunde försämrans om de diskuterade sin oro och ångest vilket sågs som ett hinder till kommunikation (Endo et al, 2008 & Okuyama et al, 2008). Patienter i Endo et al. (2008) studie kände sig även bekymrade för psykologiskt stöd och rådgivning med vårdpersonalen då de ansåg att det kunde försämra deras känslomässiga tillstånd.

Andra studier visade att osäkerhet kunde påverka kommunikationen mellan vårdpersonal och patient. Exempelvis kunde patienter uppleva att de inte visste vem de kunde prata med eller var de kunde söka hjälp. Detta kunde leda till en osäkerhet i samtal med vårdpersonal (Treloar et al, 2009). Även Endo et al. (2008) fann att det kunde uppstå en osäkerhet hos patienter då

de kände att de inte ville störa läkaren med sin oro eller ångest. I samma studie skattade 37 % av patienterna att det inte var läkarens roll att lindra deras känslomässiga bekymmer. En annan studie visade att vårdpersonal upplevde att patienter ofta tog upp frågor i sista minuten, detta påverkade kommunikationen då ytterligare tid inte fanns att tillgå i samband med besöket (Tessler Lindau et al, 2011).

Att känna trygghet i mötet mellan vårdpersonal och patient visade sig underlätta kommunikationen. I en studie upplevde vårdpersonalen att patienter hade svårigheter att kommunicera eller att ta upp frågor och problem gällande sexualitet och intimitet (Tessler Lindau et al, 2011). Dessutom fann Endo et al (2008) att patienter upplevde det som genant att prata om känslor. Dessa faktorer kunde bli ett hinder för psykologiskt stöd och rådgivning (Endo et al, 2008 & Tessler Lindau et al, 2011). Många patienter ansåg att en trygg relation med vårdpersonalen var en förutsättning för att kunna samtala om sexualitet och intimitet med vårdgivaren samtidigt som otrygghet i relationen till läkaren var ett av de vanligaste hindren i kommunikationen (Tessler Lindau et al, 2011). Dessutom fann en studie att en del patienter upplevde att närvaron av närstående i möten med vårdpersonal kan fungera som stöd och ge ökad trygghet i samtalet samt hjälpa patienten att samla sina tankar och komma ihåg saker de vill diskutera med sin läkare (Yardley et al, 2001).

”My wife was there for the appointment with me because I can be so forgetful, and she asks questions I wouldn’t even think of asking.” (Yardley et al, 2001, s.383).

Svårigheter att kommunicera upplevelser av lungcancer med vårdpersonal

Patienter i en studie från 2011 beskrev hur deras erfarenheter av sjukdomen signifikant, och oftast negativt, påverkade deras förmåga att samtala med läkare och andra som inte delade liknande upplevelser av hur lungcancer påverkar dem i vardagen (Moore, Chamberlain & Khuri, 2001). Detta styrktes av andra studier där patienter hade svårigheter att kommunicera sina upplevelser av lungcancer med vårdpersonalen då de hade svårt att göra sig förstådda och förmedla sitt behov av stöd (Tessler Lindau et al, 2011 & Treloar et al, 2009). Exempelvis menade vårdpersonalen i Tessler Lindau et al. (2011) studie att ett indirekt språk som inte

tydligt beskrev deras problem ofta användes vid samtal om sexualitet och intimitet, vilket påverkade kommunikationen (Tessler Lindau et al, 2011).

Yrkesutövningen

Inom yrkesutövningen ingår de kognitiva, sociala och etiska aspekter av handlingar som sjuksköterskor utför i omvårdnaden. Domänen beskriver vilka omvårdnadshandlingar som utförs och hur dessa utförs (Kim, 2010). Tre subkategorier identifierades; *Fokus på medicinska aspekter av sjukdomen, Kommunikationsfärdigheter och kunskap hos vårdpersonal* och *Attityder hos vårdpersonal som påverkar kommunikationen*.

Fokus på medicinska aspekter av sjukdomen

Patienter upplevde i flera studier att läkare ofta fokuserade på att samtala om medicinska aspekter av deras sjukdom och behandling samt att de åsidosatte samtal om psykosociala bekymmer (Hill et al, 2003 & Lövgren et al, 2010). Detta bekräftades även av andra studier. Exempelvis fann Endo et al (2008) att 18 % av patienterna upplevde att läkarna inte var intresserade av deras emotionella oro. Dessutom upplevde flera patienter i studien av Okuyama et al. (2008) att deras läkare inte frågat dem om deras känslomässiga oro och ångest.

”And it’s not so damned fun to be a doctor either and talk about these things. So it seems to me they prefer talking on a medical level rather than on a mental level, the doctors.” (Lövgren et al, 2010, s.59).

Flera studier fann att vårdpersonal sällan tog initiativ till samtal om sex eller andra känsliga ämnen då de ofta fokuserade på medicinska aspekter av sjukdomen (Lövgren et al, 2010 & Tessler Lindau et al, 2011). Exempelvis fann Lövgren et al. (2010) att sjuksköterskor ofta prioriterade medicinsktekniska uppgifter framför att spendera tid med patienten. En annan studie beskrev dessutom att läkare oftare visade empati i samtal då patientens empatiska behov handlade om konkreta, positiva utmaningar samt om hälso- och sjukvårdssystemet eller problem med behandlingsbeslut. Däremot gav läkare mer sällan empatiska svar gällande patienternas oro runt sjukdomen, dödlighet och prognos samt när behovet av empati berodde på existentiella frågor (Morse et al, 2008). I en annan studie fann man att läkaren tvekade att

diskutera det okända i patienters framtid, trots att patienterna ville få kunskap om detta (Yardley et al, 2001). Ur en enkätstudie framkom att färre än 30 % av de tillfrågade patienterna kände att de hade fått möjlighet att diskutera sina bekymmer angående framtiden med sjukdomen och framtiden med familjen med sin läkare (Hill, Amir, Muers, Connolly & Round, 2003). Däremot visade Simmons et al. (2009) att vårdpersonal kände sig mer bekväm och självsäker med att diskutera rökning med patienten, då kunskapen inom detta område var större.

Kommunikationsfärdigheter och kunskap hos vårdpersonal

Flera studier visade att vårdpersonalens kommunikationsfärdigheter och kunskap inom lungcancervård kunde påverka kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter. Flera av dessa studier visade att vårdpersonalen inte tog initiativ till samtal om särskilda ämnen som sexualitet, intimitet, oro och ångest. Detta sågs som ett hinder för kommunikation ur patientens perspektiv (Endo et al, 2008 & Tessler Lindau et al, 2011). Detta kunde bero på en kunskapsbrist inom området (Salander & Henriksson 2005 & Tessler Lindau et al, 2011). Exempelvis visade sig denna brist då vårdpersonalen inte såg sexualitet och intimitet som ett bekymmer för patienten liksom när de upplevde frustration när de inte visste svaren på patienters frågor (Tessler Lindau et al, 2011).

Patienterna i Tessler Lindau et al. (2011) studie upplevde att vårdgivaren borde ta initiativ till diskussion om sexualitet och intimitet oberoende av deras bedömning av patientens intressen samt att läkare borde vara mer trygga och avslappnade att diskutera ämnet. Samtidigt upplevde vårdgivare att patienter skulle bli mer villiga att prata om sin sexualitet om ämnet presenterades öppet och naturligt i samtalet. Däremot ansåg läkarna i samma studie att intimitetsproblemen skulle tas upp, men av en annan yrkesgrupp som har bättre kunskap inom området (Tessler Lindau et al, 2011). Endo et al. (2008) fann dessutom att 55 % av patienterna inte hade blivit tillfrågade om oro, vilket sågs som ett hinder för psykologiskt stöd och rådgivning.

En annan studie visade att patienter som blev diagnosticerade med lungcancer fick möjlighet att ställa frågor vid tillfällena som inte upplevdes som lämpliga utav patienten. Exempelvis

upplevde patienter att det var svårt att komma på frågor i samband med diagnosbeskedet (Yardley, Davies & Sheldon, 2001).

”He asked me if I wanted to ask any questions but i think that when you are that shocked, because you’re hoping there is not anything wrong, I think if you’d been broken down gently to it then you might have asked a few questions but to be put at it like so quick, so sudden, you’ve no thoughts of questions.” (Yardley, Davies & Sheldon, 2001, s.383).

Samtidigt fann Treloar et al. (2009) att läkarens kommunikationsstil och färdigheter vid förmedlandet av diagnosen kunde ha en positiv inverkan på den fortsatta kontakten under hela behandlingstiden. Exempelvis upplevde patienterna att samtalen förbättrades när läkare visade hänsyn och tänkte igenom sina svar på patienternas frågor (Treloar et al, 2009).

Slutligen fann flera studier hur den medicinska terminologi som läkaren använder och patientens förståelse för denna kan skapa otydlighet i kommunikationen. Om patienten inte förstod orden som användes kunde detta leda till missförstånd (Yardley et al, 2001). Användning av lekmannatermer och enklare begrepp resulterade i mindre förvirring och missförstånd i kommunikationen (Dale & Johnston, 2011).

”Dr X looked up and said ‘well you know what you’ve got and I said ‘yes, a tumour and she said ‘no you’ve got cancer’. It is at tumour but its cancer” (Yardley et al, 2001, s.383).

Attityder hos vårdpersonal som påverkar kommunikationen

Det beskrevs i flera studier att ålder, kön och hudfärg samt attityder hos vårdpersonalen kunde påverka kommunikation då det hade en inverkan på vårdpersonalens bemötande av patienterna. En studie fann exempelvis att det var mer troligt att sjuksköterskor skulle diskutera sex med yngre patienter än med äldre (Tessler Lindau et al, 2011).

”... most of them are over 65 and sex may be an important part of their lives but maybe less important than it was when they were 25.” (Tessler Lindau et al, 2011, s.5).

Det fanns också fler hinder för manliga patienter till samtal om känslomässiga bekymmer med läkare (Endo et al, 2008). I en jämförelse mellan vita och svarta patienter fann Morse, Edwardsen & Gordon (2008) att vårdpersonalens empatiska bemötande inte påverkades av patientens hudfärg. Däremot upplevde svarta patienter i Gordon, Street, Sharf, Kelly & Soucheks (2010) studie att deras läkare gav dem mindre information och stöd. Vita patienter upplevde samtidigt att de fick mindre information och stöd i mötet med en svart läkare (Gordon et al, 2010).

Attityder hos vårdpersonalen visade sig även i Moore et al. (2001) studie påverka kommunikationen. Före detta missbrukare i studien kände att läkare och sjuksköterskor inte visade tillit utan trodde att de fortfarande missbrukade, detta påverkade deras kommunikation och ledde bland annat till otillräcklig smärtlindring.

“(...) I am pain and it controls me, everything I do, my activities, I just hurt all the time. And I am unsatisfied with the pain management 98 percent of the time. I used coke and other drugs. I stopped, ok. I think they fear I am still using that’s why I can’t get relief. I think the docs don’t believe I am in pain. The nurses’ whisper and look at me with pity but I know they don’t really care. Bitches, to them I am just an addict who may or may not have pain.(...)”
(Moore et al, 2001, s.376).

Brist på engagemang, dålig attityd och respektlöst uppförande hos vårdpersonal visade sig också vara ett hinder för god kommunikation (Tessler Lindau et al, 2011).

Omgivningen

Omgivningen innefattar miljön inom sjukvården och hur den kan påverka omvårdnaden. Enligt Kim finns det tre komponenter av omgivningen, den fysiska, sociala och symboliska

(Kim, 2010). Litteraturstudien visade att den sociala aspekten kan påverka kommunikationen i mötet med patienten.

Tidsbrist

En stressande miljö runt patient och vårdpersonal visades i flera studier vara ett problem som påverkade kommunikationen. Studier visade att läkare och sjuksköterskor hade för lite tid för att kunna sätta sig ner och prata med patienten (Lövgren, Hamberg & Tishelman, 2010; Okuyama et al., 2008; Tessler Lindau et al, 2011). Exempelvis upplevde patienter i Okuyama et al. (2008) studie att läkare hade för lite tid för att fråga om patienternas psykologiska oro eller ångest.

”They should have more time for human beings because right now, they just fly around like feathers. There´s no time to talk and maybe we wouldn´t need to talk for so long (...) But of course, It´s also hard to –to take someone else´s time for that (...) When I was in the ward, they ran around and it was one thing and the other and it was food and it was medicines and it- sort of constantly, someone called and then someone else called and they had to run back and forth and it was so- well you just felt it was like running, running, running and maybe they had to, but for them just to be able to sit down there for a little while...”

(Lövgren et al, 2010, s.59).

Däremot fann Lövgren et al. (2010) det motsatta i sin studie där vårdpersonal ibland, trots tidsbrist tog sig tid att samtala med patienter i lugn och ro.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet att använda en deduktiv ansats utefter Kims (2010) domäner gjordes för att skapa en tydlig struktur och överblick i arbetet. Detta ansågs därför vara en lämplig metod i denna litteraturstudie samtidigt som tillvägagångssättet för analys tydliggjordes, vilket ökar denna studies replikerbarhet och därmed även giltighet. Författarna valde att söka artiklar på engelska. Detta kan ha resulterat i att material på andra språk än engelska gått förlorat. En del

artiklar som kunde svarat på syftet exkluderades då abstraktet fanns att tillgå på engelska men där artikelns fulltext publicerats på ett annat språk. Dock anses beslutet vara nödvändigt för att undvika eventuella feltolkningar av artiklar som publicerats på andra språk. Dessutom menar författarna att resultatet inte har påverkats i större utsträckning då de flesta databaser idag är baserade på engelska för att så långt som möjligt kunna nå ut med sina resultat (Friberg, 2006). En annan svaghet skulle också kunna vara att engelska inte är författarnas modersmål vilket kan ha medfört feltolkningar. Att vara två personer som båda har läst och översatt texterna minskar dock risken för missförstånd och stärkte tillförlitligheten i denna studies resultat. Att inkludera både kvantitativa och kvalitativa artiklar medförde svårigheter. Trots detta togs beslutet att inkludera båda typerna då kvalitativa artiklar skapar ett djup medan kvantitativa skapar en bredd som ökar studiens överförbarhet. Ringa erfarenheter kring att förstå och ta sig an materialet i kvantitativa artiklar kan ha medfört en felaktig tolkning av resultatet. För att minska denna risk och samtidigt öka tillförlitligheten studerades vetenskapliga begrepp inom omvårdnadsforskning som är nödvändiga för att kunna granska vetenskapligt material.

För att i största möjliga mån undvika att bli påverkad av förförståelsen fördes kontinuerliga diskussioner vid tvivelaktighet om tolkningar. Enskilda handledningar eller grupphandledningar med handledare där även andra studenter medverkade gav också stöd och hjälp. Ett resultat som inte förväntades var att typiska symptom som smärta och andnöd samt hosta inte verkade påverka kommunikationen mellan vårdpersonal och patient. Detta kan dock bero på att forskning inom området saknas. För att säkerställa materialets kvalitet användes granskningsmallar av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Ja och nej frågorna gav objektivitet i bedömningen där man undvek en subjektiv tolkning. Nackdelen var att det kan ha påverkat djupet i granskningen vilket kan ha försämrat kvalitén. För att öka djupet togs beslutet att modifiera mallen med ja och nej frågor från röda korsets granskningsmall.

I denna studie kan det finnas en risk för att artiklar gått förlorade då något sökord kan ha uteblivit som författarna inte känt till. Dessutom kan det funnits begränsningar i de databaser som fanns att tillgå. För att finna artiklar med det innehåll som eftersöktes användes sökord eller nyckelord som ansågs relatera till syftet. Om fler databaser använts kanske nytt material skulle upptäckts, vilket därmed också skulle påverkat resultatet. Samtidigt uteslöts artiklar där

titeln antydde en relevans till syftet men där abstrakt saknades. I dessa fall ansågs dock dessa artiklar ha en liten chans att vara relevanta till denna studies syfte. Då vissa artiklar, som till större delen överensstämde med denna studies syfte användes, fick fynden i dessa studier större utrymme jämfört med andra artiklar. Detta ställde högre krav på dessa artiklars trovärdighet och kvalitet.

Grundat på de sökningar som gjordes i denna studie ansågs lungcancer och kommunikation vara ett relativt outforskat område där inte många studier fanns att tillgå. Detta kan ha resulterat i att de fynd som finns beskrivna i denna studie inte innefattar en fullständig beskrivning inom området. De artiklar som användes i denna studie är gjorda i länder på olika kontinenter som till exempel Japan och USA. Skillnader i dessa länders kultur kan ha påverkat upplevelsen av och åsikter om kommunikation och lungcancer. Samtidigt sågs inga väsentliga skillnader. Detta kan dock innebära en större bredd och översikt över det beskrivna området än om artiklarna enbart kom från Sverige. Författarna menar att denna bredd stärker denna studies överförbarhet.

Resultatdiskussion

Denna studies syfte var att beskriva faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter med lungcancer. Ur resultatet, som analyserades utifrån Kims (2010) domäner, framkom att *patienten*, *yrkesutövningen* och *omgivningen* påverkar kommunikationen i mötet. Författarna har valt att belysa två faktorer ur yrkesutövningsdomänen som påverkar kommunikationen och diskutera dessa utifrån Travelbees (1966) omvårdnadsteori och Kims domäner (2010) samt ställa dessa i relation till varandra. Dessa var; *Fokus på medicinska aspekter av sjukdomen och Kommunikationsfärdigheter och kunskap hos vårdpersonal*.

Trots att helhetssyn betonas i utbildning och lagstiftning så präglas inte lungcancervården av helhetstänkande. Ett försummat område inom lungcancervården är patientens känslomässiga behov. Vårdpersonal lägger ofta fokus på medicinska aspekter av sjukdomen, samtidigt som de är osäkra och otrygga att samtala med patienter om deras känslomässiga behov.

Flera studier i denna litteraturstudie visade att vårdpersonalen ofta fokuserade på medicinska aspekter av sjukdomen och åsidosatte samtal om patientens känslomässiga bekymmer.

Patienterna upplevde exempelvis att vårdpersonalen inte var intresserade av att prata om problem och behov som inte var av medicinsk natur. Dessutom initierades sällan samtal runt dessa bekymmer av vårdpersonalen. Även andra studier med patienter ur andra cancergrupper visar att vårdpersonal har ett fokus på medicinska aspekter inom cancervården. Studierna visade att vårdpersonal sällan tog initiativ till samtal om känslomässiga besvär (Detmar, Muller, Wever, Schornagel & Aaronson, 2001; Rogers & Todd, 2000 & Öhlén, Elofsson, Hydén & Friberg, 2008). Heap (1995) menar att vårdpersonal ofta använder sig av en så kallad »dörrstängande« respons. Detta innebär att vårdgivaren istället för att möta patientens behov av att prata om sin situation och aktivt lyssna på det patienten har att säga, hittar på sätt att stoppa öppenhet i samtalet. Konsekvensen av att undvika denna öppenhet kan leda till att patienten i allt högre grad upplever sig själv som isolerad med sin ångest samt att relationen mellan vårdpersonal och patient präglas av ökat avstånd, formalitet och bristande tillit (Heap, 1995). Dock visar denna litteraturstudie att inte alla patienter vill eller har ett behov av stöd när det gäller känslomässiga bekymmer. Vårdpersonalen ställs då inför ett svårt val där de måste avgöra om patienten är i behov av stöd och om samtal i så fall bör initieras. Aristoteles talar om dygdetik, mod och medelvägen. Mod handlar i detta avseende om en balansgång mellan feighet och övermod där medelvägen inte innebär mod i sig, utan mod i rätt ögonblick, för rätt sak, på rätt väg, av de rätta orsakerna och med de rätta motiven. Ur ett omvårdnadsperspektiv menar Aristoteles således att mod uppnås i en situation där vårdpersonal utifrån moraliskt tänkande finner en balansgång mellan feighet och övermod där modet eller medelvägen bestäms utifrån den unika situationen (Aristoteles, 1988).

För att finna mod och möjliggöra denna kommunikation menar Travelbee (1966) att sjuksköterskan måste lära känna patienten för att kunna ta fram en kommunikationsstrategi i omvårdnadssituationer. Att veta när man ska ta initiativ till samtal och vad man ska säga förutsätter kännedom om patienten som person. Det är dessutom lättare att förstå och möta patientens behov om man lär känna patienten. Även Kim (2010) menar att det är viktigt att sjuksköterskan förstår vad patienten försöker förmedla med sin kommunikation för att kunna ta till sig information som är viktig i omvårdnadsarbete. Detta ger sjuksköterskan möjlighet att ta hänsyn till vad patienterna som individer anser vara god omvårdnad (Kim, 2010). För att kunna kommunicera ur ett holistiskt perspektiv bör vårdpersonal dock känna till vilka

problem som kan uppstå till följd av lungcancer för att känna sig trygga i att diskutera alla aspekter av sjukdomen och inte enbart fokusera på medicinska aspekter.

Att vårdpersonalen inom lungcancervården har fokus på medicinska aspekter och saknar en holistisk omvårdnad kan därför bero på en avsaknad av goda kommunikationsfärdigheter och kunskaper när det gäller patientens situation relaterat till lungcancer. Dessa är nödvändiga för en god kommunikation med patienten då patienter ofta har svårigheter när det gäller att kommunicera med vårdpersonal. Trots detta visar resultatet i denna litteraturstudie att det finns brister när det gäller sådana färdigheter och kunskaper hos vårdpersonal. Merparten av de studier som ingick i denna litteraturstudie visade att patienter ofta uppvisade rädsla, osäkerhet, otrygghet och attityder som kunde påverka kommunikationen med vårdpersonal. Dessa kunde leda till att kommunikationen försämrades eller uteblev. Rimligen bör initiativ till samtal vara vårdpersonalens ansvar då patienten inte alltid förmår att initiera kommunikation. Detmar et al. (2001) studie visade dessutom att ansvaret att ta upp dessa frågor ofta hamnade hos patienterna själva. Samtidigt visade denna litteraturstudie att det krävs goda kommunikationsfärdigheter samt kunskaper och förståelse om patientens situation för att kunna uppmärksamma och samtala om de problem som uppstått till följd av sjukdomen.

Även andra studier inom onkologin har funnit att det finns ett behov av ökad kunskap och kommunikationsfärdigheter hos vårdpersonalen (Efstathiou, Ameen & Colls, 2007; Girgis, Hansen & Goldstein, 2009 & Wood & Ward, 2000). I Wood & Wards (2000) studie upplevde både specialistutbildade onkologisjuksköterskor och icke specialistutbildade sjuksköterskor att det fanns rädsla och osäkerhet hos icke specialistutbildade när det gäller att prata med cancerpatienter. Det visade sig dessutom i Girgis, Hansen & Goldsteins (2009) studie att en avsaknad av kommunikationsfärdigheter även kunde påverka sjuksköterskan negativt. I studien fann man att en sådan brist kunde leda till utbrändhet.

Wood & Wards (2000) samt Efstathiou, Ameen & Colls (2007) studier visade att det fanns ett tydligt behov för personalen att införskaffa sig en bättre förståelse och kunskap om cancer samt behandlingsmetoder och hur det påverkar patienten. Exempelvis kände patienterna att personalen inte alltid kunde förstå deras upplevelser av att ha cancer och att de behövde bättre kunskap om hur det påverkar patienten för att kunna ge en bättre omvårdnad. Samtidigt kände

personalen att dem behövde en bättre förståelse och kunskap om cancer, bieffekter av behandling samt om de problem som uppstår till följd av sjukdomen. För att veta när och hur vårdpersonalen ska initiera samtal med patienter är kunskap och kommunikationsfärdigheter en förutsättning för god kommunikation. Även Travelbee (1966) menar att sjuksköterskor måste inneha kommunikationsfärdighet och kompetens för att upprätta en god kommunikation med patient.

Bristande kunskap och kommunikationsfärdigheter samt en tendens att vårdpersonalen lägger fokus på medicinska aspekter kan botten i bristande utbildning där ett uteblivet holistiskt lärande kan vara orsaken. Enligt Travelbee (1966) kan sjuksköterskans fokus på medicinska aspekter bero på att deras utbildning har fokuserat på att observera medicinska symtom eller annan information knutna till sjukdomen. Travelbee menar dock inte att detta är av mindre betydelse men om detta är den enda utgångspunkten för interaktion så är det omöjligt att skapa en god kommunikation med patienten. Även senare forskning visar att vårdpersonalens utbildning ibland kan upplevas som bristfällig. Exempelvis visade Karamouzis, Idanti, Iconomou, Vagenakis & Kalofonos (2006) studie att få läkarstudenter upplevde hög kvalitet på sin utbildning inom onkologi. Samtidigt menade majoriteten av deltagarna att fortsatt utveckling av utbildningen bör lägga fokus på att ta hand om patienten och dennes familj samt att skapa en bättre medvetenhet gällande psykosociala aspekter, etiska problem och fördomar under patientens vård.

Kunskap och kommunikationsfärdigheter hos vårdpersonalen går att förbättra. Travelbee (1966) menar att kommunikationsfärdigheter kan skilja mellan sjuksköterskor men att denna går att förbättra genom utbildning. Samtidigt visade Girgis, Hansen & Goldstein (2009) och Wood & Ward (2000) att det fanns ett upplevt behov av kommunikationsträning hos vårdpersonal. Flera studier visade dessutom att vårdpersonal ansåg att träning i kommunikationsfärdigheter inom onkologi och palliativ vård borde vara ett obligatoriskt inslag (Efstathiou, Ameen & Coll, 2007 & Turner, Payne & O'Brien, 2010). Connolly et al. (2010) fann att träning i kommunikationsfärdigheter gjorde att deltagarna upplevde en markant ökning av kompetens, självförtroende och villighet att prata med patienter om känslomässiga bekymmer. Sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan alltså få bättre

självförtroende och verktyg för att kunna utföra en tillfredställande omvårdnad genom träning och utbildning.

Brist på kommunikationsfärdighet och kunskap hos vårdpersonalen kan påverka relationen till patienten. Detta är allvarligt då relationen är en förutsättning för att kunna utföra god omvårdnad. Denna relation kan inte uppstå ur intet utan måste byggas upp över tid med god kommunikation och tillit mellan parterna. Detta styrks av flera studier som visar att god kommunikation är en förutsättning för relationen mellan vårdpersonal och patient (Belcher & Jones, 2009; Eriksson & Nilsson, 2008; Jones, Steeves & Williams, 2009; Kowalski et al. 2009; McAlearney et al. 2012 & Travelbee, 1966). Exempelvis visade Belcher & Jones (2009) studie att respektfull kommunikation är viktigt för att skapa en relation med förtroende och tillit. Travelbee (1966) anser att denna relation mellan vårdpersonal och patienter är en nödvändig förutsättning för att kunna utföra omvårdnadens ändamål. Enligt Travelbee måste vårdpersonal och patient lära känna varandra som människor bakom deras titlar som vårdpersonal och patient innan en meningsfull relation kan påbörjas. Tidigare studier visar även att relationer har en stark inverkan på omvårdnaden. Exempelvis visade Thorne, Hislop, Armstrong & Oglovs (2007) studie att flera patienter upplevde att en god relation och bra kommunikation med vårdpersonalen förbättrade deras chans att överleva sin cancer. Däremot kunde en dålig eller icke existerande relation med vårdpersonalen orsaka existentiell smärta på grund av uteblivet känslomässigt stöd (Mok et al. 2010).

Slutsats

Författarna menar att kommunikationen mellan patient och vårdpersonal är en oumbärlig del av omvårdnaden. Kommunikationen används bland annat för att skapa och bibehålla tillit i relationer, införskaffa information samt lindra lidande och är därför ett viktigt verktyg för vårdpersonalen att använda och behärska. Samtidigt kan en otillfredsställande kommunikation få motsatt effekt och därmed bidra till lidande hos patienter genom en skadad relation i form av en försämrad tillit hos patienten. Denna litteraturstudie visar att det finns otaliga faktorer som kan påverka kommunikationen. Eftersom kommunikationen är ett viktigt verktyg i omvårdnaden är det också viktigt att vårdpersonal inom lungcancervården har förståelse för dessa faktorer och hur de påverkar kommunikationen. Att finna mod för vårdpersonalen att initiera samtal förutsätter dessutom att man lär känna patienten, finner sig i den unika situationen och har goda kunskaper om de problem som kan uppstå till följd av lungcancer.

Denna studie visar dessutom att det finns ett ökat behov av kunskap och kommunikationsfärdigheter hos vårdpersonal som arbetar inom lungcancervården. Då brister kan finnas i både verksamhet och lärosäten, bör fortsatt forskning ske för att se över och utvärdera nuvarande kunskap, utbildningar och kursplaner, både när det gäller utbildningsinstitutioner och inom verksamheten. Vårdpersonal kan med hjälp av denna litteraturstudie ta lärdom av de faktorer som visats påverka kommunikationen i mötet och bli medvetna och ta nytta av detta i deras eget arbete men också identifiera och få självinsikt i egna kunskaper och färdigheter för att ta ställning till om vidare utbildning eller träning behövs.

Referenslitteratur

Aristoteles. (1988). *Den nikomachiska etiken*. Göteborg: Daidalos AB

Belcher, M. & Jones, L.K. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary nurse*, 31(2). 142-152. Hämtad från databasen Cinahl.

Cancerfonden. (2009). Cancer i siffror 2009. Hämtad 12 september, 2012, från Cancerfonden, http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer_i_siffror/Cancer_i_siffror_2009_ny.pdf.

Connolly, M., Perryman, J., McKenna, Y., Orford, J., Thomson, L., Shuttleworth, J. & Cocksedge, S. (2010). SAGE & THYME: A model for training health and social care professionals in patient-focused support. *Patient education and counseling*, 79. 87-93. Hämtad från Cinahl.

Dale M.J. & Johnston B. (2011) An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer. *International journal of palliative nursing*. 17(6). 285-290. Hämtad från databasen Pubmed.

Davidson R. & Mills ME. (2005) Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *European Journal of Cancer Care*. 14(1). 83-90. Hämtad från databasen Cinahl.

Detmar, S.B., Muller, M.J., Wever, L.D.V, Schornagel, J.H. & Aaronsson, N.K. (2001). Patient-Physician communication during outpatient palliative treatment visits. *Journal of the American medical association*, 285(10), 1351-1357. Hämtad från databasen Cinahl.

Efstathiou, N., Ameen, J. & Coll, A-M. (2007). Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. *European journal of oncology nursing*, 11, 141-150. Hämtad från databasen Cinahl.

Eide H. & Eide T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation, Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur

Endo, C., Akechi, T., Okuyama, T., Seto, T., Kato, M., Seki, N., Eguchi, K., Hosaka, T & Furukawa T.A. (2008). Patient-Perceived barriers to the Psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 10(38). 653-660. Hämtad från databasen PubMed.

Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of clinical nursing*, 17(17). 2352-2359. Hämtad från databasen Cinahl.

- Fiske, J. (1990). *Kommunikationsteorier – En introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Forsberg C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Girgis, A., Hansen, V. & Goldstein, D. (2009). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European journal of cancer*, 45, 393-399. Hämtad från database Cinahl.
- Gordon, H.S., Street, R.L.Jr., Sharf, B.F., Kelly, A & Soucek, J. (2010). Clocktime and Embodied time experienced by patients with inoperable lungcancer. *Cancer Nursing*, 33(1). 55-63. Hämtad från databasen PubMed.
- Heap, K. (1995). *Samtal med äldre*. Stockholm: Liber AB
- Hill, K.M., Amir, Z., Muers, M.F., Connolly, C.K. & Round, C. (2003). Do newly diagnosed Lung cancer patients feel their concerns are being met? *European journal of cancer care*, 12(1). 35-45. Hämtad från databasen PubMed.
- Jones, R.A., Steeves, R. & Williams, I. (2009). How african american men decide whether or not to get Prostate cancer screening. *Cancer nursing*, 32(2). 160-173. Hämtad från databasen Cinahl.
- Hopwood P. & Stephens RJ. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology* 18(4). 893-903. Hämtad från databasen PubMed.
- Linell P. (1998). *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Co.
- Liu JE., Mok E. & Wong T. (2006). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2). 188-196. Hämtad från databasen PsychInfo.
- LoConte NK., Else-Quest NM., Eickhoff J. & Schiller J. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer* 9(3). 171-178. Hämtad från databasen PubMed.
- Karamouzis, M., Ifanti, A., Iconomou, G., Vagenakis, A. & Kalofonos, H. (2006). Medical students' views of undergraduate oncology education: a comparative study. *Education for health*, 19(1), 61-70. Hämtad från databasen Cinahl.

Kim H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (3:a upplagan). New York : Springer.

Kowalski, C., Nitzsche, A., Scheibler, F., Steffen, P. Albert, U-S. & Pfaff, H. (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: The impact of patients' perception of physicians' communication behaviours and hospital organizational climate. *Patient education and counseling*, 77. 344-348. Hämtad från databasen Cinahl.

Lövgren M. (2009). *Symtom, besvär och tid hos kvinnor och män med lungcancer*. Stockholm: Karolinska institutet.

Lövgren, M., Hamberg, K & Tishelman, C. (2010). Clocktime and Embodied time experienced by patients with inoperable lungcancer. *Cancer Nursing*, 33(1). 55-63. Hämtad från databasen PubMed.

Mazor KM., Roblin DW., Greene SM., Lemay CA., Firreno CL., Calvi J., Prouty CD., Horner K. & Gallagher TH. (2012). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology*, 20;30(15). 1784-1790. Hämtad från databasen PubMed.

McAlearney, A.S., Olivieri J.M., Post, D.M., Song, P.H., Jacobs, E., Waibel, J., Harrop, J.P., Steinman, K. & Paskett, E.D. (2012). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Patient education and counseling*, 86. 120-126. Hämtad från databasen PubMed.

McCabe C. (2003) Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13(1). 41-49. Hämtad från databasen Cinahl.

Mok, E., Lau, K., Lam, W., Chan, L., Ng, J. & Chan, K. (2010). Healthcare professionals' perceptions of existential distress in parents with advanced cancer. *Journal of advanced nursing*, 66(7). 1510-1522. Hämtad från databasen Cinahl.

Moore, R. J., Chamberlain, R. M., and Khuri, F. R. (2001). A voice that wraps around the body - Communication problems in the advanced stages of non-small cell lung cancer. *Yale Journal of Biology & Medicine*, 74(6). 367-382. Hämtad från databasen PubMed.

Morse, D.S., Edwardsen, A. & Gordon, H.S. (2008). Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Archives of internal medicine*, 168(17). 1853-1858. Hämtad från databasen Cinahl.

Okuyama, T., Endo, C., Seto, T., Kato, M., Seki, N., Akechi, T., Forukawa, T.A., Eguchi, K. & Hosaka, T. (2008). Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer. *Psycho-oncology*, 17(5). 460-465. Hämtad från databasen Cinahl.

Olsson H. & Sörensen S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit D.F. & Beck C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th edition). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.

Roger, M.S. & Todd, C.J. (2000). The “right kind” of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliative Medicine*, 14, 299-307. Hämtad från databasen Cinahl.

Salander, P & Henriksson, R. (2005). Severely diseased lung cancer patients narrate the importance of being included in a helping relationship. *Lung cancer*, 50(2). 155-162. Hämtad från databasen PubMed.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Sveriges riksdag. Hämtad 26 september, 2012, från Sveriges Riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K7.

Shell, J.A., Carolan, M., Zhang, Y., & Meneses, K.D. (2008). The Longitudinal effects of cancer treatment on sexuality in individuals with lung cancer. *Oncology nursing forum*, 1(35). 73-78. Hämtad från databasen Cinahl.

Simmons, V.N., Litvin, E.B., Patel, R.D., Jacobsen, P.B., McCaffrey, J.C., Bepler, G., Quinn, G.P. & Brandon, T.H. (2009). Patient-provider communication and perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient education and counseling*, 77(3). 398-403. Hämtad från databasen Cinahl.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 20 september, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Sveriges Läkareförbund. (2009). *Läkareförbundets etiska regler*. Hämtad 26 september, 2012, från Sveriges Läkareförbund, <http://www.slf.se/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/>

Tessler Lindau, S., Surawska, H., Paice, J & Baron, S.R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical care providers. *Psychooncology*, 20(2). 179-185. Hämtad från databasen PubMed.

Thorne, S., Hislop, T., Armstrong, E-A. & Oglov, V. (2007). Cancer care communication: The power to harm and the power to heal? *Patient education and counseling*, 71(1). 34-40. Hämtad från databasen PubMed.

Travelbee J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Treloar, C., Brener, L., Butow, P., Lewis, G., Adams, M., Davis, J., Price, T., Moloney, A. & Blackwell, A. (2009). Identifying the needs and quality of life experiences of advanced non-small cell lung cancer patients and their carers. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 10(1). 23-28. Hämtad från databasen Cinahl.

Turner, M., Payne, S. & O'brien, T. (2011). Mandatory communication skills training for cancer and palliative care staff: Does one size fit all? *European journal of oncology nursing*, 15, 398-403. Hämtad från database Cinahl.

Wangenius G. (2008). Vård vid lungsjukdomar: Lungcancer. I B. Ericsson, E. & Ericsson T. (Red.). *Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, Medicinsk behandling, Patofysiologi* (s. 335-338). Lund: Studentlitteratur.

Weaver W. & Shannon CE. (1949). The Mathematical Theory of Communication. *University of Illinois Press*.
Från <http://guohanwei.51.net/code/A%20Mathematical%20Theory%20of%20Communication.pdf>.

Willman A., Bahtsevani C. & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wood, C. & Ward, J. (2000). A General overview of the cancer education needs of non-specialist staff. *European journal of cancer care*, 9, 191-196. Hämtad från databasen Cinahl.

World Health Organization. (1948). WHO definition of health. Hämtad 20 september, 2012, från WHO, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Yardley, S.J., Davies, C.L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: Patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15(5). 379-386. Hämtad från databasen Cinahl.

Öhlén, J., Elofsson, L.C., Hydén, L-C. & Friberg, F. (2008). Exploration of communicative patterns of consultations in palliative cancer care. *European journal of oncology nursing*, 12, 44-52. Hämtad från databasen Cinahl.

Östlundh L. (2006). Informationssökning. I.B. Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur AB

Bilaga 1. Kvalitetsgranskning

Kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bakgrund

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Refererar författaren till tidigare forskning? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. Beskriver författaren sin förförståelse? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Beskrivning av studien (syfte).....

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 4. Finns ett tydligt syfte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|

Urvalskaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Kön.....

Patient/VP.....

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 5. Är kontexten presenterad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. Finns ett etiskt resonemang? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 7. Beskrivs det hur deltagarnas identitet skyddades och frivillighet garanterades? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 8. Etisk kommitté? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 9. Peer reviewed? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Urval

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 10. Relevant? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 11. Strategiskt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Metod för

I vilken miljö är studien gjord?.....

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 12. Finns typ av studie beskrivit (metodval) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 13. Urvalsförfarande tydligt beskrivit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 14. Datainsamling tydligt beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 15. Analys tydligt beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 16. Går studien att replikera? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Trovärdighet

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 17. (Giltighet) Är resultatet logiskt, begripligt och hör delarna i studien samman? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 18. (Tillförlitlighet) Är metoden noggrant utförd och är resultatet rimligt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

19. (Överförbarhet) kan resultatet användas
Av populationen? Ja Nej Vet ej
20. Beskrivs begränsningar i studien Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

21. Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
22. Redovisas resultatet i förhållande till
en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Hög (>80%) Medel (60-80%) Låg (<60%)

Kommentar

.....

.....

.....

Signatur granskare

Kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Bakgrund

1. Refererar författaren till tidigare forskning? Ja Nej Vet ej
2. Beskriver författaren sin förståelse? Ja Nej Vet ej
3. Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Ja Nej Vet ej

Beskrivning av studien (syfte).....

4. Finns ett tydligt syfte? Ja Nej

Forskningsmetod RCT CCT
 Kontrollgrupper

Urvalskaraktäristiska
Antal
Ålder
Kön
Patient/VP.....

Kriterier för inkludering/exkludering

5. Adekvat inkludering inkludering/exklusion Ja Nej

Intervention.....
.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

.....
.....

I vilken miljö är studien gjord?.....

6. Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej
7. Urvalsförfarandet beskrivit? Ja Nej Vet ej
8. Representativt urval? Ja Nej Vet ej
9. Randomiseringsförfarande beskrivit? Ja Nej Vet ej
10. Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej
11. Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej
12. Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej
13. Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
14. Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 15. Datainsamling tydligt beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 16. Analys tydligt beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 17. Går studien att replikera? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 18. Adekvat statistisk metod? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Bortfall

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 19. Bortfallsanalysen beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 20. Bortfallsstorleken beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Etik

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 21. Etiskt resonemang? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 22. Beskrivs det hur deltagarnas identitet skyddades och frivillighet garanterades? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 23. Etisk kommitté? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Hur tillförlitligt är resultatet?

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 24. Är instrumenten valida? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 25. Är instrumenten reliabla? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 26. Är resultatet generaliserbart? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 27. Är resultatet logiskt, begripligt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 28. Redovisas resultatet klart och tydligt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 29. Peer reviewed? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 30. Beskrivs begränsningar i studien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Huvudfynd (hur stor var effekten?, Hur beräknades effekten?, NNT, Konfidensintervall, Strategisk signifikans, Klinisk signifikans, Powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Hög (>80%) Medel (60-80%) Låg (<60%)

Kommentar

.....

Signatur granskare

Bilaga 2. Artikelöversikt

1. Titel

Identifying the needs and quality of life experiences of advanced non-small cell lung cancer patients and their carers

Författare/år/land

Carla Treloar, Loren Brener, Phyllis Butow, Craig Lewis, Margaret Adams, Jan-maree Davis, Tim Price, Anne Moloney, Anthony Blackwell. / 2009 / Australien

Syfte

Artikeln undersöker och beskriver lungcancerpatientens och vårdgivarens perspektiv på behov och livskvalitet.

Urval

35 Lungcancerpatienter från fem sjukhus i Sydneyområdet, Australien. Deltagare som var 18 år eller äldre samt kunde tillräckligt bra engelska. Vårdpersonal bedömde om deltagarna mår tillräckligt bra för att genomföra studien. Patienterna var mellan 37-83 år. Deltagarna hade "non-small cell lung cancer" i steg 3 eller 4. Information om studien gavs till patienternas informella vårdgivare. Rekrytering av deltagare fortsatte tills inga nya kategorier eller teman hittades.

Metod/Genomförande

Kvalitativ design med fokusgruppssamtal. Vårdgivare och patienter delades in i olika fokusgrupper. Samtalen spelades in med hjälp av bandspelare, därefter transkriberades bandet verbatim.

Analys

Transkriptionen analyserades och kodades utefter litteraturstudien i bakgrunden. Noggrann läsning av data bidrog till skapandet av teman.

Resultat

Patienternas vardag kretsade runt behandlingar och sjukdomen. Patienterna förlorade sina roller och identitet efter diagnosen. Många av patienterna ansåg inte att möjligheten till sämre livskvaliteten påverkade deras beslut att genomgå behandling. Patienter och makar/make till patienter dolde ofta sina känslor för att inte göra sin partner upprörd. Patienterna tyckte att skickligheten hos läkaren som berättade deras diagnos var avgörande för den fortsatta kommunikationen. Uppdelningen inom sjukvården bidrog till sämre kommunikation.

Kvalitet

Medel.

2. Titel

Receiving a diagnosis of lung cancer: patients interpretations, perceptions and perspectives

Författare/år/land

SJ Yardley, CL Davis och F Sheldon. / 2001 / England

Syfte

Undersöka patientens syn på förmedlandet av lungcancerdiagnosen, deras attityder till använda metoder och idéer för förbättring.

Urval

13 patienter, varav 9 män och 4 kvinnor i åldrarna 58-72 år med aktiv lungcancer som hade genomgått en diagnostiserande bronkoskopi och som hade varit närvarande vid en post-diagnostisk konsultation med en professionell vårdgivare. Deltagarna valdes ifrån medicinska, kirurgiska och allmänna kliniker. Patienterna var tvungna att vara tillräckligt friska för att kunna delta, tala engelska och bo i närheten av Southampton.

Metod/genomförande

Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer med bandspelare. Intervjuerna skedde antingen i patientens hem eller på ett sjukhusrum. Intervjuerna transkriberades av författarna. Intervjufrågorna var öppet ställda som uppmuntrade patienten att beskriva sina upplevelser på sitt eget sätt. Rekrytering upphörde när datamättnad uppnåddes.

Analys

Transkriberingen lästes igenom och generellt innehåll togs fram som sedan delades in i olika teman. Dessa teman organiserades sedan in i nyckelområden.

Resultat

Fem huvudkategorier: Kommunikation, familj/samhällsproblem, reaktion till diagnos, syn på behandling och prognos och förslag till förbättring.

Kvalitet

Hög.

3. Titel

Racial Differences in Trust and Lung cancer patients' perceptions of physician communication.

Författare/år/land

Howard S Gordon, Richard L. Street Jr, Barbara F. Sharf, P. Adam Kelly and Julianne Soucek.

Syfte

Att undersöka om rasskillnader och patientförtroende är associerade med läkar-patient kommunikationen gällande lungcancer behandling.

Urval

103 patienter, varav 22% var svarta och 78% vita, medelåldern var 55-56 år. Deltagarna var lungcancerpatienter och valdes ut mellan april 2001 och mars 2004 från ett och samma sjukhus.

Metod/genomförande

Kvantitativ design, där enkäter skickades ut till patienterna. Deltagarnas uppfattning om läkarnas kommunikation uppskattades med hjälp av tre skalor. Förtroende för läkaren före och efter läkarbesöket uppskattades med nio andra skalor. Samtliga skalor var likertskalor.

Analys

Statistisk signifikans bestämdes med hjälp av T-test och Chi-2 test. För att identifiera faktorer associerade med förtroende efter besök med läkare användes multivariabel linjär regression. Generaliserad linjär regression användes för att undersöka associationer mellan kategorier enighet och oenighet mellan patient och läkare.

Resultat

Förtroende för läkaren visade sig vara lägre hos de svarta deltagarna efter läkarbesök. Resultatet visade även på skillnad i enighet och oenighet vid besök beroende på patientens rastillhörighet.

Kvalitet

Hög.

4. Titel

Patient-Provider communication and perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting.

Författare/år/land

Simmons, Litvin, Patel, Jacobsen, McCaffrey, Bepler, Quinn, Brandon. 2009 USA

Syfte

Undersöker cancerpatienters-vårdgivares kommunikation när det gäller tobaksanvändning och patientens upplevelser när det gäller att sluta röka och återfall.

Urval

De använde en förslagen urvalsstrategi för att försäkra sig om att intervjuerna gjordes utav både huvud, nacke och lungcancer patienter då dessa är starkt kopplade till tobaksanvändning. Gruppen som slutat röka var lika stor som gruppen som hade återupptagit rökning samt slutat röka för att undersöka potentiella skillnader i patient-vårdgivar interaktionen mellan dessa två grupper. 20 deltagare (10st huvud-nacke pat. och 10 lung pat.). Inklusionskriterierna var 18 år eller äldre, ha förmågan att läsa och prata engelska, rökt minst 10 cigaretter/dag 1 år innan diagnos.

Metod/genomförande

Kvalitativ design, Intervjustudie. Intervjuerna utfördes innan eller efter läkartid på sjukhus. 4 deltagare intervjuades över telefon. Intervjuerna varade i ungefär 30-45 min. Vårdgivare som var intresserade kunde medverka i intervjuer som varade i 20-30 min. Rekrytering upphörde när inga nya teman/kategorier uppkom. Intervjuerna transkriberades.

Analys

Författarna läste transkriptionerna och kodade innehållet. Kategorier utvecklades och sedan identifierades nyckelteman.

Resultat

De fann att cancerpatienterna visade höga nivåer av motivation till att sluta röka. Patienterna frågar inte vårdgivarna efter assistans att sluta röka och bibehålla avhållsamhet och patienter som fått återfall vågar inte berätta om sitt rökning beteende pga stigma och skuld/skam. Vårdgivarnas stöd varierar. Det gäller även deras uppmärksamhet och känslighet när det gäller patienter som återfaller. Patienterna önskade en större balans mellan risker och fördelar när rådgivning eller tips ges.

Kvalitet

Medel.

5. Titel

Patient-Perceived barriers to the Psychological care of Japanese patients with lung cancer.

Författare/år/land

Chiharu Endo, Tatsuo Akechi, Toru Okuyama, Takashi Seto, Masashi Kato, Nobuhiko Seki, Kenji Eguchi, Takashi Hosaka and Toshiaki A. Furukawa.

Syfte

Att undersöka vilken typ och med vilken frekvens som barriärer påverkar mottagandet av psykologisk stöd för patienter med lungcancer.

Urval

100 deltagare, 18+, medelålder 65 år, 80% män. Slumpmässigt utvalda patienter med lungcancer. Patienterna rekryterades via en klinik tillhörande Tokai Universitetssjukhus, Japan. Mellan maj 2004 och mars 2005. Deltagarna skulle vara tillräckligt friska för att genomföra enkäten samt att dem inte skulle ha allvarliga mentala eller kognitiva störningar.

Metod/genomförande

Kvantitativ design, enkätstudie. Enkäten hade 36 frågor för att uppskatta patientupplevda barriärer för att få psykologisk omvårdnad.

Analys

Statistisk signifikans sattes till ett P-värde som var <0.05. T-test och Pearsons korrelations analys. Korrelationsanalys användes för att undersöka samband mellan biomedicinska och psykosociala faktorer och patientupplevda barriärer.

Resultat

Brist av korrekt information och/eller missförstånd runt behandlingar visade sig vara ett hinder för att acceptera psykologer. Negativa åsikter angående användandet av psykofarmaka, åsikterna ska vara mer frekventa än åsikter mot kurator kontakt. Patienter med allvarliga psykosociala problem visade sig vara mer ovilliga att genomgå psykiatrisk rådgivning än dom utan psykosociala problem.

Kvalitet

Hög.

6. Titel

Cancer patients reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer.

Författare/år/land

Toru Okuyama, Chiharu Endo, Takashi Seto, Masashi Kato, Nobuhiko Seki, Tatsou Akechi, Toshiaki A. Forukawa, Kenji Eguchi and Takashi Hosaka.

Syfte

Att beskriva patientens syn på emotionellt avslöjande (EA) till deras doktor.

Urval

104 patienter, mellan 43-84 år där medelåldern var 65 år, 78% män. Slumpmässigt valda ambulatoriska patienter med lungcancer som rekryterades från en respiratorisk medicin avdelning som tillhör Tokai Universitetssjukhus, 50km från Tokyo, Japan. Kriterierna var 18 år eller äldre, lungcancer diagnostiserade, tillräckligt friska för att fullfölja frågorna och kunna delta i en kort intervju och ej lida av svåra mentala och kognitiva funktionsnedsättningar.

Metod/genomförande

Kvantitativ design, enkätstudie. Efter informerat samtycke skickades frågeformuläret ut till deltagarna som hade en dag på sig att maila tillbaka formuläret. Oklarheter sköttes över telefon. Formulär som användes var (REDQ) och utvecklades i samband med studien för att undersöka patientens tro på vad som påverkar deras emotionella avslöjande till deras doktor. Den innehöll 18 frågor som hade en poängskala från 1-5. HADS skalan användes till att utvärdera psykologisk oro. Den innehöll 7 frågor om ångest och 7 frågor om depression för att utforska patientens tillstånd under den senaste veckan. Ad hoc formuläret utvecklades för att få reda på sociodemografisk status.

Analys

Faktor analys som följdes upp med Varimax rotation användes för att finna de underliggande faktorerna till REDQ. Antalet föremål identifierades med hjälp av Keiser's kriterier (>1.0). Föremål $<0,5$ uteslöts från varje subskala. Reliabiliteten beräknades med hjälp av Cronbach's alpha coefficient. För att bestämma korrelationen mellan faktorerna användes T-test. P-värdet sattes till $> 0,05$.

Resultat

Fyra faktorer identifierades från analysen; Tvekan att störa läkaren med EA (68%), inget upplevt behov av EA (67%), negativ attityd mot EA (46%), rädsla för negativ inverkan av EA (20%). Patienter med högre oros nivå var mer troliga att stödja "negativ påverkan". Äldre patienter var mer troliga att rapportera "negativa attityder" och där män var mer troliga att rapportera "tvekan"

Kvalitet

Hög.

7. Titel

A voice that wraps around the body - Communication problems in the advanced stages of non-small cell lung cancer.

Författare/Land/År

Moore, Chamberlain, Khuri / USA / 2001

Syfte

Syftet är att undersöka de faktorer som påverkar kommunikationen hos patienter med icke småcellig lungcancer.

Urval

26 deltagare i alla stadier i sjukdomen, från nydiagnostiserade till långtids överlevande patienter.

Metod

kvalitativ design, explorativa intervjuer. Inledande intervjuer gjordes nov 1998-feb 1999, andra delen gjordes mars 1999-nov 2000. De använde sig av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna varade i 1½ timme - 4 timmar. Intervjuerna gjordes på cancermottagningen eller över en måltid, allt spelades in med bandspelare.

Analys

Intervjuerna transkriberades från bandspelarna och lästes igenom, innehållet kodades enligt kategorier, teman och mönster.

Resultat

Tre större teman identifierades som påverkade kommunikationsmönstren hos deltagarna; förlust av illusionen av liv och hälsa, rädsla för smärta och hotet av död, ökning av utanförskap. Dessa faktorerna påverkar deras förmåga att kommunicera med deras närstående och vårdpersonal.

Kvalitet

Hög

8. Titel

Severely diseased lung cancer patients narrate the importance of being included in a helping relationship.

Författare/Land/År

Pär Salander, Roger Henriksson.

Syfte

Vad är viktigast för patienten i deras kontakt med sjukvården.

Urval

23 deltagare, medelåldern var 60 år. Mellan åren 1999 till 2000 gjordes en klinisk prövning med cellgiftsbehandling av personer med avancerad icke-småcells lungcancer på en Onkologi avdelning i Sverige. Inklusionskriterierna var; en lokalt avancerad sjukdom eller en spridd sjukdom utanför thorax (nivå 3-4). En prestationsstatus på 0-1 enligt WHO-skalan samt en förväntad överlevnad på minst 3 månader. 24 patienter som mötte dessa kriterier valdes ut varav en tackade nej. Intervjuerna genomfördes i samband med deras besök på avdelningen.

Metod

Kvalitativ design med intervjuer som genomfördes flera gånger under sjukdomsförloppet. Intervjuerna var strukturerade utefter teman för att täcka följande teman: upplevelser av sjukvård; kunskaper och idéer om sjukdomen; synen på livet och framtidsutsikter. Intervjun använde sig av två öppna frågor för att besvara dessa tre teman. Anteckningar gjordes under intervjun för att sedan transkriberas.

Analys

Alla positiva och negativa upplevelser av sjukvården samlades sedan ihop och kategoriserades enligt följande innehåll: Vad var till hjälp och vad var skadligt. Därefter kategoriserades alla fynd genom återupprepade jämförelser för att finna likheter och skillnader för att sedan finna positiva och negativa subkategorier.

Resultat

Det visade sig att ”vara sammanhållen med sjukvården” och ”att vara uppmärksam som person” var det överlägset framträdande dimensionerna. Väldigt få incidenter var direkt relaterade till ”information”.

Kvalitet

Hög

9. Titel

Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication

Författare/Land/År

Morse, D.S., Edwardsen, E.A. & Gordon, H.S.

Syfte

Att undersöka möjligheterna till empati och läkares svar till dessa möjligheter

Urval

20 lungcancerpatienter rekryterades från ett stort sjukhus i södra USA. Dem rekryterades tidigt efter diagnosen. 10 st var svarta och 10 st var vita patienter. Medelåldern var 65 år.

Metod

Observationsstudie med kvalitativ design. Datainsamlingen gjordes vid 20 medicinska möten mellan läkare och patient. Mötena spelades in med bandspelare.

Analys

Inspelningarna från mötena transkriberades och analyserades av forskarna. De visste inte om patienterna var vita eller svarta. Materialet kodades och dessa koder diskuterades sinsemellan forskarna. Materialet analyserades utifrån en fenomenologisk metod som var induktiv.

Resultat

Resultatet visar att det totalt uppkom 384 tillfällen för att visa empati men att läkarna enbart visade empati i 10 % av dessa fall. Läkare gav sällan känslomässigt stöd utan fokuserade mer på biomedicinska aspekter. Studien visade att 50 % av all empati som gavs skedde vid slutet av mötet men också att patienterna sökte empati under hela mötet.

Kvalitet

Hög

10. Titel

Clock Time and Embodied Time Experienced by Patients With inoperable Lung Cancer.

Författare/Land/År

Malin Lövgren, Katarina Hamberg, Carol Tishelman.

Syfte

Att utforska hur patienter som diagnostiserats och lever med ej opererbar lungcancer diskuterar deras upplevelser av tid.

Urval

53 patienter med lungcancer, av dessa var 32 män och 21 kvinnor i åldrarna 48-85 år. Patienterna rekryterades från två universitetssjukhus i Stockholm. Dessa hade tidigare medverkat i en större studie där man nu valt ut patienter som överlevt det första året efter diagnos och som man fann vara goda informanter i tidigare intervjuer.

Metod

Kvalitativ design. En explorativ ostrukturerad intervju användes. Öppna frågor användes för att stimulera diskussion av erfarenheter från deras första år med lungcancer. Områden som diskuterades inkluderade situationer som de fann viktiga, positiva och negativa möten med hälsosjukvården, strategier de använde för att hantera problematiska situationer och källor till styrka och stöd. Patienterna valde plats för intervjun som inkluderade deras hem, caféer, vårdavdelningar och väntrum i sjukhuset.

Analys

Burnards strategier för tematisk innehållsanalys användes för att koda transkriptionerna till meningsbärande enheter (MBE), baserat på text segment med gemensamt innehåll eller signifikans. MBE kunde vara meningar, fraser eller större sektioner av text. Datorprogrammet NVivo 7.0 användes för att strukturera den kodande processen. En preliminär analys visade att "tid" var ett centralt problemområde. Fortsatt analys fokuserade därför på data från 35 patienter som särskilt diskuterade problem relaterat till tid. Nästa steg kondenserades all text som var relaterat till tid och sorterades efter teman. Därefter kopplades dem samman med två koncept; klock tid och kroppsupplevd tid. Resultatet presenterades i två relaterade teman, var för sig, med subteman.

Resultat

Tiden kunde upplevas som problematisk för dessa patienter, när det fanns begränsat, brist på tid eller under genom långa perioder av väntan, speciellt när dessa perioder inträffade utan adekvata förberedelser eller information. Detta bidrog till försämring hos dessa patienternas känsla av osäkerhet, deras uppfattning av vård som opersonlig och osäker, och deras behov av att fortsätta vara alert och agera på egen hand. Medvetenhet om allvarligheten i deras sjukdom och synen på en begränsad livstid beskrevs som en ökad osäkerhet om att dö och rädslan för en säker död. Personer beskrev deras ansträngningar för att konstruktivt hantera deras situation genom att prioritera om deras kvarstående tid, genom att ha ökad uppskattning och att leva i nuet.

kvalitet

Hög

11. Titel

Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical care providers.

Författare/år/land

Stacy Tessler Lindau, Hanna Surawska, Judith Paice, Shirley R. Baron. / 2011 / USA

Syfte

Att undersöka hur lungcancer påverkar sexlivet och hur sexlivet i sin tur påverkar upplevelsen av att leva med lungcancer.

Urval

13 Lungcancerpatienter som var gifta i åldrarna 43-79 år och 8 vårdpersonal. Vårdpersonalens rekryterades med hjälp av ett snöbollsurval. Deltagarna rekryterades från två sjukhus i ett större tätbefolkat område.

Metod/Genomförande

Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer på intervjuledarnas kontor. Intervjuerna spelades in och transkriberades.

Analys

Transkriptionen analyserades och kodades. Dessa koder sammanställdes till kategorier och teman.

Resultat

Både patienter och vårdpersonal ansåg att frågor om sexualitet och intimitet var viktiga men att få ha diskuterat dessa bekymmer och frågor. Patienterna beskrev negativa och positiva effekter av cancer på intimitet.

Kvalitet

Hög.

12. Titel

Do newly diagnosed Lung cancer patients feel their concerns are being met?

Författare/Land/År

Hill, Amir, Muers, Connolly, Round. Storbritannien. 2003

Syfte

Att utforska lungcancer patienters bekymmer samt utforska om deras bekymmer åtgärdas av vårdpersonal.

Urval

80 deltagare som nyligen blivit diagnosticerade med lungcancer från ett stort sjukhus i Leeds. Medelåldern var 60 år.

Metod

Kvantitativ design, enkätstudie och intervju. Deltagarna intervjuades antingen i deras hem eller på sjukhusavdelning. De svarade på en enkät och fick ge en kort informell beskrivning av deras erfarenheter till intervjuledaren. Svaren i enkäten var baserade på en 5 stegs likert-skala. Intervjuerna gjordes 14-28 dagar efter deltagarna hade blivit diagnosticerade.

Analys

Statistisk signifikans sattes som 5%. U-test och Chi-squared test användes för att visa signifikans.

Resultat

deltagarna beskrev sjukdomen, familjen och framtiden relaterad till sjukdomen som stora anledningar till bekymmersamma känslor. Mindre än hälften av deltagarna kände att vårdpersonal hade försökt hjälpa dem med sina bekymmer.

Kvalitet

Hög

13. Titel

An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer

Författare/Land/År

Moira J Dale, Bridget Johnston/Skottland/2011

Syfte

Utforska patienters bekymmer som lider av ej opererbar lungcancer och att tolka dessa bekymmer för att informera specialistsjuksköterskor inom den palliativa vården.

Urval

6 selektivt utvalda deltagare, 4 män och 2 kvinnor med ej opererbar lungcancer inom den palliativa vården i ett litet samhälle i Skottland. Åldern var 67-81 år.

Metod

Beskrivande kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Målet var att intervjua varje deltagare två gånger med 2-3 veckors mellanrum där problemen i den första intervjun diskuterades mer djupgående i den andra. Enbart två deltagare intervjuades två gånger. Deltagarna valde själv ut platsen för intervjuerna. Dessa skedde i deltagarens hem, vårdcentraler och på sjukhus.

Analys

Braun and Clarkes (2006) tema analys användes för att identifiera, analysera och upptäcka mönster eller teman.

Resultat

Tre huvudteman identifierades. Dessa var; en orubblig vardag, stöd från familjen och separation samt förtroende för vårdpersonalen. Det senare var viktigt för att patienterna skulle kunna uttrycka deras bekymmer, vilket i sin tur gav möjlighet för att stöd skulle ges där det behövdes och för att det skulle ske utifrån ett patientcentrerat perspektiv.

Kvalitet

Hög

Bilaga 3

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
130108	CINAHL	Lung cancer and communicat* and experience*	Peer reviewed, 1992-2012	Fritext	35	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1
130108	CINAHL	Lung cancer and communicat* and physician and experience*	Peer reviewed, 1992-2012	Fritext	7	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	2
130108	CINAHL	Lung cancer and communicat* and physician-patient*	Peer reviewed, 1992-2012	Fritext	25	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	3
130108	PubMed	Lung cancer* AND psychosocial AND experience* AND healthcare*	Peer reviewed	Fritext	3	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1
130108	PubMed	Lung cancer* AND Communicat* AND experience* AND Physician*	Peer reviewed	Fritext	30	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1

130108	PubMed	Lung cancer* and relationship* and staff and experience*	Peer reviewed	Lung cancer (titel) and relationship* (titel/abstract) and staff (titel/abstract) and experience*	4	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1
130108	PubMed	Lung neoplasm AND psychological AND needs AND concern*	Peer reviewed	Fritext	12	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	2
130108	PubMed	Lung cancer AND barrier* AND communicat*	Peer reviewed	fritext	23	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1
130108	PubMed	Lung cancer AND clinical AND communicat* AND health care provider	Peer reviewed	fritext	21	Ej relevant till syftet, uppfyllde ej inklusionskriterierna	1