



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2024-12-19

Cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede

En allmän litteraturstudie

Cancer patients' experiences of care at home at the end of life

A general literature study

Författare: Maryna Umanets

Handledare: Stephanie Paillard Borg, Med. Dr., Docent

Examinerande lärare: Leah Okenwa Emegwa, Med. Dr., lektor, docent i folkhälsovetenskap

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Cancerpatienter som befinner sig i livets slutskede väljer ofta att få vård i hemmet, vilket kan bidra till ökad livskvalitet. Sjuksköterskors ansvar är att samordna denna vård, där faktorer som patientens autonomi, trygghet i hemmiljö och individanpassning av vården är centrala. Det är essentiellt att vården anpassas till varje patients behov för att skapa en trygg och värdig avslutning på livet.

Syfte: Att beskriva cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede.

Metod: En allmän litteraturstudie genomfördes, baserad på nio vetenskapliga artiklar som g

Resultat: Två huvudteman samt fyra tillhörande underteman identifierades. Autonomi i hemvård med följande underteman Att säkerställa självbestämmande och Att bibehålla självständighet. Den andra teman är Vikten av vårdkvalitet med följande underteman Att känna behovet för empatisk vårdpersonal samt Att behöva individanpassad vård. Resultaten visade att patienternas självbestämmande och upplevelse av trygghet var centrala aspekter för att bibehålla värdighet och livskvalitet.

Slutsats: Cancerpatienters upplevelser av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede präglas av autonomi och individanpassad vård vilket bidrar till trygghet och värdighet. För at förbättra vården bör vårdteamet, genom samarbete och teknologiska lösningar fokusera på att möta patientens fysiska, emotionella och sociala behov samt stärka självbestämmande och kontinuerligt stöd.

Nyckelord: Omvårdnad, vård i livets slutskede, cancerpatient, erfarenheter, hemmet.

ABSTRACT

Background: Cancer patients in the final stages of life often choose to receive care at home, which can contribute to improved quality of life. Nurses are responsible for coordinating this care, with factors such as patient autonomy, safety in the home environment, and individualized care being central. It is essential that care is adapted to each patient's needs to ensure a safe and dignified end of life.

Aim: To describe cancer patients' experiences of receiving care at home in the final stages of life.

Method: A general literature study was conducted, based on nine scientific articles analysed with thematic content analysis.

Results: Two main themes and four associated subthemes were identified. Autonomy in home care with the following sub-themes To ensure self-determination and To maintain independence. The second theme is The importance of care quality with the following sub-themes Feeling the need for empathic care staff and Need for individualized care. The results showed that the patients' self-determination and experience of security were central aspects for maintaining dignity and quality of life.

Conclusion: Cancer patients' experiences of home care at the end of life are characterized by autonomy and personalized care, which enhance feelings of security and dignity. To improve care, the healthcare team should focus on addressing patients' physical, emotional and social needs through close collaboration and technological solutions, while also promoting self-determination and continuous support.

Keywords: Nursing, end-of-life care, cancer patients, experiences, home.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	2
BAKGRUND	3
<i>Cancersjukdom – En hälsoutmaning globalt och i Sverige</i>	3
<i>Teoretisk referensram och bärande begrepp</i>	8
<i>Problemformulering</i>	9
SYFTE	10
METOD	11
<i>Design</i>	11
<i>Urval</i>	11
<i>Datainsamling</i>	12
<i>Dataanalys</i>	13
<i>Etiska aspekter</i>	15
RESULTAT	17
DISKUSSION	20
<i>Metoddiskussion</i>	20
<i>Resultatdiskussion</i>	22
SLUTSATSER	24
REFERENSER	26

INTRODUKTION

Omvårdnaden som erbjuds i hemmiljö behöver anpassas till varje patientens unika behov och utmaningar, vilket förutsätter en förståelse för både det komplexa sjukdomstillståndet och de särskilda krav som vård i hemmet innebär. Sjuksköterskor har en central professionell funktion i att tillhandahålla och anpassa god omvårdnad för patienter med cancersjukdom som befinner sig i livets slutskede i hemmet. Sjuksköterskors kunskap och kliniska erfarenhet är avgörande för att säkerställa högkvalitativ vård och förbättrad livskvalitet för dessa patienter. Författarens engagemang för att utforska erfarenheter av omvårdnad i hemmet för cancerpatienter vid livets slutskede grundar sig i författarens professionella erfarenhet inom avancerat sjukvård i hemmet och önskan att förbättra vården för denna särskilt sårbara patientgrupp. Genom att belysa patienters erfarenheter av omvårdnad i hemmiljö kan specifika förbättringsområden identifieras, vilket kan bidra till bättre vårdresultat och en ökad livskvalitet för patienter med cancersjukdom i livets slutskede. Denna studie ämnar därmed att öka förståelse för hur vården i hemmet kan förbättras för cancerpatienter i livet slutskede, genom att fokusera på patienternas perspektiv.

BAKGRUND

Cancersjukdom – En hälsoutmaning globalt och i Sverige

Cancer representerar en av de mest betydande globala hälsoutmaningarna i vår tid, en sjukdom som inte bara har en djupare påverkan på individnivå utan även utgör en tung sjukdomsburden för hälso- och sjukvårdssystem världen över World Health Organisation ([WHO], 2021). Enligt WHO (2022) är cancer den andra ledande dödsorsaken globalt, vilken understryker behovet av effektiva förebyggande strategier, tidig upptäck och innovativa behandlingsmetoder. WHO (2024) har identifierat bekämpningen av cancer som en kritisk del i strävandet efter att uppnå målen för hållbar utveckling, specifikt mål 3: "Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar". Inom detta mål relaterar cancerbekämpning särskilt till delmål 3.4, som syftar till att minska den förtida dödlighet i icke-smittsamma sjukdomar, där cancer ingår, med en tredjedel till år 2030 genom förebyggande åtgärder och behandling (WHO, 2024). Globalt sett står länder inför utmaningen att implementera omfattande cancerkontrollprogram som omfattar allt från folkhälsoinsatser för att minska exponering för kända riskfaktorer, till att säkerställa tillgången till kvalitativ vård, screeningprogram för tidig upptäckt av cancer och stöd för dem som diagnostiseras med sjukdomen. WHO (2024) betonar vikten av internationellt samarbete samt forskning och utveckling för att främja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom cancerområdet. Primär prevention, som fokuserar på att minska riskfaktorer och förebygga uppkomsten av cancer samt sekundär prevention, inklusive screening för tidig upptäckt av sjukdomen, spelar en avgörande roll. Vidare är tertiär prevention, som syftar till att minska sjukdomsburden och förbättra överlevnaden för de patienter som redan diagnostiserats med cancer, centralt i arbetet med att hantera sjukdomen globalt (WHO, 2024).

Varje år upptäcks cirka 75 000 nya cancerfall i Sverige, vilket speglar incidensen av sjukdomen. Enligt Socialstyrelsen (2023) är cancer en av de vanligaste dödsorsakerna och en betydande folkhälsoutmaning. Prevalensen, det vill säga det totala antalet personer som lever med eller har haft en cancerdiagnos, uppskattas till cirka 500 000 personer, vilket motsvarar ungefär 5 % av befolkningen och ökar i takt med förbättrad överlevnad och tidig upptäckt genom screening och avancerad behandling. Den demografiska övergången där en allt större andel av befolkningen når hög ålder bidrar till ökningen av cancerfall. Globalt sett har den ökade livslängden lett till en förhöjd risk för åldersrelaterade sjukdomar som cancer. I Sverige har den ökade medellivslängden medfört att en större del av befolkningen lever till åldrar där cancerrisken är högre. Enligt Socialstyrelsen (2021) är äldre personer överrepresenterade i incidensen av cancer, vilket ställer krav på vården att möta behoven hos denna grupp. För att säkerställa att patienter får den bästa möjliga vården har Socialstyrelsen (2021) utformat nationella riktlinjer för cancerbehandling. Dessa riktlinjer baseras på den senaste evidensbaserade forskningen och syftar till att ge patienterna vård av hög kvalitet med fokus på både behandling och livskvalitet för dem som lever med cancer, särskilt inom palliativ vård.

Cancersjukdom – etiologi och patofysiologi

Cancers etiologi enligt Albertsson (2021, s. 46 – 47) innefattar både genetiska och miljömässiga faktorer samt livsstilsval. Genetiska predispositioner kan öka risken för cancer, medan exponering för vissa kemikalier, strålning, tobaksrök och virus kan trigga sjukdomsutvecklingen. Livsstilsfaktorer som kost, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion spelar också en viktig roll. Patofysiologin bakom cancer involverar en process där normala celler kan undvika naturliga dödsprocesser, stimulera blodkärlsbildning för att försörja tumören med näringsämnen och sprida sig till andra delar av kroppen. Förståelsen av dessa processer är avgörande för att utveckla behandlingsstrategier och förebyggande åtgärder (Albertsson, 2021. 46 – 47).

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen globalt och i Sverige. Enligt WHO (2022) lever över 7,8 miljoner kvinnor globalt med bröstcancerdiagnos, vilket gör den till den mest förekommande cancerformen i världen. I Sverige finns omkring 100 000 kvinnor som lever med bröstcancerdiagnos (Socialstyrelsen, 2023). Enligt Sund och Linderholm (2023, s. 357) orsakas ofta av en kombination av genetiska och hormonella faktorer. Mutationer i BRCA1 och BRCA2- generna är välkända riskfaktorer. Hormoner som östrogen och progesteron spelar en central roll i bröstcellernas tillväxt och långvarig exponering för dessa hormoner, till exempel genom tidig menarke eller sen menopaus ökar risken. Bröstcancer börjar ofta i mjölkgångarnas epitelceller eller i bröstets mjölkkörtlar. Genetiska mutationer stör reglering av celledelning och apoptos vilket leder till okontrollerad cellproliferation. Cancercellerna kan sedan invadera närliggande vävnader och sprida metastaser via lymfsystemet till andra delar av kroppen, särskilt skelettet, lungorna och levern. En knöl i bröstet, förändringar i bröstets form eller hud samt sekret från bröstvårtor är vanliga tidiga symtom för denna cancerform (Sund & Linderholm, 2023, s. 357).

Kolorektal cancer är en av de vanligaste cancerformerna globalt och enligt WHO (2022) lever över 1,9 miljoner personer med denna cancerform. I Sverige uppskattas prevalensen till cirka 45 000 personer (Socialstyrelsen, 2023). Enligt Eberhard och Nilbert (2023, s. 339) uppstår denna cancerform ofta genom kombination av genetiska mutationer och livsstilsfaktorer. Ärftliga syndrom som Lynch syndrom samt högt intag av rött kött och lågt fiberintag ökar risken för att utveckla den cancerformen. Kolorektal cancer börjar ofta som polyper i tjocktarmen eller ändtarmen, vilka över tid kan utvecklas till malign cancer. Genetiska mutationer spelar en avgörande roll och när cancer utvecklas kan den invadera omkringliggande vävnader och spridas till levern, lungorna och bukhinnan. Rektalblödningar, förändrade tarmvanor samt buksmärter är de vanligaste symtom för denna cancerform (Eberhard & Nilbert, 2023, s. 239).

Livmoderhalscancer är en mindre vanlig cancerform globalt men utgör ändå en stor hälsoutmaning särskilt i länder med begränsad tillgång till screeningprogram. Enligt WHO (2022) lever över 600 000 kvinnor med livmodercancer globalt, medan i Sverige är prevalensen cirka 5 000 kvinnor (Socialstyrelsen, 2023). Enligt Lundgren och Lindquist (2023, s. 379) innebär att det har bildats cancertumörer i den nedre delen av livmodern och den främsta orsaken till livmoderhalscancer är humant papillomvirus. Cancern utvecklas vanligtvis långsam men kan spridas till närliggande vävnader och lymfkörtlarna om den inte upptäcks och behandlas i tid. Onormala vanliga blödningar, smärta vid samlag och bäckensmärter är vanliga symtom för denna cancerform (Lundgren & Lindquist, 2023, s. 379).

Lungcancer är en av de mest dödliga cancerformerna globalt. WHO (2022) uppskattar att det finns över 2,2 miljoner personer globalt som lever med lungcancer, medan prevalensen i Sverige ligger på cirka 20 000 personer (Socialstyrelsen, 2023). Även Johansson och Planck (2023, s. 285), beskriver att den främsta orsaken till lungcancer är rökning som innehåller många cancerframkallande ämnen som orsakar DNA- skador i lungornas epitelceller. Andra riskfaktorer inkluderar passiv rökning, radonexponering, asbest och luftföroreningar. Genetiska faktorer kan också bidra till risken, särskilt för icke-rökare. Lungcancer börjar ofta som små mutationer i lungornas epitelceller som leder till okontrollerad celledelning. Småcellig lungcancer sprider sig snabbt och metastaserar tidigt. Medan icke småcellig lungcancer växer långsammare men kan fortfarande spridas till andra organ, inklusive hjärnan, lever och skelettet. Symtom inkluderar ihållande hosta, hemoptys, andfåddhet och bröstsmärta (Johansson & Planck, 2023, s. 285).

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män, både globalt och i Sverige. WHO (2023) rapporterar att över 1,4 miljoner män världen över lever med prostatacancer, medan över 110 000 män i Sverige lever med en prostatacancerdiagnos (Socialstyrelsen, 2023). Bratt och Karlsson (2023, s. 421), förklarar att prostatacancer är starkt kopplad till hormonella faktorer där testosteron spelar en

central roll i att stimulera tillväxt av prostataceller. Ärftlighet är en viktig riskfaktor. Cancer börjar ofta i prostatakörtelns körtelvävnad och utvecklas långsamt under många år. I vissa fall kan den sprida sig utanför prostatan till lymfkörtlar och skelett, vilket leder till mer aggressiva symtom och metastasspridning. Den vanligaste symtom för denna cancerform är miktionssvårigheter, smärtor i nedre ryggen eller bäckenet samt hematuri (Bratt & Karlsson, 2023, s. 421).

Omvårdnad i hemmet kräver en helhetsvård

WHO (2020) betonar att hemsjukvård spelar en central roll i att förbättra tillgången till vård globalt, särskilt för äldre och kronisk sjuka patienter. I höginkomstländer är hemsjukvård ofta välorganiserad och tillgänglig, med sjuksköterskor som leverera allt från grundläggande vård till palliativ behandling. Däremot är tillgänglighet i låg- och medelinkomstländer begränsad på grund av brist på resurser och utbildad personal. Enligt Socialstyrelsen (2023) är hälso- och sjukvård i hemmet en omsorgsform som erbjuder medicinsk vård och omvårdnad för patienter i deras egna bostäder. Denna vårdform är kallad hemsjukvård och riktar sig till patienter som behöver sjukvård men som antingen inte behöver eller önskar vård på sjukhus. Hemsjukvården kan inkludera ett brett spektrum av tjänster såsom grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering, palliativ vård och stöd för dagliga aktiviteter samt rådgivning för närstående. Socialstyrelsen (2023) betonar vikten av att hemsjukvård ska vara patientcentrerad, vilken innebär att patientens behov, önskemål och resurser ska vara i fokus för vårdplanering och beslutfattande. Detta innefattar även att stödja patientens autonomi och integritet (Socialstyrelsen, 2023). Enligt Hofmeister et al. (2018) omfattar omvårdnad i hemmet flera kärnteman, däribland tillgänglighet till hälsovård, stöd till vårdgivare, individanpassad patientcentrerad vård, tvärvetenskaplig vårdleverans och kvalitetsförbättring. Dessa teman understryker vikten av att ha en flexibel och tillgänglig vård som kan anpassas efter patientens och familjens skiftande behov över tid. Studien betonar att för att vårdinterventioner ska vara meningsfulla för patienterna behöver de utvärderas med utgångspunkt i utfall som är viktiga för dem, vilket kräver en kontinuerlig dialog och samarbete med vårdteamet (Hofmeister et al., 2018). Omvårdnad är en central del av att uppnå mål 3 i Agenda 2030 som syftar till att säkerställa god hälsa och främja välbefinnande för alla åldrar. Särskilt bidrar omvårdnad till delmål 3.8, och syftar till att uppnå allmän hälso- och sjukvård, inklusive tillgång till kvalitativa och prisvärda hälso- och sjukvårdstjänster, samt delmål 3.4, som fokuserar på att minska förtid dödlighet till följd av icke smittsamma sjukdomar.

Vård i livets slutskede fokuserar på att lindra lidande och förbättra livskvaliteten för patienter som befinner sig i sina sista dagar, veckor eller månader (Socialstyrelsen, 2018). I denna fas är vårdens huvudsakliga mål inte längre att förlänga livet utan snarare att lindra symtom och skapa en så god livskvalitet som möjligt för patienter. Enligt Socialstyrelsen (2018), innebär vård i livets slutskede att patientens allmäntillstånd är så försämrat att ytterligare behandling inte förbättrar tillståndet och döden är en förestående realitet. I denna situation är det viktigt att vården är inriktad på symtomlindring och stöd till både patient och anhöriga för att underlätta övergången till döden. Vårdinsatser som brytpunktsamtal mellan läkare, patient och närstående syftar till att säkerställa att patientens önskemål respekteras och att nödvändig information ges om den kommande vården (Socialstyrelsen, 2018). Viktiga delar av omvårdnad i livets slutskede inkluderar fysiska, sociala och existentiella behov. Genom att involvera ett multiprofessionellt team som läkare, sjuksköterskor och eventuellt psykologer kan vården skraddarsys för att möta patientens individuella behov och skapa förutsättningar för en värdig avslutning på livet (Socialstyrelsen, 2018). En av de största utmaningarna i omvårdnad i livets slutskede är att skapa en vårdmiljö i hemmet som uppfyller patientens behov och samtidigt hantera de resurser och begränsningar som finns. Hemmiljön kan variera kraftigt och sjuksköterskor måste ofta improvisera och anpassa vården efter de specifika förhållanden som finns i

patientens hem (Hardeland Hjelmeland et al., 2022). Detta ställer höga krav på sjuksköterskornas flexibilitet och kompetens och det kan vara en utmaning att säkerställa att patientens önskemål och behov möts på ett tillfredsställande sätt. Att balansera vårdrelationen, patientens autonomi och de praktiska aspekterna av vården kan vara utmanande och kräver noggrann planering och samarbete mellan vårdteamet och patienter samt deras familj (Hardeland Hjelmeland et al., 2022). Gesell et al. (2023) lyfter fram diagnosrelaterade skillnader i symptom och problem hos patienter som får omvårdnad i hemmet. Studien visar att patienter med icke-onkologiska sjukdomar tenderar att ha kortare vårdperioder och påverkas mer av symptomkluster jämfört med onkologiska patienter, som visade ett ytterligare kommunikativt/praktiskt kluster. Dessa fynd pekar på behovet av noggrann vårdplanering och proaktiv symptomkontroll för att hantera de komplexa och skiftande behoven hos dessa patientgrupper (Gesell et al., 2023).

Omvården i hemmet omfattar olika vårdformer som är anpassade efter patientens specifika behov och tillstånd, vilket kan inkludera allt från allmän hemsjukvård till mer specialiserade insatser som palliativ vård. Virtuella vård är en vårdform som är en del av e-hälsa och omfattar användningen av digital teknik för att stödja och förbättra hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt Socialstyrelsen avser e-hälsa alla former av informations- och kommunikationsteknik som används för att underlätta hälso- och sjukvård och främja hälsa (Socialstyrelsen, 2020). Virtuella vård, innebär att patienter får vård på distans genom videokonsultationer, telefonmöten eller andra digitala verktyg. Genom virtuella vård kan patienter undvika frekventa sjukhusbesök, få den vård de behöver i hemmet och därmed öka både sin självständighet och sin livskvalitet (Socialstyrelsen, 2020). Detta används särskilt inom områden som palliativ vård, där patienter kan få symptomhantering och stöd i hemmet utan att behöva resa till en vårdinrättning (Socialstyrelsen, 2020). Övergången till palliativ vård i livets slutskede sker efter en helhetsbedömning av patientens tillstånd, där läkaren ansvarar för att avgöra var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig och när det är dags att anpassa vårdens mål till den sena palliativa fasen (Socialstyrelsen, 2018). Palliativ vård syftar till att lindra lidande och förbättra livskvaliteten för patienter med allvarliga sjukdomar och deras familjer (Alvariza et al., 2019). Kommunikation är nyckeln till god palliativ vård i både tidiga och sena faser. En öppen och ärlig dialog mellan patient, familj och vårdpersonal är avgörande för att identifiera och tillgodose patientens önskemål och behov under hela sjukdomsförloppet (Alvariza et al., 2019). Genom att främja en sådan dialog skapas förutsättningar för att ge en vård som inte bara lindrar fysiska symptom utan också tar hänsyn till de psykologiska, sociala och existentiella aspekterna av patientens liv (Alvariza et al., 2019).

Allmän palliativ vård riktar sig till patienter med icke komplicerade symptom och erbjuds oftast av personal utan specifik specialistutbildning inom palliativ vård, exempelvis inom hemsjukvård eller på äldreboende. Denna vård ges där patienter befinner sig och syftar till att lindra lidande och ge stöd till både patient och närstående (Socialstyrelsen, 2018). Specialiserad palliativ vård å andra sidan är mer avancerad och riktar sig till patienter med komplexa symptom eller vårdbehov som kräver specifik kompetens. Den ges av specialutbildade vårdteam, antingen inom palliativa enheter eller genom konsultteam som stöttar andra vårdgivare i patientens vård. I den palliativa vården är målet att skapa förutsättningar för en värdig avslutning av livet där patientens autonomi och livskvalitet prioriteras. Genom att kombinera olika vårdinsatser från allmän till specialiserad palliativ vård säkerställs att varje patient får den vård som är bäst anpassad till deras situation och behov (Socialstyrelsen, 2018). Svenska Palliativregister [SP], (2020) betonar att palliativ vård för cancerpatienter ska påbörjas tidigt för att inte bara hantera fysiska symptom som smärta och illamående utan även för att stödja det psykiska och sociala välbefinnandet hos patienter och anhöriga. Patienter med cancerdiagnos har ofta komplexa vårdbehov som kräver en helhetsvård som är anpassad till sjukdomens förlopp och patientens individuella behov och preferenser. Palliativ behandling ges när en cancersjukdom inte längre kan botas och syftar till att lindra symptom samt förbättra livskvaliteten. Inom palliativ vård används olika metoder, som hormonbehandling, strålbehandling, cytostatika och immunterapi, för att

bromsa sjukdomsförloppet och minska smärta och andra besvär. Målet är att patienten ska må så bra som möjligt och kunna leva ett värdigt liv under den tid som återstår. Denna behandling kan ges både under en längre period, när cancer är kronisk, eller i livets slutskede när fokus ligger helt på symtomlindring (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2023). Enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård (2023) kan palliativ behandling används inte enbart i livets sista fas utan kan pågå i flera år för att hjälpa patienten att hantera sin sjukdom med så få biverkningar som möjligt. Det är viktigt att behandlingen anpassas individuellt efter patientens behov och önskemål. Tidig integration av palliativ vård kan hjälpa till att lindra onödigt lidande och ge patienten möjlighet att vara delaktig i sin vårdplanering vilket förbättrar livskvaliteten under den sista levnadsåren (SP, 2020). Enligt Socialstyrelsen (2018) delas palliativ vård in i två faser: tidig palliativ fas och sen palliativ fas. I den tidiga fasen kan palliativ vård ges samtidigt som livsförlängande behandlingar, med fokus på att hantera symtom och främja psykosocialt välbefinnande.

Hospicevård är en specifik form av denna vård och syftar till att ge vård till patienter i livets slutskede, med fokus på att lindra lidande och främja livskvalitet. Hospicevården är välutvecklad i många höginkomstländer men mindre tillgänglig i låginkomstländer, där resurser och vårdstrukturer ofta är begränsade (WHPCA, 2020). I Sverige erbjuds specialiserad palliativ vård till patienter vars behov inte kan tillgodoses genom allmän vård (Socialstyrelsen, 2018). Denna vård ges av multiprofessionella team som inkluderar läkare, sjuksköterskor och annan specialiserad personal med fokus på symtomlindring och psykosocialt stöd. Hospicevård är en del av den specialiserade vården och tillhandahålls antingen på särskilda enheter eller i hemmet, där målet är att lindra symtom och säkerställa värdighet i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2018).

Sjuksköterskans kompetens, arbetsområde samt omvårdnadsansvar

Omvårdnad är en central del av att uppnå mål 3 i Agenda 2030 som syftar till att säkerställa god hälsa och främja välbefinnande för alla åldrar. Särskilt bidrar omvårdnad till delmål 3.8, och syftar till att uppnå allmän hälso- och sjukvård, inklusive tillgång till kvalitativa och prisvärda hälso- och sjukvårdstjänster, samt delmål 3.4, som fokuserar på att minska förtid dödlighet till följd av icke smittsamma sjukdomar. Enligt World Health Organisation [WHO], 2020) omfattar sjuksköterskans kompetens inom omvårdnad att ge holistisk vård som adresserar både fysiska, emotionella, sociala och andliga behov hos patienter (WHO, 2020). Den internationella sjuksköterskeföreningen [ICN], 2021) betonar i sin etiska kod vikten av att sjuksköterskor erbjuder vård som empatisk, respektfull och individanpassad. Denna kod ger riktlinjer för hur sjuksköterskor ska agera för att säkerställa att patienternas rättigheter och värdigheter respekteras (ICN, 2021).

I Sverige regleras sjuksköterskans arbetsområde av riktlinjer från svenska sjuksköterskeföreningen [SSF], 2019). SSF arbetar för att främja bästa praxis inom omvårdnad och tydliggör sjuksköterskors professionella funktion. Deras riktlinjer fokuserar på att säkerställa att vården är patientcentrerad och att sjuksköterskor har tillgång till de resurser som krävs för att ge högkvalitativ vård (SSF, 2019). Hardeland Hjemeland et al. (2022) betonar sjuksköterskans betydelse i att tillhandahålla både medicinskt och emotionellt stöd i hemmet. Sjuksköterskans kompetens gör dem till en ovärderlig resurs för patienter och deras familjer genom att skräddarsydd vård som möter individuella behov och förbättrar livskvaliteten (Hardeland & Hjemeland et al., 2022). Alvariza et al. (2019, s. 707 – 740) betonar även att förmåga att erbjuda empatiskt och medkännande stöd är en fundamental aspekt av omvårdnad i hemmet. Sjuksköterska är också nyckelperson för interprofessionellt samarbete och kommunikation mellan olika vårdgivare och tjänster och dem anpassar vårdplaner individuellt för att uppfylla varje patientens unika behov och önskemål (Alvariza et al., 2019, s. 707 - 740). I studien av

Heydari et al. (2019) betonas sjuksköterskans ansvar i att stödja patienten samt patientens familj genom hela vårdprocessen, från initial planering och förberedelse för hemvård efter sjukhusvistelse, till att hantera de utmaningar och förändringar som kan uppstå i hemmet. (Heydari et al., 2019). Slutningen även Oosterveld-Vlug et al. (2019) framhäver behovet av att etablera förtroende, trygghet och effektivt samarbete mellan hemvårds sjuksköterskor och läkare (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

Teoretisk referensram och bärande begrepp

I denna studie används de följande vårdvetenskapliga begreppen miljö och vårdrelation

Miljö

Florence Nightingale var en av dem första som betonade miljöns betydelse inom vården. Hennes teori om miljön utvecklades på 1800-talet och lade grunden för de mesta moderna principerna inom ämnet. Nightingale ansåg att en ren och hälsosam miljö kunde hjälpa patienten att läka och förebygga sjukdomar. Hon identifierade flera viktiga faktorer såsom ren luft, tillgång till rent vatten, god sanitet, renlighet och ljus, vilka alla är avgörande för att främja hälsa och återhämtning. Nightingale ansåg att sjuksköterskans ansvar var att säkerställa att patienten befann sig i en så hälsosam miljö som möjligt då detta kunde hjälpa kroppen att självläka (Björkman et al., 2019, s. 27 – 41). Denna grundläggande syn på miljön har utvecklats vidare i modern tid. Ranheim (2022, s. 267 – 281) definierar begreppet miljö i omvårdnadskontexten som en helhetsupplevelse som är avgörande för patientens välbefinnande och återhämtning. Den omfattar inte bara den omedelbara fysiska miljön såsom ljusförhållanden, ljudnivåer och inredningsarrangemang utan även den utvidgade miljön inklusive sociala nätverk, kulturella aspekter och ekonomiska förhållanden som påverkar patientens liv. Den inkluderar även aspekter som tillgång till natur och tysta rum som kan främja återhämtning. Denna breda syn på miljö understryker att en optimal vårdmiljö är en som kan justeras för att uppfylla de individuella behoven hos varje patient och att det är en dynamisk del av vårdplaneringen som ständigt måste utvärderas och anpassas (Ranheim, 2022, s. 267 – 281). Nightingales tidiga insikter fortsätter att påverka och forma vår moderna förståelse av hur en välutformad vårdmiljö kan spela en nyckelroll i helandeprocessen (Björkman et al., 2019, s. 27–4, Ranheim, 2022, s. 267 – 281).

Vårdrelationen

En vårdrelation enligt Eriksson (2018), innebär en djup och meningsfull interaktion som binder samman sjuksköterskan och patienten. Detta är en central aspekt av vårdandet där sjuksköterskan inte enbart fokuserar på patientens sjukdom eller tillstånd utan även engagerar sig i patientens livsberättelse, behov och upplevelser. I en sådan relation är sjuksköterskans empati, närvaro och förmåga att lyssna av stor betydelse. Sjuksköterskan agerar inte bara som en vårdgivare utan också som en stödjande partner som bekräftar patienten som en hel person vilket är avgörande för att främja välbefinnande och helande. Eriksson (2018) beskriver hur vårdrelationen skapar en känsla av mening och trygghet för patienten vilket är särskilt viktigt i kontexten av palliativ vård. Enligt Watson (2012) är en god vårdrelation i palliativ vård särskilt viktig eftersom den bygger på att skapa en känsla av säkerhet och förtroende. Watson (2012) framhäver att en stark vårdrelation inte bara innebär att tillgodose fysiska behov som komfort och smärtlindring utan också att erbjuda emotionellt och socialt stöd som avgörande för att upprätthålla patientens livskvalitet och värdighet (Watson, 2012). Berg (2019) betonar vikten av en effektiv vårdrelation byggd på grundläggande kommunikations- och samarbetsprinciper. Detta innebär att sjuksköterskan måste vara lyhörd och aktivt engagera sig i dialog med patienten för att

förstå deras unika behov och förväntningar. En sådan relation enligt Watson (2012) möjliggör en integrerad och holistisk vårdupplevelse där både fysiska och emotionella aspekter av vården adresseras. För att uppnå detta krävs att sjuksköterskan utvecklar en genuin förståelse för patientens livssituation och perspektiv vilket i sin tur stödjer en mer personcentrerad vård Watson (2012). Genom att skapa en stark och stödjande vårdrelation kan sjuksköterskan inte bara svara på patientens behov under sjukdomens gång utan också bidra till en mer positiv vårdupplevelse och förbättrad livskvalitet. Denna holistiska syn på vårdrelationen som sammanfattar Eriksson (2018) och Watsons (2012) perspektiv, visar på vikten av att se patienten som en hel person och inte bara som sjukdom vilket är avgörande för att uppnå optimalt stöd och vård (Berg & Lepp, 2022).

Problemformulering

I takt med att prevalensen och incidensen av cancersjukdomar ökar, har förbättringar inom screening och behandling lett till att fler patienter lever längre med sin diagnos. Detta innebär att behovet av en effektiv och individuellt anpassad omvårdnad, särskilt för patienter i livets slutskede. Trots nationella riktlinjer och ökade insatser för att främja omvårdnad kvarstår utmaningar kring att skapa en vårdmiljö som tillgodoser de komplexa fysiska, sociala och psykologiska behoven hos patienter med cancer i deras sista tid i livet. Tidigare studier visar att sjuksköterskors arbete är avgörande för att skapa en vårdmiljö som inte bara erbjuder fysiskt stöd utan också främjar en djup vårdrelation där patientens känslomässiga och existentiella behov beaktas. Detta är särskilt viktigt inom hemvården där anpassningen av miljön och vårdreaktionen är central för patientens välbefinnande och livskvalitet. Samtidigt ställer komplexiteten i hemvård stora krav på sjuksköterskans förmåga att kunna skraddarsy omvårdnaden efter patientens unika situation och behov. Det behövs en fördjupad förståelse av hur sjuksköterskor kan skapa en vårdmiljö och vårdrelation som både möter de fysiska behoven och ger känslomässigt stöd under livets slutskede

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede.

METOD

Design

En allmän litteraturstudie valdes som forskningsmetod för denna studie för att beskriva patienters erfarenheter av palliativ vård i hemmet vid cancersjukdom. Denna metod innebär en noggrann och systematisk granskning av relevant forskning inom ämnesområde med målet att sammanställa och analysera existerande kunskap (Polit & Beck, 2021, s. 85). Artiklar med kvalitativ ansats valdes för att belysa patienters upplevelser och besvara studiens syfte. För att säkerställa en strukturerad forskningsprocess följdes en 9 – stegsmodell (Polit & Beck, 2021, s. 85). I enlighet med steg 1 av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodellen har syfte formulerats till denna studie för att skapa tydlig vägledning genom forskningsprocessen och säkerställa att litteratursökningen skulle fokusera på relevanta artiklar som kunde svara på den definierade frågan, se figur 1.



Figur 1. Niostegsmodellen, fritt översatt till svenska av författare (Polit & Beck, 2021, s. 85)

Urval

I steg 2 bestämdes urvalskriterierna för studien i enlighet med Polit och Beck (2021, s. 85). Kriterier för inklusion och exklusion fastställdes för att säkerställa att endast relevanta studier ingick i analysen. Artiklar som inkluderades i studien var peer-reviewed och publicerade mellan 2015 och 2024, skrivna på engelska. För att tillämpa globalt perspektiv till denna studie har artiklar från olika länder inkluderades. Samtliga utvalda artiklar för denna studie var originalstudier som specifikt fokuserade på cancerpatienters upplevelser av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. Vid litteratursökningen inkluderades studier som beskrev vård med ett palliativt förhållningssätt, specialiserad palliativ vård och vård i livets slutskede, vilket gav ett bredare perspektiv på hemvård för patienter med avancerad

cancersjukdom. Endast kvalitativa studier med intervjustudiedesign inkluderades, och urvalet begränsades till studier som omfattade vuxna patienter från 19 år och äldre.

Artiklar som exkluderades i studien behandlade andra vårdformer än omvård av cancerpatienter i hemmet vid livets slutskede. Artiklar som inte var originalartiklar såsom litteraturöversikter och rapporter, eller om studierna inkluderade omvårdnad i hemmet av cancerpatienter under 19 år ålder.

Datainsamling

Vidare i steg 2 enligt Polit och Beck (2021, s. 90 – 93) valdes databaserna PubMed och CINAHL. Som första val för studie valdes databas PubMed eftersom den täcker ett brett spektrum av artiklar om omvårdnadsrelaterade ämnen vilket säkerställer att sökningen täcker relevanta artiklar som svarar på denna studies syfte. Den andra databas som användes för denna studie var CINAHL vilket är en specialiserad databas som innehåller tidskrifter inom omvårdnad och andra närliggande yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård. I steg 3 genomfördes sökningar i de utvalda databaserna enligt de urvalskriterier som satts upp i föregående steg (Polit & Beck, 2021, s. 85). Systematisk databassökningen i CINAHL och PubMed genomfördes med sökord relaterade till omvårdnad och cancerpatientens upplevelser av vård i hemmet.

Sökprocessen i PubMed databas påbörjades med att identifiera relevanta sökord och MeSH-termer som beskrev studiens syfte. I PubMed databas använde författare sökord (*Cancer AND Patient*) AND (*End-of-life care OR Palliative ca OR Hospice care*) AND (*Cancer AND Patient AND Experience*). Begränsningar tillämpades för att optimera träffsäkerheten och inkluderade artiklar med vuxna patienter från 19 år ålder, var peer- reviewed, publicerade mellan 2015 och 2024, tillgängliga i fulltext och skrivna på engelska. Detta resulterade i 250 antal vetenskapliga artiklar. En sökmatrix skapades under detta skede för att dokumentera sökprocessen och säkerställa transparens (se bilaga 1). I steg 4 läste författare titlar till alla 250 artiklar, i 215 av dessa originalartiklar framgick det i titeln att artiklarna beskrev sjukvårdspersonalens erfarenhet och perspektiv. Sedan lästes 35 abstrakt och utifrån dessa valdes 20 artiklar som beskrev omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. 14 artiklar valdes bort då dem hade kvantitativ design. I steg 5 lästes 21 artikel i fulltext och utifrån dessa valdes 4 artiklar som handlade om cancerpatienternas erfarenhet av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. 17 artiklar exkluderades då dem besvarade inte syfte till denna studie. I steg 6 lästes igen alla 4 artiklar för att sedan dokumentera dessa i en sökmatrix (se bilaga 3).

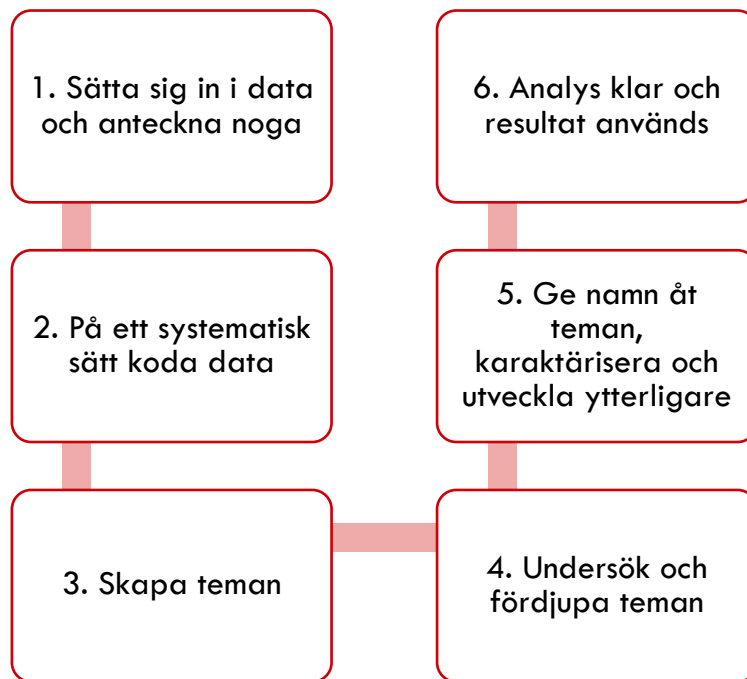
Steg 3 av sökningen i CINAHL databas genomfördes med hjälp av CINAHL Subject Headings för att säkerställa att alla relevanta artiklar identifieras. Sökord som användes var (*Cancer AND Patient*) AND (*End-of-life care OR Palliative ca OR Hospice care*) AND (*Cancer AND Patient AND Experience*). Sökningen begränsades också till peer-reviewed artiklar, publicera mellan 2015 och 2024 som var tillgängliga i fulltext och skrivna på engelska. Åldersgränsen för sökningen begränsades till alla vuxna från 19 år ålder. Detta resulterade i 215 antal vetenskapliga artiklar. Även här skapades en sökmatrix för att dokumentera processen och säkerställa transparens och noggrannhet i urvalet (se bilaga 2). I steg 4 lästes alla 215 titlar till vetenskapliga artiklar och i 154 titlar framgick det att dem hade sjukvårdspersonalens perspektiv vilket var irrelevant för denna studie. Vidare lästes abstrakt till dem resterade 61 artiklar och valde bort 46 då dem hade kvantitativ design. I steg 5 lästes total 15 artiklar i fulltext och valde 4 artiklar som beskrev cancerpatienternas erfarenhet av omvårdnad i

hemmet vid livets slutskede samt besvarade studiens syfte. I **steg 6** lästes alla 4 artiklar igen och dokumenterades sedan i en sökmatrix (se bilaga 3).

I enlighet med steg 7 av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell genomfördes en noggrann kvalitetsgranskning av de valda artiklarna. För kvalitetsgranskning av de valda artiklarna tillämpades Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2022) som en modell för att systematisk utvärdera forskningskvalitet. Först bedömdes om studien hade en tydlig frågeställning och avgränsning, och om en systematisk litteratursökning hade genomförts för att identifiera relevant vetenskapliga data. Vidare granskades hur urvalet av studier passade studiens syfte och om studiernas kvalitet och tillförlitlighet var tillräckligt höga. En systematisk datainsamling och analysmetod användes för att identifiera relevant information från varje studie. En fullständig granskning av syfte, metod och resultat genomfördes för att säkerställa att studierna bidrog till att besvara forskningsfrågan på ett trovärdigt sätt (Bilaga 3). Etiska aspekter såsom informerat samtycke och etisk godkännande bekräftades också och endast artiklar som uppfyllde dessa kriterier samt hade medelhög och hög kvalitet togs med i analysen.

Dataanalys

I steg 8 av analysprocessen bearbetades den insamlade data enligt Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell. Studien tillämpade Braun och Clarkes (2006, s. 87–93) tematiska analysmetod för att identifiera, analysera och rapportera mönster i materialet (se figur 2). Analysen följde sex steg, där den första steget bestod av en noggrann genomgång av de utvalda artiklarna för att få en djupare förståelse av innehållet. Därefter skapades initiala koder som representerade de mest centrala delarna av materialet, vilka kunde utvecklas till teman eller mönster. Dessa teman granskades noggrant, justerades och namngavs för att skapa en tydlig struktur. I det sista steget, steg 9 av sammanställdes resultaten med två teman som vardera innehöll två underteman (Polit & Beck, 2021, s. 85).



Figur 2, Braun & Clarkes tematiska analys. Fritt översatt till svenska av författare (Braun & Clarke, 2006, s. 331).

Inledningsvis under steg 1 av (Braun & Clarke, 2006, s. 87–88) lästes artiklarna flera gånger för att bekanta sig med materialet och identifiera återkommande teman. Ett Word-dokument skapades för att strukturera och organisera artiklarnas innehåll, vilket underlättade samlandet av data och skapandet av kodetiketter, underteman samt tema. Därefter i steg 2 har initiala kodetiketter skapats från datamaterialet. Kodetiketterna markerades noggrant och fördes in i et dokument. Kodetiketter utvärderades för att säkerställa att alla relevanta delar av materialet inkluderades, och dessa kodetiketter organiserades sedan i grupper baserat på deras likheter och skillnader för att bilda preliminära underteman. När flera kodetiketter skapades och grupperades inleddes steg 3 av analysprocessen enligt Braun & Clarke (2006, s. 89–91) Underteman granskades och organiserades till potentiella teman, där relevant material grupperades under respektive tema. I steg 4 granskades varje tema noggrant tillsammans med det material som relaterade till respektive tema. Tema som saknade tillräckliga data exkluderades eller omformades för att skapa nya tema. Under steg 5 i enlighet med Braun & Clarke (2006, s. 92) har författare fokuserat på att precisera och förfina de identifierade teman. Författare återgick till materialet som tillhörde varje teman för att säkerställa att den centrala innebörden tolkades korrekt och i sin helhet. Därefter utformades tydliga beskrivningar för varje tema och valde att fokusera på två huvudteman och totalt fyra underteman (se tabell 1). Slutningen enligt steg 6 (Braun & Clarke, 2006, s. 92–93) sammanställdes resultaten och presenterades på ett tydligt och sammanhängande sätt där både teman och underteman redovisades.

Tabell 1. Exempel av analysprocessen

Del av texten som svarar på syftet	Kodetikett	Undertema	Tema
"The patients expressed a strong desire to maintain	Påverka vårdbeslut	Att säkerställa självbestämmande	Autonomi i hemvård

control over important decisions, including the choice to die at home”			
”The empathy and attentiveness of healthcare staff improved patients’ experience of care”	Empatisk bemötande	Att känna behovet för empatisk vårdpersonal	Vikten av vårdkvalitet
”The patients expressed that the home was a place where they could maintain their independence and security”	Skapa trygghet i hemmet	Att bibehålla självständighet	Autonomi i hemvård
”Receiving care that was personalized was seen as central to the patients’ well-being”	Individanpassad vård	Att behöva individanpassad vård	Vikten av vårdkvalitet

Etiska aspekter

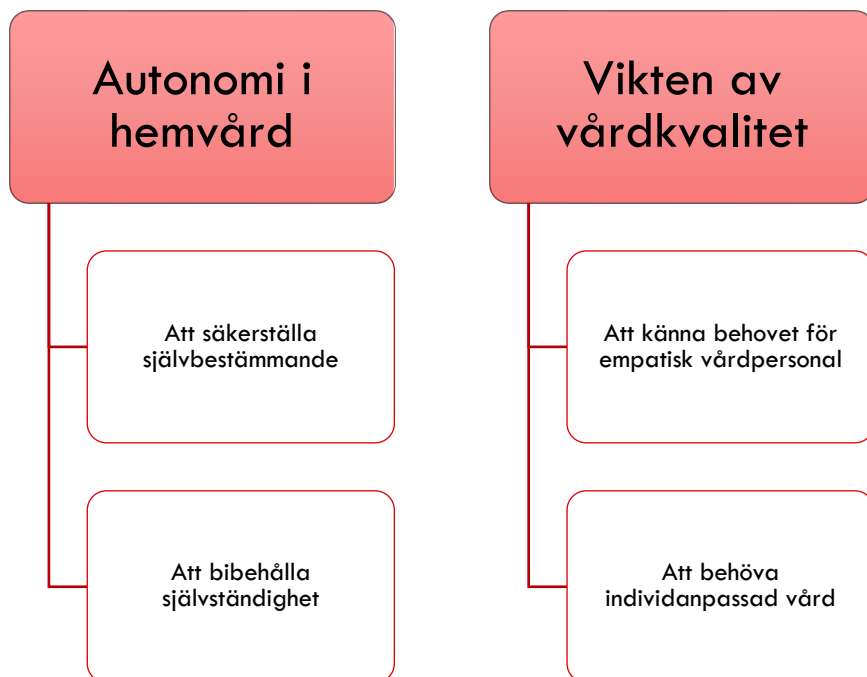
För alla vetenskapliga artiklar som inkluderas i studien måste det tydligt framgå att de har undergått forskningsetisk granskning och erhållit godkännande från en etisk kommitté i enlighet med principerna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022). Helsingforsdeklarationen är en uppsättning av etiska principer för forskning på människor fastställda för att skydda deltagares välbefinnande och rättigheter. Den kräver informerat samtycke, balans mellan risk och nytta samt etisk översyn. Enligt Polit och Beck (2021, s. 136–138) är det också viktigt att forskningen bedrivs med respekt för deltagarnas autonomi och integritet samt att risken för skada minimeras genom noggrann riskbedömning. Helsingforsdeklarationen (2022) betonar även särskilda etiska överväganden när forskning involverar sårbara eller utsatta grupper såsom patienter med allvarliga sjukdomar eller nedsatt autonomi. Forskare måste vidta extra åtgärder för att skydda dessa gruppens rättigheter och säkerställa att deras deltagande sker frivilligt och med förståelse för studiens syfte och risker (WMA, 2022).

I denna studie har författare följt dessa etiska principer genom att granska varje artikel för att säkerställa att de har fått etisk godkännande enligt Helsingforsdeklarationen. För att ytterligare säkerställa etiska aspekten har författaren kontrollerat att alla inkluderade artiklar erhåller informerat samtycke. Dessutom för att undvika felaktiga tolkningar eller missförstånd har författaren använd översättningsverktyg för att granska innehållet i dem engelska artiklarna enligt Helsingforsdeklarationen (2022). Allt material har även korrekt citerats för att undvika plagiering

enligt Polit and Beck (2021, s. 136–138). Vid osäkerheter i den engelska texten kommer översättningar att genomföras för att förebygga risker relaterade till felaktiga tolkningar eller missförstånd (WMA, 2022).

RESULTAT

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. Genom analysen identifierades två huvudteman, Autonomi i hemvård och Vikten av vårdkvalitet, samt fyra underteman som fördjupade dessa områden. Dessa underteman är Att säkerställa självbestämmande genom att påverka vårdbeslut, Att bibehålla självständighet genom att skapa trygghet i hemmiljö, Att förbättra vårderfarenhet genom möte med empatisk vårdpersonal och Att stödja patienternas behov genom individanpassad vård. Totalt analyserades nio originalartiklar som ansågs bidra till att besvara studiens syfte. Nedan presenteras de identifierade teman och underteman mer utförligt, med sammanfattningar som stärker resultaten. Se Figur 3 för en sammanfattning.



Figur 3. Teman och underteman

Autonomi i hemvård

Autonomi framstod som en central aspekt av cancerpatienternas erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. Möjligheten att påverka sina vårdbeslut och känna trygghet i hemmiljön var en genomgående faktor som betonades i flera studier. Denna autonomi gav patienterna en känsla av kontroll, även när deras sjukdom försämrades och deras fysiska tillstånd gradvis försvagades (Jack et al. 2016; Staats et al. 2020; Ivzori et al. 2021; Nysæter et al. 2022). Genom att ha inflytande över viktiga beslut rörande deras vård och miljö, såsom vårdmetoder, symtomhantering och plats för vård, kunde patienterna behålla en viss självständighet. Denna självständighet var särskilt viktig för att bibehålla deras känsla av värdighet och livskvalitet under de sista stadierna av livet (Jack et al. 2016; Staats et al. 2020; Ivzori et al. 2021; Nysæter et al. 2022). För många var möjligheten att påverka

vårdbeslut och anpassa vården till deras personliga preferenser avgörande för att de skulle känna sig hörda och respekterade i vårdprocessen.

Att säkerställa självbestämmande

Jack et al. 2016; Staats et al. 2020; lyfter fram hur viktigt det var för patienterna att ha en aktiv roll i beslut som rörde deras vård. Många patienter beskrev valet att få stanna hemma vid livets slutskede som en möjlighet att behålla autonomi över sitt liv och hur den sista tiden skulle formas. Klarare et al. (2018) förstärker detta genom att påpeka att partnerskap mellan vårdteam och patienter, där patienternas behov och önskemål tas i beaktande, bidrar till en ökad känsla av trygghet och delaktighet. Att få möjlighet att stanna hemma och påverka hur hemvården skulle organiseras gav patienterna en känsla av att de kunde bevara sin identitet och värdighet, även när sjukdomen försämrades. Genom att få vara delaktiga i beslut om behandlingsalternativ och hantering av symtom, upplevde de att de hade en starkare kontroll över sin vårdprocess, något som minskade deras känslor av hjälplöshet och osäkerhet (Jack et al. 2016; Staats et al. 2020; Klarare et al. 2018). Flera artiklar visade också att när patienterna kände sig involverade i dessa vårdbeslut, så minskade deras ångest inför döden, då deras önskan att få vara kvar i hemmet och att dö där respekterades (Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Klarare et al. 2018). Denna ångestminskning förknippades ofta med en ökad känsla av trygghet, eftersom patienterna visste att deras sista önskningar skulle beaktas, vilket skapade en fridfullare avslutning på livet. Genom att delta i diskussioner om symtomlindring och andra vårdrelaterade frågor kände patienterna att deras röst hördes och att deras preferenser respekterades, vilket gav dem en större känsla av självbestämmande och minskade deras oro (Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Klarare et al. 2018). Detta självbestämmande var särskilt viktigt för att upprätthålla deras värdighet, och många studier visade att patienterna var tacksamma för att de kunde vara delaktiga i beslut som påverkade deras sista dagar (Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Klarare et al. 2018). Delaktighet stärkte även relationen med vårdpersonalen, vilket bidrog till en djupare förståelse för deras unika behov och önskemål under livets slutskede (Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Klarare et al. 2018).

Att behålla självständighet

Hemmet upplevdes som en viktig plats där patienterna kunde känna sig trygga och bibehålla sin självständighet, trots den försämrade hälsan och den alltmer krävande vården. Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Driller et al. 2024 visade att hemmiljön, som var bekant och stabil, erbjöd en känsla av kontroll som sjukhusmiljöer inte kunde ge. Patienterna betonade ofta hur hemmet gav dem känsla av kontinuitet i deras liv, något som var svårt att uppnå i en sjukhusmiljö, där vården ofta beskrevs som opersonlig. Möjligheten att stanna hemma och delta i vardagliga rutiner, såsom att hantera mindre sysslor eller fatta egna beslut om när och hur de skulle få vård, ökade deras känsla av självständighet och inflytande över sina liv (Jack et al. 2016; Ivzori et al. 2021; Driller et al. 2024). Detta inflytande bidrog till att de kunde upprätthålla en del av sin identitet och värdighet, trots att de närmade sig livets slut. Deltagande i vardagen stärkte inte bara patienternas självständighet, utan bidrog även till en större känsla av normalitet, vilket minskade sjukdomens inverkan på patienternas dagliga liv. Anpassningen av hemmet efter patienternas behov spelade en central roll för att skapa denna

trygghet. Genom att introducera medicinsk utrustning som underlättade vården, såsom sjukhussängar, syrgassystem och andra hjälpmedel, kunde patienterna hantera sina sjukdomssymtom bättre och fortsätta bo kvar i en miljö som kändes säker och bekväm (Ivzori et al. 2021; Nyscæter et al. 2022). Anpassningarna, som ofta innefattade omorganisation av hemmet för att skapa bättre tillgänglighet, minskade behovet av sjukhusvistelser och gav patienterna en känsla av trygghet och kontroll. Flera studier (Ivzori et al. 2021; Driller et al. 2024; Nyscæter et al. 2022) lyfte fram att dessa justeringar av hemmiljön hjälpte till att reducera stress och oro, samtidigt som de gjorde det möjligt för patienterna att behålla en viss grad av autonomi. På detta sätt skapades en vårdmiljö där patienterna kunde vara delaktiga och självständiga, trots sjukdomens fysiska begränsningar.

Vikten av vårdkvalitet

Vårdkvaliteten hade avgörande roll i patienternas erfarenhet av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. En hög vårdkvalitet, med fokus på individanpassad och empatisk vård, bidrog till att förbättra patienternas fysiska och emotionella välbefinnande under livets slutskede (Lopez-Salas et al. 2024; Liu et al., 2021). Liu et al. (2021) underströk särskilt vikten av att möta patienternas fysiska, psykosociala och spirituella behov genom en holistisk vårdstrategi, vilket skapade en mer meningsfull vårdupplevelse. Genom att möta vårdpersonal som visade omtanke, respekt och förståelse för deras specifika behov, kände sig patienterna mer omhändertagna och trygga. Detta ledde till en ökad tillit till vården, särskilt när vårdgivarna tog sig tid att verkligen lyssna på deras önskemål och anpassa vården därefter (Lopez-Salas et al. 2024; Liu et al., 2021).

Att känna behovet för empatisk vårdpersonal

Lopez-Salas et al. (2024) och Liu et al. (2021) understryker vikten av empatisk vårdpersonal för att förbättra patienternas vårderfarenhet. Studierna visade att när vårdpersonalen var lyhörd och tog sig tid att förstå patienternas känslomässiga och fysiska tillstånd, stärktes patienternas tillit till vården och trygghet i vårdrelationen. Patienterna betonade att detta förtroende ofta byggdes genom vårdpersonalens förmåga att visa genuin omtanke, vilket minskade känslor av oro och osäkerhet inför vårdprocessen. Enligt Liu et al. (2021) bidrog kontinuerlig kommunikation och anpassning till patientens förändrade behov till att stärka relationen mellan patient och vårdgivare. En viktig aspekt av empatisk vård var att vårdpersonalen inte bara fokuserade på symtomlindring, utan även visade omtanke om patienternas emotionella och psykosociala behov (Lopez-Salas et al. 2024; Liu et al. 2021). Detta helhetsperspektiv gjorde att patienterna upplevde en mer sammanhängande och meningsfull vård, där deras livssituation och känslomässiga utmaningar togs på allvar. Patienterna uppskattade att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna på deras berättelser och livshistoria, vilket gjorde att de kände sig sedda som individer snarare än som patienter. Denna holistiska vård, där vårdpersonalen integrerade både fysiska och emotionella aspekter, förbättrade vårdupplevelsen för patienterna över tid. Flera patienter lyfte också fram att när deras vårdgivare visade intresse för hela deras livssituation, ökade även deras känsla av värdighet och självrespekt. Flera studier (Lopez-Salas et al. 2024; Liu et al., 2021) pekade på hur en nära och kontinuerlig vårdrelation kunde stärka förtroendet mellan patient och vårdgivare, vilket i sin tur gjorde att vårdpersonalen bättre kunde identifiera och tillgodose patienternas behov. Denna typ av relation främjade inte bara patienternas välbefinnande,

utan underlättade också att vårdpersonalen kunde vara mer proaktiva i att förutse och hantera vårdrelaterade utmaningar.

Att behöva individanpassad vård

Individanpassad vård, där vården kontinuerligt justerades efter patienternas förändrade behov, framhölls som en viktig komponent i att leverera högkvalitativ vård (Jack et al. 2016; Nysæter et al. 2022). Detta tillvägagångssätt innebar att vården inte bara anpassades efter den fysiska hälsan utan även efter patientens emotionella och psykosociala situation, vilket gav en holistisk vårdupplevelse som kändes relevant för patientens livssituation. Flera artiklar betonade hur viktigt det var att vården anpassades till varje patients unika fysiska och psykosociala tillstånd, vilket skapade en mer personlig och meningsfull vårdupplevelse (Jack et al. 2016; Nysæter et al. 2022). När vården utformades efter patientens specifika förutsättningar, rapporterade patienterna en ökad känsla av delaktighet och värde, vilket i sin tur bidrog till en förbättrad livskvalitet, även under de sista stadierna av livet. Genom individanpassning kunde vårdpersonalen bättre möta patientens fysiska och emotionella behov, något som även minskade beroendet av extern hjälp och stärkte patientens självständighet (Jack et al. 2016; Nysæter et al. 2022). Denna grad av anpassning gjorde det även möjligt för vårdpersonalen att bättre förutse patienternas behov, vilket förbättrade den totala vårdkvaliteten. Anpassningen av vården möjliggjorde också för patienterna att hantera sin sjukdom bättre i hemmiljön och bevara en viss grad av självständighet trots sjukdomens progression. Det bidrog även till att skapa en känsla av trygghet och kontinuitet, vilket många patienter värderade högt i sin palliativa vård.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. För att uppnå detta mål användes en allmän litteraturstudie med en kvalitativ ansats med stöd av nio vetenskapliga artiklar. Fokus på intervjustudier valdes för att samla in djupgående insikter om patienternas erfarenheter. Polit och Beck (2021, s. 87–88) framhäver att litteraturstudier möjliggör en systematisk och noggrann granskning av tidigare forskning för att skapa en sammanhållen förståelse av ett specifikt ämne, vilket gör denna metod särskilt användbar för att identifiera kunskapsluckor och ge vägledning för vidare forskning. Genom att följa niostegsmodellen för litteraturstudier enligt Polit och Beck (2021) kunde en strukturerad och transparent forskningsprocess säkerställas, från formulering av syfte till analys och tolkning av data. Processen inleds med att formulera forskningsfrågor, utveckla sökstrategier, lokalisera och samla in relevanta källor, registrera resultaten, utvärdera materialets relevans, läsa och extrahera data, samt genomföra en kritisk granskning och tematisering av innehållet (Polit & Beck, 2021, s. 89). Polit och Beck (2021, s. 175) framhåller att trovärdighet i kvalitativ forskning innefattar flera olika aspekter, såsom verifierbarhet, giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet. Det handlar om att säkerställa att de insamlade uppgifterna och tolkningarna är tillförlitliga och speglar verkligheten på ett trovärdigt sätt (Polit & Beck, 2021, s. 569). Vidare förklarar Polit och Beck (2021, s. 154) att tillförlitlighet är ett

centralt begrepp som syftar till att bygga förtroende för att forskningsresultaten och tolkningarna är pålitliga och trovärdiga.

Urvalsprocessen i denna studie var noggrant definierad för att säkerställa att endast relevanta studier inkluderades. Inklusionskriterierna innefattade artiklar som var peer-reviewed, publicerade mellan 2015 och 2024, skrivna på engelska, och som belyste cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. En styrka i urvalsprocessen var att studien antog ett globalt perspektiv genom att inkludera artiklar från olika länder, vilket bidrog till att öka studiens överförbarhet (Polit & Beck, 2021, s. 175). Begränsningen till engelskspråkiga artiklar innebär också att forskning publicerad på andra språk potentiellt har uteslutits, vilket kan ha påverkat bredden i resultatet. Detta tillvägagångssätt möjliggjorde en bredare förståelse av hur palliativ vård i hemmet upplevs i olika kulturella och vårdkontextuella miljöer, vilket gör att resultaten potentiellt kan tillämpas på andra vårdssammanhang där omvårdnad i hemmet är en viktig del av vårdmodellen. En begränsning var att studien genomfördes av en ensam författare, vilket innebar att det inte fanns någon att diskutera urvalskriterier och tolkningar med, vilket kan ha påverkat forskningsprocessens kritiska reflektion. Datainsamlingen genomfördes genom systematiska sökningar i PubMed och CINAHL med hjälp av specifika sökord och MeSH-termer som relaterade till omvårdnad i hemmet vid livets slutskede samt cancerpatienternas erfarenheter. Genom att tillämpa specifika begränsningar, såsom att endast inkludera artiklar med peer-reviewed status anses enligt Polit och Beck (2021, s. 796) som en styrka säkerställdes att de valda artiklarna var vetenskapligt granskades av experter inom området, vilket bidrar till studiens giltighet och tillförlitlighet (Polit & Beck, 2021, s. 570). En svaghet i datainsamling är dock att endast två databaser, PubMed och CINAHL, användes, vilket kan ha begränsat mängden relevant forskning som inkluderades. PubMed och CINAHL är visserligen två väletablerade databaser inom omvårdnad och hälso- och sjukvård (Forsberg & Wengström, 2017, s. 65), men en bredare användning av databaser kunde ha lett till ett mer omfattande urval av artiklar och därmed en ökad variation i forskningsresultaten. En styrka i denna process var att en sökmatrix skapades för att dokumentera varje steg i sökningen, vilket säkerställde transparens och gör det möjligt att replikera forskningsprocessen vid behov. Detta bidrar till studiens verifierbarhet genom att göra det möjligt för andra forskare att granska och följa den använda metodiken (Polit & Beck, 2021, s. 570). Vidare genomfördes en noggrann kvalitetsgranskning av de valda artiklarna med hjälp av SBU (2022) kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier, vilket säkerställde att endast artiklar med hög metodologisk kvalitet inkluderades i analysen. Detta bidrog till att öka tillförlitligheten i studiens resultat, eftersom granskningen säkerställde att de inkluderade artiklarna hade en stark vetenskaplig grund (Polit & Beck, 2021, s. 154).

Under analysfasen tillämpades Braun och Clarkes (2006, s. 87–93) tematiska analysmetod för att identifiera och analysera mönster i materialet. Den tematiska analysen genomfördes i flera steg, där initiala kodetiketter genererades och därefter organiserades i teman och underteman. Denna metod anses vara en styrka då den möjliggjorde en djupgående och strukturerad bearbetning av data, vilket bidrar till att säkerställa studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2021, s. 569). Genom att återkommande granska och justera teman under hela analysprocessen kunde en mer exakt tolkning av patienternas upplevelser säkerställas. En annan styrka med denna metod var att varje steg dokumenterades noggrant, vilket gjorde att analysen kunde genomföras på ett systematiskt sätt. Trots detta kan en svaghet i analysprocessen vara att författaren arbetade ensam, vilket begränsade möjligheten att diskutera och utmana tolkningar av data. Detta kan påverka tillförlitligheten i resultaten, eftersom samarbete med en skrivpartner hade kunnat bidra till att minska risken för subjektiva tolkningar och öka den kritiska granskningen av teman och mönster (Polit & Beck, 2021, s. 570). Det faktum att författaren var beroende av översättningsverktyg för att tolka vissa artiklar kan också ha påverkat

resultatens giltighet och trovärdighet, då felaktiga översättningar kan leda till missförstånd av viktiga begrepp och nyanser i data. Dock har författaren försökt att minimera denna risk genom att noggrant kontrollera och dubbelgranska översättningarna, även om detta inte helt eliminerar risken för felaktigheter.

I denna studie beaktades etiska aspekter noggrant, och alla inkluderade artiklar hade genomgått forskningsetisk granskning och godkänts av en etisk kommitté enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2022). Detta säkerställde att principer om informerat samtycke och skydd för sårbara grupper följdes, vilket stärker studiens trovärdighet. Genom att kontrollera att alla artiklar uppfyllde dessa etiska krav bidrog det också till studiens verifierbarhet och giltighet, då data insamlades och tolkades på ett etiskt hållbart sätt. Etisk granskning stärker även tillförlitligheten och ökar studiens överförbarhet, eftersom resultaten kan tillämpas i andra kontexter där etiska riktlinjer efterföljs. En viktig styrka i studien var den systematiska och strukturerade forskningsprocessen som följde Polit och Becks (2021) niostegsmodell, vilket säkerställde en hög nivå av trovärdighet, giltighet och överförbarhet. Trots detta påverkas studiens verifierbarhet negativt av att författaren arbetade ensam, vilket begränsade möjligheten till intern kritik och diskussion. Detta är en potentiell svaghet som kan ha påverkat den slutliga tolkningen av resultaten. Slutligen är det viktigt att påpeka att resultaten av denna litteraturstudie baserades på aktuell forskning, vilket ökar studiens relevans för dagens vårdkontext.

Det ursprungliga syftet till detta arbete var att undersöka cancerpatienters upplevelser av att få palliativ vård i hemmet. Under arbetets gång har författare läst på om Socialstyrelsens förtydligande och konkretisering av begrepp inom palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018) och valde att justera syftet. De valda artiklarna inte alla utgick från palliativ vård enligt Socialstyrelsen (2018) definition, utan hade varierande palliativa förhållningsätt. Därför valde författare att justera syftet och fokusera på vård i livets slutskede, specifikt riktat mot cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet. Denna förändring innebar en tydligare avgränsning av studien och gjorde det möjligt att fokusera på en specifik patientgrupp inom en specifik kontext, vilket möjliggjorde en mer koncentrerad datainsamling och analys. Urvalet justerades därefter för att bättre spegla detta ändrade syfte. Ursprungligen inkluderades artiklar som behandlade palliativ vård generellt, med för att säkerställa relevans för det justerade syftet begränsades urvalet till artiklar som fokuserade specifikt på cancerpatienters upplevelser av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. Inklusions- och exklusionskriterierna reviderades i linje med det nya syftet och artiklar som inte handlade om vård i hemmet för cancerpatienter eller som behandlade andra diagnosgrupper och vårdkontexter exkluderades. Dessutom valdes endast originalstudier med kvalitativa metoder, medan litteraturöversikter och artiklar som inte uppfyllde kvalitetskraven togs bort från urvalet. Eftersom ändringen av syftet förändrade fokus i studien behövdes nya sökningar för att säkerställa att de utvalda artiklarna motsvarade det uppdaterade syftet. Den förnyade sökningen resulterade i att vissa artiklar uteslöts och ersattes med andra som bättre passade det nya fokusområdet. Denna process ledde till ett urval som tydligare speglade studiens slutliga fokus och gett en djupare insikt i cancerpatienters specifika behov och erfarenhet av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede. Genom analysen identifierades två huvudteman: Autonomi i hemvård och Vikten av vårdkvalitet, samt fyra underteman: Att säkerställa självbestämmande genom att påverka vårdbeslut, Att behålla självständighet genom att skapa trygghet i hemmiljö, Att förbättra vårderfarenhet genom möte med empatisk vårdpersonal och Att stödja patienternas behov genom individanpassad vård.

En viktig aspekt av studiens resultat var patientens möjlighet att påverka vårdbeslut. Detta överensstämmer med Hardeland et al. (2022), som lyfter fram sjuksköterskans ansvar i att stödja patienternas autonomi och individuella behov i hemvården, vilket även Socialstyrelsen (2023) betonar som en grund för god vård. Resultaten i denna studie visar att när patienter involverades i beslut om symtomhantering och vårdens utformning kände de sig mer delaktiga, vilket minskade deras ångest och gav patienterna en starkare känsla av självbestämmande. Detta stärker tidigare fynd av Hofmeister et al. (2018), som också visade att autonomi och delaktighet är avgörande för att upprätthålla värdighet och trygghet hos patienter i livets slutskede. Patienternas möjlighet att påverka sina vårdbeslut kan även diskuteras i relation till existentialism. Existentialismen, som betonar individens frihet och ansvar, ger en djupare förståelse för vikten av autonomi och självbestämmande i livets slutskede. I denna kontext innebär autonomi inte bara att ta beslut om den dagliga vården, utan också att bevara sin identitet och värdighet trots de ofrånkomliga yttre omständigheterna och sjukdomens framfart. Detta existentiella perspektiv ger en djupare förståelse för varför autonomi och självbestämmande är så avgörande i vården av patienter vid livets slut. Liknande resultat har rapporterats av Oosterveld-Vlug et al. (2019), där patienternas upplevelse av autonomi stärktes genom tydlig och proaktiv kommunikation från vårdpersonal, vilket även minskade stressen hos anhöriga. Detta gav patienterna möjligheten att fortsätta vara subjektiv i sina egna liv, snarare än att reduceras till objekt för vården. Denna förstärkta känsla av autonomi bidrog även till ökad livskvalitet, i linje med resultaten från Hardeland et al (2022) och Gesell et al. (2023), som båda betonar vikten av individuellt anpassad vård i hemmet.

Miljön i hemvården spelar också en viktig roll för att främja autonomi och trygghet hos patienter. I denna studie framkom att hemmet upplevdes som en trygg miljö där patienterna kunde behålla en viss grad av självständighet och normalitet, trots sjukdomens progressiva försämring. Detta kan kopplas till Florence Nightingales teori om miljöns betydelse för hälsa och återhämtning, där hon betonade att en ren och hälsosam miljö hjälper patientens självläkning (Björkman et al., 2019). I denna studie gav hemmet patienterna en känsla av trygghet och stabilitet, något som också överensstämmer med Ranheims (2022) bredare syn på miljön som inte bara fysiskt utan också socialt och kulturellt betydelsefull. Genom att få vård i hemmet kunde patienterna upprätthålla en känsla av kontinuitet och normalitet, vilket stödjer både deras fysiska och psykiska välbefinnande. Detta stärker Gessell et al. (2023), som lyfter fram hur en vårdmiljö anpassad till patientens behov förbättrar livskvaliteten. Denna syn på miljön som en helhetsupplevelse som stödjer välbefinnande överensstämmer också med Hardeland et al. (2022), som betonar att en vårdmiljö som anpassas efter patientens individuella förutsättningar kan bidra till att förbättra livskvaliteten. I denna studie visade resultatet att patienter som vårdades i hemmet upplevde en ökad trygghet genom att de kunde påverka sin vårdmiljö, såsom införandet av medicinsk utrustning som underlättade deras dagliga liv. Denna möjlighet att justera hemvårdens fysiska och sociala miljö gjorde att patienterna kände sig mindre beroende och mer självständiga. Detta knyter an till Nightingales teori om hur miljön, när den anpassas efter individuella behov, kan främja hälsa och välbefinnande (Björkman et al., 2019).

En annan viktig aspekt av studiens resultat var betydelsen av empatisk och individanpassad vård, vilket kan relateras till begreppet vårdrelation. Enligt Eriksson (2018) och Watson (2012) är en vårdrelation inte bara en professionell interaktion, utan en djup och meningsfull relation där sjuksköterskan ser patienten som en hel person med unika behov och upplevelser. I denna studie framkom det att när vårdpersonalen var lyhörd och visade omtanke, kände patienterna en starkare känsla av trygghet och tillit till vårdprocessen. Detta stämmer överens med Watsons (2012) syn på att vårdrelationen är central för att skapa en känsla av säkerhet och värdighet hos patienten, särskilt i palliativ vård. När vårdpersonalen byggde en nära relation med patienterna, kunde de också bättre möta både deras fysiska och emotionella behov, vilket förbättrade patienternas livskvalitet. Denna typ av vårdrelation, där empati och genuin omtanke står i centrum, speglar Bergs (2019) betoning på vikten av

kommunikation och lyhördhet i vårdrelationen. Genom att förstå patienternas unika situation och vara närvarande i vårdprocessen, kunde sjuksköterskorna inte bara lindra fysiska symtom utan också erbjuda emotionellt och socialt stöd. Närvaro i vårdrelationen, där både fysiska och emotionella aspekter tas i beaktande, möjliggör en holistisk vård som tar hänsyn till patientens hela livssituation, vilket Watson (2012) lyfter fram som avgörande för att upprätthålla livskvalitet och värdighet.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar i att säkerställa att vården är både patientcentrerad och värdig framkommer också som en central del i resultaten. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2023) är det sjuksköterskans ansvar att skapa en vårdmiljö som anpassas till patientens individuella behov och bygga en vårdrelation som bygger på empati och förtroende. Denna studie visar tydligt att sjuksköterskorna spelade en avgörande roll i att säkerställa att patienternas autonomi respekterades och att vården utformades i enlighet med deras önskemål och behov. Detta är i linje med Erikssons (2018) och Watsons (2012) teorier om att vårdrelationen inte bara handlar om att ge vård, utan också att bekräfta patientens livshistoria och upplevelser, vilket är avgörande för att skapa en meningsfull vårdupplevelse. Sjuksköterskans förmåga att bygga en stark vårdrelation genom att vara närvarande och empatisk bidrog även till att minska patienternas ångest och oro inför döden, vilket är en central del av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2023). Denna närvaro möjliggjorde för sjuksköterskan att arbeta med en holistisk vårdmodell, där både fysiska och emotionella aspekter integrerades i vården, och där patientens livskvalitet och värdighet stod i fokus. Detta förstärker vikten av att vårdpersonal har både den professionella kompetensen och det emotionella engagemanget för att kunna möta patienternas behov på ett helhetsmässigt sätt, särskilt i hemvårdssituationer där vårdmiljön måste anpassas och vårdrelationen fördjupas.

Trots de positiva erfarenheterna av omvårdnad i hemmet som framkom i studiens resultat, finns det vissa aspekter som kan gå emot denna övervägande positiva bild. En utmaning som lyfts fram i flera studier, bland annat av Hofmeister et al. (2018), är bristen på samordning och informationsöverföring mellan olika vårdinstanser, vilket kan leda till att patienterna och deras anhöriga inte alltid får det stöd de behöver i tid. Detta visar på att hemvård inte alltid fungerar optimalt, särskilt i mer komplexa vårdssituationer. Vidare har anhöriga uttryckt osäkerhet kring sitt ansvar och den vård de förväntas ge i hemmet. Enligt Oosterveld-Vlug et al. (2019) känner många anhöriga att de inte är tillräckligt förberedda eller har tillräcklig kunskap för att hantera situationer som uppstår, vilket kan leda till stress och känslor av otillräcklighet. Detta går emot den positiva bilden av trygghet i hemvård och understryker vikten av att ge anhöriga tillräckligt stöd och vägledning. Dessutom visar Heydari et al. (2019) att hemvård ibland kan innebära en betydande börda för både patienter och deras familjer, särskilt när tillgången till stöd och avlastning är begränsad. Detta pekar på behovet av ett starkare formellt stöd för att hantera de känslomässiga och praktiska påfrestningarna som hemvård kan innebära. Slutligen framhåller Hofmeister et al. (2018) att tillgången till palliativ vård i hemmet inte alltid är jämlik, och att geografiska och socioekonomiska skillnader kan påverka både vårdkvaliteten och patienternas upplevelser. Detta visar på en ojämlikhet i vården som inte alltid reflekteras i de positiva upplevelserna av hemvård.

SLUTSATSER

Denna studie visar att cancerpatienters erfarenheter av omvårdnad i hemmet vid livets slutskede präglas av möjligheten att delta i beslutfattandet och den individanpassade vården, vilket bidrar till en ökad känsla av autonomi, trygghet och värdighet. Specifikt framkom att när patienter involverades i

beslut om symtomhantering och vårdmiljön kunde de bibehålla en känsla av kontroll och identitet, vilket även minskade deras ångest och oro. För att förbättra vården bör sjuksköterskor fokusera på att stärka patienternas självbestämmande och säkerställa tillgång till kontinuerligt stöd i hemmet. Detta är särskilt viktigt eftersom det bidrar till ökad livskvalitet samt minskar lidande under sjukdomens sista fas. En praktisk tillämpning av resultaten är att skapa strukturer som stödjer individuella vårdbehov och främjar ett nära interprofessionellt samarbete mellan olika professioner som arbetar i hemvård, såsom läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer. Varje profession inom vårdteamet bidrar med sin specifika expertis, vilket gör det möjligt att erbjuda en mer sammanhängande och holistisk vård som täcker patientens fysiska, emotionella, sociala och även andliga behov. Detta samarbete stärker sjuksköterskans möjlighet att justera omvårdnaden kontinuerligt för att bättre svara på patientens föränderliga situation och behov, vilket i sin tur kan skapa ett större lugn och trygghet för både patienter och deras anhöriga. Ett välfungerande team minskar också risken för att någon aspekt av vårdens förbises, vilket gör vården mer effektiv och bidrar till att lindra bördan på närstående, som ofta spelar en central roll i hemvården. För framtida forskning rekommenderas att undersöka hur digitala lösningar och teknologier kan integreras för att ytterligare förbättra omvårdnaden i hemmet för cancerpatienter i livets slutskede. Sådana lösningar kan möjliggöra effektivare kommunikation mellan vårdteamet och patienten, förbättra omvårdnaden i hemmet för cancerpatienter i livets slutskede. Sådana lösningar kan möjliggöra effektivare kommunikation mellan vårdteamet och patienten, förbättra symtomhantering och stärka tillgången till vård. Det är också relevant att undersöka hur olika kulturella och socioekonomiska faktorer påverkar omvårdnaden i olika hemmiljöer, då dessa faktorer kan ha stor inverkan på patientens upplevelse och tillgång till vård i hemmet.

REFERENSER

Resultat artiklar märkta med *

Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J. & Rasmussen, B. H. (2019). Omvårdnad i livets slut. I A.-K. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3. uppl., s. 707–740). Studentlitteratur.

Berg, L. & Lepp, M. (2022). Den vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & M. ASP (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (3. uppl., s. 377 - 392). Studentlitteratur

Braun, V & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

* Driller, B., Maienborn, C., Aasen, E. M., Kolstrøm, A., Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E., & Brenne, A.-T. (2024). Normality and compassionate care: Experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Primary Care*, 25, 245. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02499-x>

Hardeland Hjelmeland, I. H., Drageset, J., Nordvik, O & Grov Beiseland, E., (2022). Quality of life in home-dwelling cancer patients aged 80 years and older: a systematic review. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*, 20, 154 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02070-1>

Helsingforsdeklarationen. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*.

Hofmeister, M., Memedevovich, A., Dowsett, L. E., Sevick, L., McCarron, T., Spackman, E., Stafinski, T., Menon, D., Noseworthy, T., & Clement, F. Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliative Care*, 17, (41) <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0299-z>

International Council of Nurses. (2021). *Ethics and palliative care*. Hämtad 9 september 2024 från: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

*Ivzori Erel, A., Cohen, M. (2021). 'No place like home?' A qualitative study of the experience of sense of place among cancer patients near the end of life. *Health and Social Care in the community*. 30(4) <https://www.doi.org/10.1111/hsc.13526>

*Jack, B. A., Mitchell, T. K., Cope, L. C., & O'Brien, M. R. (2016). Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: A qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2162–2172. DOI: [10.1111/jan.12983](https://doi.org/10.1111/jan.12983)

Johansson, H., Henriksson, R., & Nilbert, M. (2023). *Cancersjukdomar*. 1 upplagan. Studentlitteratur.

*Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J., & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. *European journal of cancer care*, 27(6), e12948. <https://doi.org/10.1111/ecc.12948>

*López-Salas, M., Yanes-Roldán, A., Fernández, A., Marín, A., Martínez, A. I., Monroy, A., Lapena, V. & Fernández, B. (2024). End-of-life care needs in cancer patients: A qualitative study of patient and family experiences. *BMC Palliative Care*, 23, 157. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>

*Nysæter, T. M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R., & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase: A grounded theory study. *BMC Palliative Care*, 21, 49. [https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y​::contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y​::contentReference[oaicite:7]{index=7}).

Oosterveld- Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, L. (2019). What are essential elements of high- quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18, (96) <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen. (2023). *Cancer i siffror: populärvetenskapliga fakta om cancer 2023*. Hämtad 13 mars 2024 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/cancer-i-siffror-2023.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Hälso- och sjukvård I hemmet: kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering*. Hämtad 14 mars 2024 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Utveckling av den statligt nationella samordningen och uppföljningen av cancervården*. Hämtad 17 mars 2024 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-9-7542.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 20 september 2024 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) – modell för kvalitetsgranskning av palliativ vård*. <https://www.sbu.se/sv/>

*Staats, K., Grov, E. K., Husebø, B. S., & Tranvåg, O. (2020). Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home. *Health Care for Women International*, 41(9), 1036–1058. [https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797035​::contentReference\[oaicite:9\]{index=9}](https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797035​::contentReference[oaicite:9]{index=9}).

World Health Organization (2022). *Cancer*. Hämtad 15 mars 2024 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (2024) *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. Hämtad 1 september 2024 från <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

*Liu, X., Liu, Z., Zheng, R., Li, W., Chen, Q., Cao, W., Li, R., & Ying, W. (2021). Exploring the needs and experiences of palliative home care from the perspectives of patients with advanced cancer in China: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 4949-4956. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06037-8>

BILAGOR

BILAGA 1. Sökmatrix CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 3/12-2024 S1	Cancer AND Patient	Inga	306,157	0	0	0	0	.
CINAHL 3/12-2024 S2	End-of-life care OR Palliative care OR Hospice care	Inga	54,873	0	0	0	0	.
CINAHL 3/12-2024 S3	Cancer AND Patient AND Experience	Inga	26,275	0	0	0	0	.
CINAHL 3/12-2024 S4	S1 AND S2 AND S3	- Publicerade mellan 2015-2024 - Skrivna på Engelska - Peer reviewed - Tillgänglig fulltext - All adult	215	215	61*	15**	4***	#1, #2, #3, #4

* 154 titlar framgick att dem hade sjukvårdpersonalens perspektiv där patienternas erfarenheter inte framkom

** 46 artiklar hade kvantitativ design

*** 11 artiklar besvarade inte studiens syfte

BILAGA 2. Sökmatris PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 3/12-2024 S1	Cancer AND Patient	Inga	2 162,703	0	0	0	0	.
PubMed 3/12-2024 S2	End-of-life care OR Palliative care OR Hospice care	Inga	185,027	0	0	0	0	.
PubMed 3/12-2024 S3	Cancer AND Patient AND Experience	Inga	125,443	0	0	0	0	.
PubMed 3/12-2024 S4	S1 AND S2 AND S3	- Publicerade mellan 2025- 2024 - Skrivna på Engelska - Tillgänglig fulltext - All adult	249	249	34*	20**	4***	#8, #9, #10, #11

* 216 artiklarna handlade om sjukvårdpersonalens perspektiv

** 16 Artiklar hade kvantitativ design

BILAGA 3. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
Driller B. et al. 2024 BMC Primary Care Norge	Normality and compassionate care: experiences from advances cancer patients in their last time at home	To acquire insights into the experiences of advanced seriously ill cancer patients at home while undergoing palliative treatment and engaging in advanced care planning (ACP) in primary healthcare settings	Design: Kvalitativ intervjustudie Urval: 12 patienter med avancerad cancer, förväntad livslängd under tre månader, bosatta i ett avgränsat geografiskt område i Norge Datainsamling: Semistrukturerad intervjuer Analys: Reflexiv tematisk analys	Att bevara en känsla av normalitet hemma tillsammans med viljan att stanna hemma så länge som möjligt är ett viktigt mål för patienter med avancerad cancer. En konsekvent professionell kommunikation och vård inom primärvården spelar en nyckelroll i att bygga och upprätthålla förtroende samt att skapa en känsla av säkerhet och kontroll för deltagarna	Högkvalitet

<p>Ivzori E. et al. 2022 Health & Social Care in the community Izrael</p>	<p>'No place like home?' A qualitative study of the experience of sense of place among cancer patients near the end of life</p>	<p>To explore the experience of a sense of place among individuals at the end of life receiving care at home or in hospital</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk ansats Urval: 20 patienter med avancerad cancer (stadium 4) med livslång 6 månader eller mindre, uppdelade mellan hemvård och sjukhusvård Datinsamling: Semi-strukturerade djupintervjuar Analys: Tematisk analys</p>	<p>Resultaten visade att cancerpatienter nära livets slut skapade komplexa relationer med sina kroppar och omgivningar. Känslan av att vara "hemma" ändras när sjukdomen försämrar deras fysiska tillstånd och dem upplever en skiftande känsla mellan att vara hemma och på sjukhus</p>	<p>Högkvalitet</p>
<p>Jack et al. 2016 Journal of advanced nursing Storbritanien</p>	<p>Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care</p>	<p>To explore patients' and family caregivers' experiences and perceptions of hospice at home care</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie Urval: 41 deltagare (16 patienter och 25 vårdgivare) som mottog Hospice at Home-vård minst tre gånger. Datinsamling: semistruktuerad intervjuer Analys: Tematisk analys</p>	<p>Studie fann att Hospice at Home- tjänsten hade positive inverkan på både patienter och deras vårdgivare. Genom att ta hem hospisvård till patienternas hem kunde de stödjas både fysisk och psykisk, vilket ökade deras möjlighet att dö hemma enligt deras önskemål</p>	<p>Högkvalitet</p>
<p>Klarare A. et al. 2017</p>	<p>Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced</p>	<p>To describe patients' and family caregivers' experiences of</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie</p>	<p>Att specialiserade palliativa vårdteam kan möta patienters och närståendes behov genom att</p>	<p>Högkvalitet</p>

Wiley European journal of cancer care Sweden	cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams	specialist palliative home care team actions.	Urval: 13 deltagare (6 patienter och 7 familj vårdgivare) Datainsamling: Individuella intervjuer Analys: Tematisk analys	tillhandahålla resurser, hålla löften och skapa samarbeten. Att vara pålitliga och involvera patienter och närstående i samarbete bidrar till att underlätta vardagen.	
Liu et al. 2021 Supportive Care in Cancer China	Exploring the needs and experiences of palliative home care from the perspectives of patients with advanced cancer in China: a qualitative study	To explore the needs and experiences of palliative home care among patients with advanced cancer in China	Design: Kvalitativ intervjustudie Urval: 15 patienter Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Kvalitativ tematisk analys	Studien fann att patienter behöver hantera sina symtom, förlänga livet så länge som möjligt, få socialt stöd, bli respekterade, upprätthålla frid samt få mer information om sjukdomen och vård i hemmet	Högkvalitet
Lopez-Salas et al. 2024 BMC Palliative Care Spain	End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experience	To explore the unmet needs of cancer patients at the end of life and the needs of their family caregivers through semi-structured interviews.	Design: Kvalitativ intervjustudie Urval: 15 deltagare av vilka 3 var patienter med cancer i slutstadiet och 12 vårdgivare Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	Bristen på stöd, information och transparens under en period av stor sårbarhet försvårar livets slutskede för cancerpatienter	Högkvalitet

<p>Nysaeter et al. 2022 BMC Palliative Care Norge</p>	<p>Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study</p>	<p>To explore the preferences for home care over time to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Urval: 9 vuxna patienter (7 män och 2 kvinnor) med cancer i sena palliativa fas som bodde hemma och hade önskan att dö hemma</p> <p>Datainsamling: Individuella intervjuer</p> <p>Analys: grundat teori</p>	<p>Patientens önskan att dö hemma var stabil över tid oavsett försämrad hälsa och sjukdomsprogression. För att möjliggöra detta krävdes vårdpersonal med kompetens och medkänsla.</p>	<p>Högkvalitet</p>
<p>Staats et al. 2020 Health Care for Women International Norge</p>	<p>Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home</p>	<p>To develop a new knowledge foundation for dignity-preserving palliative care practices within the municipal healthcare services among older women living with incurable cancer at home.</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie med explorative och beskrivande design</p> <p>Urval: 11 äldre kvinnor som bott hemma med obotlig cancer</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade djupintervjuer</p> <p>Analys: Kvalitativ tematisk analys</p>	<p>Studien identifierade tre huvudteman gällande frågor om känslan av plats i livets slutskede.</p>	<p>Högkvalitet</p>



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besøksadress Hølsøvøgen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se