

Kristina Dorthea Nordstrand og Lisa Langø
Furnes

Erfaringer i palliasjon til kreftpasienter

- Et sykepleieperspektiv

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2022

Kristina Dorthea Nordstrand og Lisa Langø Furnes

Erfaringer i palliasjon til kreftpasienter

- Et sykepleieperspektiv

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å utforske erfaringer sykepleiere har i palliativ omsorg for kreftpasienter.

Metode: Systematisk litteraturstudie, basert på åtte kvalitative forskningsartikler funnet ved systematisk søk i databasene Cinahl Complete og Svemed+.

Resultat: Sykepleiere erfarer at palliasjon til kreftpasienter må tilpasses den enkelte pasients individuelle behov og ønsker. Kommunikasjon og samtale med pasient står fram som sentralt for å imøtekomme pasienten på en helhetlig måte. Symptomlindring er grunnleggende i den palliative pleien til kreftpasienter, da symptomspesketet er bredt, og symptomer av fysisk, psykisk, sosiale og åndelig karakter må kartlegges og lindres. Å tilnærme seg pasientens åndelige behov oppleves som utfordrende, men helt nødvendig.

Konklusjon: Resultatene indikerer at tverrfaglig samarbeid og erfarent helsepersonell kan bidra til å sikre en individuell tilpasning av den palliative behandlingen. Sykepleiere erfarer at palliasjon for kreftpasienter omfatter en bred tilnærming til pasienten, der individuell tilpasning av sykepleien ansees som sentralt. Kommunikasjon og samtale fremstår som en forutsetning for å kunne inkludere pasientens ønsker og behov i det palliative forløpet, samt å bidra til at pasienten ikke føler seg alene i kreftsykdommen. God omsorg og lindring omtales som grunnleggende, dette innebærer at fysiske, psykiske, sosiale og åndelige symptomer ivaretas. Sykepleiers evne til oppmerksomt nærvær erfares som nødvendig, da dette kan skape rom for at pasientens åndelige behov kommer til syne.

Abstract

Aim: The aim of this systematic literature study is to explore the experiences of nurses in palliative care for cancer patients.

Method: Systematic literature study, based on eight qualitative research articles found by systematic search in the databases Cinahl Complete and Svemed +.

Result: Nurses experience that palliative care for cancer patients must be adapted to the individual patient's own needs and wishes. Communication and conversation with the patient is central to accommodating the patient in a holistic manner. Symptom relief is fundamental in the palliative care of cancer patients, where the spectrum of symptoms is wide and symptoms of a physical, mental, social and spiritual nature must be identified and alleviated. Approaching the patient's spiritual needs is perceived as challenging, but absolutely necessary.

Conclusion: The results indicate that an interdisciplinary collaboration and experienced health personnel can help to ensure an individual adaptation of the palliative treatment. Nurses experience that palliative care for cancer patients includes a broad approach to the patient, where individual adaptation of nursing is considered central. Communication and conversation appear to be necessary if being able to include the patient's wishes and needs in the palliative process, as well as to contribute to the patient not feeling alone in the cancer disease. Good care and relief are referred to as basic, this means that physical, mental, social and spiritual symptoms are taken care of. The nurse's ability to pay attention is experienced as necessary, as this can create room for the patient's spiritual needs to become apparent.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært lærerikt, og gitt oss erfaringer vi vil bringe videre ut i arbeidslivet som sykepleiere.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder, Janne-Rita Skår, som har støttet og veiledet oss gjennom prosessen med gode og ærlige tilbakemeldinger.

Ålesund, mai 2022.

Kristina Dorthea Nordstrand og Lisa Langø Furnes

Innhold

1	Innledning.....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	11
1.2	Hensikt med oppgaven og problemstilling	12
1.3	Begrepsavklaringer	12
1.4	Avgrensinger.....	12
1.5	Oppgavens videre oppbygging	13
2	Teoribakgrunn	14
2.1	Kreftsykdom	14
2.2	Palliasjon.....	14
2.3	Omsorgsteori	15
3	Metode	16
3.1	Datainnsamling	16
3.1.1	Søkestrategi.....	16
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.1.3	Kvalitetsvurderinger	17
3.1.4	Etiske hensyn	18
3.2	Analyse	18
4	Resultat.....	20
4.1	Sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling	20
4.2	Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon	21
4.3	Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring	21
4.4	Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg	22
5	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon.....	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling	25
5.2.2	Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon	26
5.2.3	Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring	28
5.2.4	Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg	29
6	Konklusjon	32
	Referanser	33
	Vedlegg 1 : PEO-skjema.....	37
	Vedlegg 2 : Søkehistorikk.....	38
	Vedlegg 3 : Oversikt over resultat	41
	Vedlegg 4 : Litteraturnmatriser	42

Antall ord: 8789

1 Innledning

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie som undersøker sykepleiers erfaringer i møte med palliasjon for kreftpasienter. I første kapittel presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven, problemstillingen, begrepsavklaringer, avgrensninger, og avslutter med en presentasjon av oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er en utbredt sykdomsgruppe som berører mange. De fleste kjenner til noen som har eller har hatt kreft. I 2020 var det i følge kreftregisteret (2021) 35.515 mennesker i Norge som fikk kreft, noe som er en økning fra året før. Den årlige kreftrapporten, *Cancer in Norway*, legger frem at det ved utgangen av 2020 var 305.503 mennesker som enten lever med kreft, eller har hatt kreft (Kreftregisteret, 2020, s. 2). Dette er over 90.000 flere enn for ti år siden (Kreftregisteret, 2021). Selv om det er en økning i antall krefttilfeller, er det stadig flere som blir friske og lever med god livskvalitet etter kreft. Overlevelsen øker som følge av forebygging, tidligere diagnostisering og et bredere utvalg i behandlingsmåter. Til tross for dette er det likevel en betydelig stor del av nordmenn som dør av kreft årlig, og så mange som 10 981 mennesker døde av kreft i Norge i 2020 (Kreftregisteret, 2021).

Fokus på palliasjon for kreftpasienter har økt de siste årene, og palliasjon har fått en formell forankring i den offentlige helsetjenesten i Norge (Meld. St. 24 (2019–2020, s.15). Helsetjenesten har ansvar for å gi behandling og omsorg til syke, fra diagnose stilles, gjennom hele sykdomsforløpet og ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2015, s.3). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer setter fokus på at man som sykepleier har ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (NSF, 2019). Palliasjon bør ifølge Stortingsmelding 24 (2019–2020, s.11) gis til alle som har behov for det, og det er en økende forståelse av at tjenesten bør gis tidlig i sykdomsforløpet. I følge nasjonalt handlingsprogram i palliasjon for kreftomsorgen, skal palliasjon bidra til best mulig livskvalitet og et verdig liv gjennom den palliative behandlingen (Helsedirektoratet, 2019, s.11).

Palliasjon for kreftpasienter utøves på alle nivåer av helsetjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og i palliative enheter, men også i stor grad utenfor disse (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Sykepleier er gjerne den som daglig har kontakt med den palliative pasienten, og er involvert både emosjonelt og praktisk gjennom sykdomsforløpet. I følge helsepersonelloven(1999, §4) skal sykepleier alltid utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og yte omsorgsfull hjelp, noe som fordrer at sykepleier er kvalifisert til å møte palliasjon. Å jobbe med døende pasienter kan utfordre også på det personlige plan, og en må forberede seg på å kjenne på egen sårbarhet i pleien (Kalfoss, 2017, s. 458).

I denne systematiske litteraturstudien har vi fokus på sykepleiers erfaringer i møte med palliativ behandling til kreftpasienter, og ønsker med det å øke kunnskap og forståelsen rundt temaet.

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Oppgavens hensikt er å belyse erfaringer til sykepleiere i palliativ behandling til kreftpasienter. Kunnskap rundt dette kan bidra til å bedre den palliative omsorgen slik at pasienter med kreft får en så verdig avslutning på livet som mulig.

Oppgavens problemstilling:

Hvordan erfarer sykepleier å arbeide med palliasjon til pasienter med kreft?

1.3 Begrepsavklaringer

Kreft :

Kreft er en potensiell dødelig sykdom som oppstår når en celle på grunn av en skade eller feil har begynt å dele seg ukontrollert. Den ukontrollerte celledelingen kan føre til en opphoping av celler som danner en kreftsvulst. Cellene som dannes kan ikke utføre de samme oppgavene som friske celler gjør, og de har egenskapene til å spre seg og vokse seg inn i omkringliggende vev. (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399)

Palliasjon :

“Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.” (WHO´s definisjon, hentet fra Norsk legeforening, 2004, s. 8).

1.4 Avgrensinger

I denne oppgaven belyser vi problemstillingen vår fra et sykepleieperspektiv, og vil fokusere på sykepleierens rolle i arbeidet med palliasjon, ikke annet helsepersonell. Pasient- og pårørendeperspektiv utelukkes. Vi har valgt å fokusere på palliasjon til kreftpasienter generelt, og har ikke spesifisert til et behandlingssted eller en spesifikk kreftdiagnose. Oppgaven vil ikke omhandle kreftomsorg til barn eller unge.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel 2 presenteres relevant teori om det aktuelle temaet, før det i kapittel 3 redegjøres for datainnsamling og analysen av det inkluderte materialet. I kapittel 4 presenteres sentrale funn fra analysen som belyser problemstillingen. Kapittel 5 omfatter metodediskusjon og resultatdiskusjon før det avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet legges det frem relevant teori om temaet. Denne delen omhandler dermed kreft, palliasjon og omsorgsteori.

2.1 Kreftsykdom

Kroppen vår består av utallige celler, og det produseres hele tiden nye i takt med de som naturlig dør. Denne formeringen skjer vanligvis ved celledeling. Ved kreft har det oppstått en feil slik at denne celledelingen skjer ukontrollert. Kreftcellene oppfører seg ulikt de friske cellene, og kan også vokse seg inn i annet vev, eller spre seg via blod eller lymfesystemet. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert kan det hopes opp med celler og dannes tumorer (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Man skiller mellom godartede og ondartede tumorer, men det er de ondartede tumorene som omtales som kreft, og kan være en potensielt dødelig sykdom (Bertelsen et al., 2016, s.128). Fra cellen begynner å dele seg ukontrollert til en svulst er stor nok til å oppdages kan det ta opp til 20 år, men andre ganger skjer celledelingen raskt (Lorentsen & Grov, 2017, s.399).

Det finnes flere behandlingsformer ved kreft, og da kreft kan ramme alle deler av kroppen, avhenger behandlingen av lokalisasjon og krefttype. Vanligste behandlingsformer er kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling, enten i kombinasjoner eller hver for seg (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Mange av de pasientene som har langtkommen sykdom har flere plager, både direkte symptomer forårsaket av krefttypen de er rammet av, som smerter eller kvalme, men også bivirkninger, som obstipasjon av medikamentell behandling eller indirekte plager som angst eller depresjon kan være en følge av kreftsykdommen (Kaasa & Loge, 2016 s. 47).

Kreftsykdommen har kommet til en palliativ fase når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, og målet med behandlingen endres fra helbredende, til livsforlengende, symptomlindrende og best mulig livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 423)

2.2 Palliasjon

Når en diagnose er stilt er det vanlig å starte behandling med kurativt mål hos mange pasienter, hvis denne behandlingen ikke er vellykket går man over til palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 44-45). Ordet Palliasjon omfatter både pleie, omsorg og behandling og kan forklares som lindrende behandling til pasienter med kort forventet levetid. Målet for den lindrende behandlingen skal være å bedre, opprettholde eller

tilrettelegge for at pasienter og deres pårørende skal ha så god livskvalitet som mulig (Kaasa & Loge, 2016, s. 35-36).

I den palliative behandlingen står symptomlindring sentralt, og den skal være rettet mot fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Norsk legeforening, 2004, s.8). Når pasienten har kommet til livets slutfase, betegnet som palliativ fase, kan pasientene ha sammensatte og komplekse behov og symptomer. Det vil ofte være behov for å lindre flere symptomer i sammenheng, da de kan oppstå i grupper, eksempelvis; tungpusthet, fatigue og angst. Siden pasientens symptomer forandrer seg i en palliativ fase vil det være nødvendig å ha oversikt slik man kan se dem i sammenheng, og utviklingen over tid (Lorentsen & Grov, 2017, s.425).

For å oppnå god palliativ behandling kreves godt samarbeid mellom instansene som innebærer klare grenser, oppgavefordeling, samt avtaler for å oppnå tilfredsstillende dokumentasjon (Kaasa & Loge, 2016, s. 42). Man er avhengig av en god plan og at de nødvendige tiltakene blir igangsatt til rett tidspunkt i pasientforløpet (Kaasa & Loge, 2016, s. 43). Behandlingen som gis skal være pasientorientert, og det legges vekt på at pasientene i størst mulig grad blir inkludert i beslutninger som omhandler pleien (Kaasa & Loge, 2016, s. 46).

2.3 Omsorgsteori

Begrepet omsorg står sentralt i sykepleien, og sykepleieryrket blir gjerne omtalt som et omsorgsyrke. I sykepleier Kari Martinsens omsorgsfilosofi er omsorg, nestekjærlighet og moral sammenvevd, og det bemerkes at omsorg ikke er det samme som sykepleie, men at omsorg har essensiell betydning for å ivareta moralen når man utøver sykepleie (Austgard, 2007, s. 19).

Kari Martinsen legger frem omsorg som et begrep som er forbundet med å hjelpe, og å ta hånd om, følelsen av å stå andre nær. Hun forteller at omsorg er et relasjonelt begrep som bygger på at mennesker er avhengig av hverandre uten at dette står i en motsetning til selvhjulpenhet. Denne avhengigheten inngår i alle menneskelige forhold, på ulike måter (Martinsen, 2003, s.14-15). Et annet særtrekk ved omsorg er det praktiske begrepet som bygger på ansvaret man har ovenfor den svake. Vi er alle avhengig av hverandre og bør handle slik at man hjelper den andre uten at begrunnelsen for handlingen er å få noe igjen eller å oppnå et resultat (Martinsen, 2003, s.15-16). Omsorg har også en moralsk side, hvor det er fokus på hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, det er kvaliteten i relasjonen som er viktig. En må handle ut ifra prinsippet om ansvaret for den svake, og kunne identifisere seg med den andre, tenke seg at rollene kunne vært ombyttet (Martinsen, 2003, s.17). Videre hevdes det at omsorgsmoral må læres gjennom erfaringer og oppdragelse til godhet, og vi lærer ut ifra det vi erfarer som verdifullt.

3 Metode

En systematisk litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenstille relevant litteratur innen et valgt problemområde (Førsberg og Wengström, 2015, s. 30). I dette kapittelet presenteres metoden som ble brukt i dette systematiske litteratursøket. Deretter kommer en beskrivelse av analysen av datamaterialet og tilhørende presentasjon av hovedtemaer.

3.1 Datainnsamling

I følge Førsberg og Wengström (2015, s.119) innebærer datainnsamlingen innsamling og systematisering av kunnskap, med mål om nå dypere forståelse av et problem.

3.1.1 Søkestrategi

I følge Forsberg og Wengström (2015, s. 36) er problemstillingen selve utgangspunktet for forskningsprosessen, og bærer motivasjonen for å gjennomføre studien. Problemstillingen ligger også til grunn for utvalg av søkeord for litteratursøket. Et PICO-skjema er en strukturert metode som setter sammen søkestrategier ut fra en problemstilling (Forsberg og Wengström, 2015, s. 60). PICO står for **P**atient/**P**opulation, **I**ntervention, **C**ontrol og **O**utcome. Et alternativ som egner seg bedre for kvalitative problemstillinger er PEO, som står for **P**opulation, **E**xposure og **O**utcome (Forsberg og Wengström, 2015, s. 61). Et PEO-skjema ble utarbeidet, da problemstillingen har et kvalitativt fokus. Aktuelle søkeord for det videre søket ble funnet.

Søkeordene ble brukt i databasene Cinahl og Svemed+. Cinahl er spesialisert på sykepleieforskning, og Svemed+ inneholder bred dekning av helsefaglig forskning (Forsberg og Wengström, 2015, s. 68). I databasene ligger emneordslister som gir riktig søkeord for den enkelte databasen. Søkeordene ble tilpasset emneordslistene i hver database, og ble kombinert på ulikt vis. I følge Forsberg og Wengström (2015, s. 69) kan de boolske operatorene AND, OR og NOT brukes for å kombinere søk på en systematisk måte. AND ble brukt for å begrense søket, og få et smalere resultat. OR ble brukt for å inkludere flere studier, og for å få et bredere resultat. NOT begrenser søket, men ble ikke brukt i denne søkeprosessen.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier skal hjelpe forfatter å avgjøre hvilke artikler som skal inkluderes i en studie (Forsberg og Wengström 2015, s. 174). I søket ble det valgt å utelukkende søke etter artikler som var fagfellevurdert. Søket begrenset til tidsrommet 2012-2022, for å unngå utdatert forskning. Vår studie handler om sykepleiers erfaringer, dermed ble det utelukkende inkludert artikler med sykepleieperspektiv. Et annet kriterium var at artiklene måtte være på norsk, engelsk, svensk eller dansk, for at vi skulle kunne lese og forstå dem, og at de måtte ha en tydelig IMRaD-struktur.

Flere artikler ble med dette bakteppet ekskludert. Artikler med pårørende- eller pasientperspektiv ble ikke tatt med. I tillegg ble artikler som ikke var fagfellevurdert utelukket. Vi ekskluderte artikler på språk vi ikke mestret, samt artikler som var publisert før 2012 og artikler uten tydelig IMRaD-struktur.

3.1.3 Kvalitetsvurderinger

Med nevnt søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble det funnet flere artikler i databasene. Overskrifter og abstrakt ble lest, og artikler som tilsynelatende belyste vår problemstilling, ble lagret for videre vurdering. Artiklene ble ytterligere vurdert med hensyn til kvalitet og relevans. Forsberg og Wengström (2015, s 104) sier at hver artikkel bør kvalitet-vurderes enkeltvis.

Etter det første utvalget av artikler, stod det frem 18 aktuelle artikler. Oppgaven har et kriterium på åtte artikler, så de 18 ble videre vurdert for å gjøre et utvalg. Kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og undersøke menneskers subjektive forståelse av omverdenen, og understreker menneskers opplevelse av et fenomen (Forsberg og Wengström, 2016, s. 44). Kvantitativ forskning utgår derimot fra aksepterte prinsipper og teorier, forskeren har en objektiv tilnærming med et distansert forhold til studieobjektet, og resultatene presenteres ofte som tabeller og diagram (Forsberg og Wengström, 2016, s. 42). Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleiers erfaringer, det ble dermed inkludert utelukkende studier med kvalitativt design.

Det ble sett på som en fordel at artiklene som ble inkludert var relevante for oppgaven både geografisk og kulturelt. Det ble i den sammenheng også ekskludert studier fra land med ulik kultur eller ulikt helsevesen fra Norge. Åtte artikler stod nå igjen og ble kvalitetssjekket med Forsberg og Wengström (2016, s. 203) sin kvalitative sjekklister. Her ble artiklene vurdert med hensyn til formulering av hensikt og problemstilling, deltakergruppe og utvalget av disse, metode for datasamling og analyse. Alle åtte artiklene ble godkjent.

For å vurdere kvaliteten på tidsskriftene som hadde publisert artiklene, ble Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste brukt. NSD undersøker om publiseringskanaler er av tilfredsstillende kvalitet, ved å angi nivå basert på kvalitet, der nivå 1 tilfredsstillende minimumskrav til vitenskapelighet, og nivå 2 er det høyeste en publiseringskanal kan oppnå (NSD, 2022). Sju av artiklene var vurdert til nivå 1 og én nivå 2.

3.1.4 Ethiske hensyn

I arbeidet med en systematisk litteraturstudie, må etiske retningslinjer overholdes (Försberg og Wenström, 2015, s. 59). Försberg og Wengström, 2015, s 132, sier at god etikk er viktig i all vitenskapelig forskning. Samtykke, anonymitet, frivillighet og informasjon blir sett på som viktige etiske hensyn. Det ble søkt etter informasjon i hver artikkel om hvorvidt etiske hensyn var tatt i studien, og alle studiene inneholdt en beskrivelse av dette. Alle artiklene var utført i tråd med etiske retningslinjer.

3.2 Analyse

En vitenskapelig analyse innebærer å dele opp det du undersøker i mindre deler, for så å undersøke delene hver for seg (Forsberg & Wengström, 2015, s.152). Videre skal det dannes en syntese, ved at de undersøkte delene settes sammen til en ny helhet. Man skaper altså noe nytt, ved at man bryter ned det man skal undersøke i mindre deler, undersøker dette hver for seg og setter det sammen på en ny måte.

I denne oppgaven brukes David Evans (2002) sin analysemodell for å gjennomføre en innholdsanalyse av de åtte artiklene. Evans (2002) presenterer fire trinn for å systematisk analysere det aktuelle materialet.

Evans´ (2002, s.25) første trinn handler om innsamling av data. Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk, som beskrevet under kapittel 3.1 *Datainnsamling*. Materialet som ligger til grunn for oppgaven ble samlet inn. Denne delen av analysen sikrer at et homogent utvalg av materiale til studien blir valgt (Evans, 2002, s.25)

I Evans´ (2002, s.25) andre trinn skal nøkkelfunn identifiseres. Artiklene ble lest flere ganger. På denne måten ble det skapt en helhetsforståelse av hver enkelt artikkel, og det ble nedskrevet en oversikt over nøkkelfunn for hver artikkel. I denne prosessen delte vi artiklene likt mellom oss, og analyserte hver våre fire artikler. Etter å ha gått gjennom alle artiklene og identifisert funn, byttet vi artikler, og gjentok prosessen.

Evans´ (2002, s.25) tredje trinn handler om å vurdere artiklenes innhold opp mot hverandre. Likheter og forskjeller i de ulike artiklene skal identifiseres i dette trinnet. Listen med nøkkelfunn ble gransket, og det ble søkt etter tema og funn som viste seg i flere av artiklene. Nøkkelfunnene ble delt inn i fire hovedkategorier, det ble på denne måten identifisert fire hovedtemaer på tvers av artiklene. Etter å ha identifisert hovedtemaer, opprettet vi et fargesystem, med en bestemt farge for hvert hovedtema. Nøkkelfunn fra alle artiklene ble merket med farge knyttet til hovedtema. Funn knyttet til hvert hovedtema ble så gransket og analysert, for å identifisere undertemaer til hvert hovedtema. I denne prosessen oppnår man en gradvis dypere forståelse av fenomenet man analyserer (Evans, 2002, s.25). Arbeidet resulterte i en tabell som inkluderte fire hovedtemaer hentet på tvers av artiklene, med tilhørende undertemaer.

I Evans´ (2002, s.25) fjerde og siste trinn, skal funnene fra analysen beskrive fenomenet, som i denne oppgaven er "sykepleiers erfaringer med palliasjon for

kreftpasienter". Funnene skal nå sammen til en ny helhet, presenteres som synteser som beskriver fenomenet på en ny måte. Funnene presenteres i oppgavens fjerde kapittel, resultatdelen, som "sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling", "sykepleier erfarer behov for kommunikasjon", "sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring" og "sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg". Se vedlagt tabell for systematisk oversikt over funn.

Gjennom analysen kom det fram at de fire hovedtemaene rommer hverandre på denne måten: Funnene viser at hovedfunnet "Sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling" rommer de øvrige funnene, ved at sykepleie tilpasset den enkelte innebærer kommunikasjon, symptomlindring og åndelige behov. Videre rommer hovedfunnet "Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon" både symptomlindring og åndelige behov. Hovedfunnet "Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring", rommer det siste hovedfunnet "Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg". Dette illustreres ved en figur, som vi har valgt å kalle "Palliasjonsregnbuen" :



4 Resultat

I dette kapittelet legges det frem sentrale funn etter analysen av det innsamlede materialet. Funnene presenteres under kategoriene *"Sykepleie erfarer behov for individuelt tilpasset behandling"*, *" Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon"*, *" Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring"* og *"Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg"*.

4.1 Sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling

Syv av de åtte studiene viser at sykepleierne er fokusert på den enkelte pasients individuelle behov ved den palliative behandlingen (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015, Tarberg, et al., 2020 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Sykepleierne er opptatt av at hver pasient har egne ønsker knytt til den siste tiden, og at det er viktig å gripe tak i disse ønskene og verdier for å kunne gi hver pasient god pleie (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Lorentsen et al., 2016 & Tarberg, et al., 2020). I studien til Henriksen (2015), Jeppsson et al. (2015), Lorentsen et al. (2016) og Zumstein-Shaha mfl., (2020) har sykepleierne en oppfatning av at respekt for den enkelte pasients ønsker og verdier, påvirker sykdomsforløpet på en positiv måte.

Henriksen et al., (2015) og Tarberg et al. (2020) anser en plan for det palliative forløpet som viktig. En plan burde, i følge samme studiene, være utarbeidet sammen med pasient og pårørende, og ta utgangspunkt i pasientens verdier og behov. I følge Henriksen et al., (2015) og Tarberg et al. (2020) vil en plan for det palliative forløpet hjelpe pasient og helsepersonell å være i forkant av utviklingen av sykdomsforløpet, og unngå å måtte ta raske avgjørelser.

Flere av studiene viser at tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og andre instanser, som lege, hjemmesykepleie, prest og andre yrkesgrupper er av betydning for sykepleierne i palliativ behandling (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Lorentsen et al., 2016 & Tarberg, et al., 2020). Molnes (2015) og Tarberg et al. (2020) påpeker at tverrfaglig samarbeid gjør det mulig å imøtekomme den enkelte pasients behov i møte med døden. Sykepleierne i Henriksen et al. (2015) opplevde at det tverrfaglige arbeidet innebar å kunne koordinere og ta ansvar gjennom kreftforløpet, og så på det som en del av sitt sykepleieansvar å tilrettelegge for det tverrfaglige samarbeidet.

To av studiene påpeker sykepleiers kompetanse og erfaring som vesentlig for å kunne tilpasse behandlingen til pasienten (Andersson et al., 2016 og Henriksen et al., 2015). Sykepleiere påpeker at prosedyrer og retningslinjer alene ikke er nok for å yte god palliativ omsorg, og legger frem sykepleierens fingerspissfølelse for å kunne forstå pasientens behov (Henriksen et al., 2015). Sykepleiere i palliative behandling mener at palliasjon ikke kan standardiseres med kliniske prosedyrer, men hver pasient må behandles individuelt (Henriksen et al., 2015).

4.2 Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon

Alle åtte artiklene viser til aspekter ved samtale og kommunikasjon gjennom sykdomsforløpet i en palliativ fase (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Ihler & Sæteren, 2019; Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015, Tarberg, et al., 2020 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Flere av artiklene påpeker at sykepleierne opplever personlige og mellommenneskelige egenskaper som evne til kommunikasjon, å være empatisk, lyttende, tillitsfull og forståelsesfull, som viktig i den palliative kreftbehandlingen (Henriksen et al., 2015; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015 & Tarberg, et al., 2020). Denne kommunikasjonsevnen og ferdigheter som dette er essensielt i omsorgen til kreftpasienter (Tarberg et al., 2020).

Tre av studiene henviser til utfordringer ved å gå inn i en samtale om pasientens eksistensielle forhold og død (Andersson et al., 2016; Molnes, 2015 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Å være en samtalepartner i en tung tid kan være utfordrende, og flere av studiene omtaler det å ha mot til eller våge å snakke om de vanskelige tingene, å snakke om døden (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Lorentsen et al., 2016 & Molnes, 2015). Sykepleiere kjenner på et ansvar for å tolke signalene den kreftsyke gir; når de har behov for eller ønsker en samtale. Reaksjonene må tas på alvor og en må klare å stå i avvisning hvis de har tolket feil (Lorentsen mfl., 2016 & Molnes, 2015). Å kommunisere handler ikke bare om samtale, noen ganger kan det være nok å bare være der, lytte, at blikkene møtes (Andersson et al., 2016; Lorentsen et al., 2016 & Molnes, 2015). Molnes (2015) peker på pasientens behov for kommunikasjon for å sette ord på bekymringer og synliggjøre pasientens utfordringer.

Fire av artiklene legger frem informasjon og dialog til pasienter og pårørende som en sykepleieoppgave, at dette bidrar til trygghet, mulighet til å uttrykke personlige behov og felles forståelse (Andersson et al., 2016; Henriksen et al., 2015; Tarberg, et al., 2020 & Zumstein-Shaha et al., 2020).

4.3 Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring

Flere av studiene viser til sykepleiers erfaring av kreftpasienters ulike symptomer i palliative fase (Henriksen et al., 2015; Ihler & Sæteren, 2019; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015, Tarberg, et al., 2020 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Obstipasjon, smerte, kvalme, dyspne, tretthet, sår, ernæring og tørst er eksempler på symptomer (Henriksen et al., 2015). I behandling og kartlegging av symptomer trengs kompetanse, forståelse for innvirkningen dette har for den enkelte pasient, og et samarbeid om målet man ønsker å oppnå gjennom pleien. Lorentsen et al. (2016) sier at tilnærmingen til kreftpasienter må skje med hensyn til dens følelser, da de kroppslige forandringene og plagene, kan ha stor innvirkning på deres selvbylde. Videre understreker den samme studien hva de små handlingene kan bety, som forståelse, berøring og massasje, og at det å føle seg ren og stelt kan være med på å lindre ubehag.

En sykepleier uttalte: "Vi tror vi er flinkere til å lese og forstå pasienten enn vi egentlig er..." (Ihler & Sæteren, 2019, s. 9). Studien omhandler kartleggingsverktøyet ESAS, og belyser viktigheten av å kartlegge kreftpasientens symptomer for å få et helhetlig bilde av hvordan de egentlig har det. I kartleggingen av pasientens symptomer må man ta med eksistensielle, åndelige og psykiske smerter som en del av symptombildet, samt pasientens ønsker og behov (Andersson et al., 2016 & Molnes, 2015). Flere av sykepleierne omtalte ESAS som et viktig hjelpemiddel, da man får pasientens faktiske opplevelse av egne plager (Ihler & Sæteren, 2019). Utfordringen ved å bruke et slikt kartleggingsverktøy er at man ikke får et helhetlig bilde av pasienten om man ikke bruker det regelmessig, og i studien til Ihler og Sæteren (2019) er et av hovedfunnene at bruken av ESAS i praksis er varierende grunnet manglende rutine og oppmerksomhet.

I fem av artiklene påpekes det at symptomlindring er essensielt i behandling av døende, og herunder at både fysiske og psykiske symptomer må lindres for en helhetlig omsorg (Henriksen et al., 2015; Ihler & Sæteren, 2019; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015 & Tarberg, et al., 2020). Det anses som viktig å bære med seg et mål om at pasienten skal møte en god død, oppleve velvære og å være tilstrekkelig symptomlindret i den palliative fasen (Henriksen et al. 2015 & Lorentsen et al., 2016).

4.4 Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg

Seks av studiene belyser sykepleiers erfaring med pasientenes åndelige behov ved livets slutt, og nødvendigheten av å synliggjøre og møte disse behovene (Henriksen et al., 2015; Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015, Tarberg, et al., 2020 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Molnes(2015) og Zumstein-Shaha et al. (2020) viser at sykepleierne opplever åndelige behov som utfordrende å nærme seg, men som en del av smertebildet til en palliativ kreftpasient, og at det dermed må inkluderes i omsorgen. Noen sykepleiere ser på pasientens åndelige behov som noe privat, men mener likevel at sykepleier må undersøke dette (Jeppsson & Thomé, 2015; Molnes, 2015 & Zumsten-shaha et al., 2020).

Fire av studiene viser nødvendigheten av at sykepleier hjelper pasient til en erkjennelse av den uhelbredelige sykdommen (Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016; Molnes, 2015 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Ved å sette ord på sitt liv og sin lidelse, kan pasienten komme til ny innsikt og en erkjennelse av situasjonen (Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016 & Molnes, 2015). "Å hjelpe pasienter å gi slipp, handler om å hjelpe pasienter til å leve gjennom ulike stadier i sykdomsprosessen.." (Lorentsen et al., 2016, s. 171). Tarberg et al. (2020, s. 4822) belyser at sykepleierne bidrar til "å skape rom for å dø". Dette rommet beskrives som et rom med tillit, empati, oppmerksomhet, stillhet og langsomhet, der pasientene og deres pårørende kan forberede seg på døden (Tarberg et al. 2020).

Sykepleiere opplever at kreftsykdommen rokker ved pasientens identitet, sårbarhet og verdighet (Lorentsen et al., 2016). Lorentsen et al. (2016) og Jeppsson & Thomé (2015) viser sykepleiers oppfatning av at det er vanskelig for pasientene å være avhengig av andres hjelp, og å ikke lengre være selvhjulpne, og at dette går ut over pasientens opplevelse av verdighet. En sykepleier uttaler det slik "Jeg tror det er ganske grunnleggende vondt at du blir så endret. Det er veldig sårt, og jeg tror det går på det

innerste" (Lorentsen et al., 2016, s. 168). Henriksen et al.(2015) legger frem viktigheten av at sykepleier har verdier som omsorg, empati og respekt, for å ivareta pasientens verdighet. I tre av studiene er sykepleierne opptatt av å søke etter pasientens identitet, bak sykdommen (Jeppsson & Thomé, 2015; Lorentsen et al., 2016 & Zumstein-Shaha et al., 2020). Jeppsson & Thomé (2015, s. 457) uttaler; "det finnes et jeg i hver pasient" og legger frem sykepleiernes erfaringer med å la pasienten fortsette å bruke sine smykker, sin parfyme og la bøker pasienten har lest ligge fremme, for å ivareta pasientens identitet.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil de sentrale funnene i lys av teoribakgrunn og annen aktuell litteratur, samtidig som konsekvenser for utøvelse av sykepleie belyses. Kapitlet starter med å presentere en kort metodediskusjon, deretter legges det frem en resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Gjennom utarbeidingen av vår systematiske litteraturstudiet har vi brukt Försberg og Wengström (2015) som hovedlitteratur for beskrivelse av metoden. Åtte kvalitative forskningsartikler ble analysert ved bruk av Evans (2002) sin modell for innholdsanalyse.

I følge Försberg og Wengström (2015, s. 27) er det et kriterium for systematiske litteraturstudier at alle relevante artikler innenfor feltet er inkluderte i studien. Grunnet oppgavens begrensning til åtte artikler, er ikke all relevant forskning innenfor problemstillingen vår inkludert, og funnene våre vil dermed være begrenset deretter.

Databasene Cinahl Complete og Svemed+ ble brukt for å innhente relevant forskning, da begge disse er anerkjente databaser for forskning innen sykepleiefaget. Vår studie skulle inneholde åtte artikler, etter skolens anbefaling, og siden søket vårt gav til sammen 18 relevante artikler, gjorde vi et utvalg blant disse.

Alle artiklene i vår studie er av kvalitativt design, og siden vår problemstilling søker etter sykepleiers erfaringer, er dette et design som passer, og vil dermed styrke oppgaven. I søket vårt var vi opptatt av at artiklene skulle være av geografisk relevans, og inkluderte derfor seks artikler fra Skandinavia, dette styrker relevansen i funnene. Tre av artiklene hadde norsk språk, og var dermed fordelaktige for oss å lese og analysere. En studie var skrevet på dansk, og fire hadde engelsk språk, noe som utgjør risiko for at vi har gått glipp av viktige nyanser. Vi har vært bevisst denne svakheten, og dermed vært nøyaktige i oversettelse fra engelsk til norsk.

Alle artiklene i litteraturstudien beskriver og overholder etiske overveielser. En av artiklene er godkjent i etisk komite, og samtlige av de andre sju artiklene inneholder begrunnelse av hvorfor den aktuelle studien er fritatt fra godkjenning av etisk komite. Tre av artiklene er godkjente i "Norsk senter for forskningsdata". Studiene som ikke har blitt sendt til godkjenning i etiske komite, har alle en god beskrivelse av hvordan etiske hensyn i oppgaven er tatt, og vi velger derfor å inkludere artiklene likevel. At artiklene er etisk forankret styrker oppgaven.

Denne litteraturstudien er et samarbeid mellom to sykepleierstudenter. Vi har gjennom hele prosessen samarbeidet godt, med et sterkt ønske om å skrive en grundig og pålitelig oppgave. Det at vi har vært to som har samarbeidet, er med på å styrke oppgaven, da egen oppfatning av fenomenet ikke får prege arbeidet i like stor grad, og

at forhåndsuttatte holdninger ofte blir avslørt når man jobber to sammen. Vi har samarbeidet godt gjennom hele arbeidsprosessen, og jobbet strukturert for at begge i like stor grad skal ha eierskap til oppgaven. Enkelte deler av arbeidet har vi fordelt mellom oss, og har da presentert eget arbeid for hverandre med åpenhet for innspill, og har satt oss inn i arbeidet den andre har gjort med engasjement. Dette har også bidratt til å styrke oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleier erfarer behov for individuelt tilpasset behandling

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer fastslår at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (NSF, 2019). Våre funn viser at palliasjon til kreftpasienter må tilpasses den enkeltes behov og ønsker. Dette støttes av Kaasa & Loge (2016, s.46) som sier at palliasjon skal være pasientsentrert, at pasienten i størst mulig grad og på egne premisser skal involveres i beslutninger om behandling, pleie og omsorg. Livets slutt og kreftsykdom representerer en krevende utfordring for pasienten, og ulike mennesker reagerer ulikt på denne utfordringen (Kaasa, 2016, 62). Hver pasient må derfor behandles individuelt.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) stadfester pasientens rett til medvirkning, og fastslår at tjenestetilbud så langt som mulig skal utformes etter pasientens ønsker. For å sikre brukermedvirkning kan sykepleier i samarbeid med pasient utarbeide en palliativ plan. Funnene våre viser at sykepleier erfarer at en plan kan sikre at pasientens ønsker blir ivaretatt, og hindrer at pasienten må ta krevende beslutninger brått. En palliativ plan skal inneholde en oversikt over pasientens ønsker for livets siste fase, hvor pasienten ønsker å tilbringe siste tiden og om ønsket sted for død (Helsedirektoratet, 2018). Planen skal sikre kontinuitet i ansvarsforhold gjennom prosessen, ved å beskrive hvem som har ansvar for hva i behandlingen.

Funnene våre løfter fram tverrfaglig samarbeid som nødvendig for å kunne gi palliativ behandling i henhold til pasientens ønsker. Dette støttes av Haugen & Aas (2016, s.113) som sier at fleksible og individuelle løsninger, god organisering og tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å kunne møte den palliative pasientens behov. Helsepersonelloven (1999, §4) fastslår at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell. Tverrfaglig samhandling er når flere yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål (Fjørtoft, 2016, s.201). Orvik (2018, s. 210) beskriver samhandling som virkeliggjøring av ansvar gjennom å handle sammen, og at det krever at fagpersoner koordinerer handlingene. Dette kan sees i sammenheng med Martinsens omsorgsteori som et relasjonelt begrep, hvor det tas utgangspunkt i en grunnleggende tanke om at vi er avhengig av hverandre i alle menneskelige forhold (Martinsen, 2003, s.15).

Pasienter med langtkommen uhelbredelig kreftsykdom har varierende behandlingsbehov som krever ulike yrkesgrupper, og kan trenge forflytting mellom hjem, sykehus og sykehjem, noe som krever samhandling og organisering (Haugen & Aas, 2016, s.113).

Manglende samhandling, kan føre til at pasienten opplever fragmenterte tjenester og overgangen mellom dem problematisk, noe som kan påføre pasienten unødige lidelser og komplikasjoner (Meld. St. 47 (2008–2009), s. 47). For å gjøre samhandling mulig, må forholdet mellom de ulike partene være basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd (Orvik, 2018, s.210). Sykepleier må være trygg på egen kompetanse, funksjon og rolle i samhandlingen, vise respekt for andres fagområde og være innstilt på dialog (Fjørtoft, 2016, s.202).

I funnene våre opplever sykepleiere at erfaring og kompetanse er vesentlig for å kunne tilpasse den palliative behandlingen til den enkelte. Stortingsmelding 24 (2019-2020, s. 62) sier at mennesker i livets siste fase skal bli møtt av kompetent personell, som skal bidra til en trygg og verdig avslutningen på livet. Fjørtoft (2016, s. 214) viser til at profesjonell kompetanse må være kunnskapsbasert, og at den utvikles gjennom erfaring, øvelse og refleksjon. Helsepersonell må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven §4).

Sykepleiere vil gjennom utdanningen til en viss grad bli forberedt på sin rolle i møte med pasienter ved livets slutt, men i større grad blir rustet til disse situasjonene gjennom erfaring med enkeltpasienter (Lorentsen & Grov, 2017, s. 429). Sykepleiere bærer ansvaret for å være oppdatert om forskning og utvikling innen eget fagområde, og å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019). Dette kan sykepleier oppnå ved å lese oppdatert faglitteratur, delta på fagdager og kurs, og gå i samtaler og møter om temaer innen fagutvikling. Ledere i helsetjenesten har et overliggende ansvar for kompetanseutvikling og kompetansesikring av sitt helsepersonell, samt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (NSF, 2019).

Henriksen et al. (2015, s.390) viser til at standardiserte prosedyrer ikke er nok i palliasjon, og nevner nødvendigheten av sykepleiers fingerspisskompetanse. Dette støttes av Martinsen, som skiller mellom sanselig forståelse, som beskrives som erfaring basert på sanseintrykk, og begrepslig forståelse som er klassifiserende og tillært, og forholder seg til situasjonen utenfra. Martinsen løfter fram den sanselige forståelsen som grunnleggende i all sykepleie og påpeker at for å utvikle evne til sanselig forståelse, må sykepleier ha vilje til årvåkenhet, teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener må ligge til grunn, og sykepleier på være ute etter å forstå og reflektere over egne erfaringer (Kristoffersen, 2021, s. 187)

5.2.2 Sykepleier erfarer behov for kommunikasjon

Sykepleier må ha gode kommunikative egenskaper og være bevisst på egne verdier i kommunikasjonen. Funnene våre konstaterer at sykepleiers evne til kommunikasjon, og personlige verdier, henger nøye sammen og at ferdigheter innenfor feltet er av stor betydning i palliativ omsorg til kreftpasienter. Eide og Eide (2017, s. 16-17) knytter kommunikasjon og verdier sammen i den personorienterte kommunikasjonen og uttaler at man bør ta utgangspunkt i hele personen, se på personen som unik og være lyttende til stede, samt observere kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk. Å lytte aktivt, en grunnleggende ferdighet i personorientert kommunikasjon, handler om å benytte et bredt spekter av kommunikasjonsformer for å oppnå god kontakt, innhente nødvendig informasjon og vise at man hører og forstår (Eide & Eide, 2017, s. 118). Den nonverbale

kommunikasjonen som et smil som uttrykker ro, blikk-kontakt eller berøring kan være med på å skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 136).

I en hektisk arbeidshverdag er man avhengig av at det settes av tid til å kommunisere med pasientene. Orvik (2018, s. 91) omtaler tid som en forutsetning for kvalitet, men også som en knapphetsressurs som krever bemanning og prioritering. Helselovgivningen har bestemmelser som fastslår at ledere har et systemansvar for tilrettelegging, slik at helsepersonell skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §16). Det er ledere sitt ansvar å tilrettelegge for nok kapasitet, bemanning og rutiner, mens sykepleiere på sin side plikter å opplyse ledelsen hvis egne plikter står i fare for å ikke kunne oppfylles (Befring, 2015, s. 50-52).

Våre studier viser at sykepleiere erfarer utfordringer ved samtale med pasienten, og at det kreves mot til å våge å samtale om personlige tema som eksistensielle forhold og død. Kalfoss (2017, s. 462) uttaler at mange sykepleiere kvir seg for å oppfordre pasienten og pårørende til å snakke om vanskelig følelser, og derfor unnviker døden som samtaleemne, noe som kan være til hinder for god pleie. Lorentsen og Grov (2017, s. 420) støtter at det som sykepleier kreves mot for å gå inn i samtaler som omhandler eksistensielle behov, og understreker at mot er å våge å gå utover egne grenser, noe som fordrer å konfrontere egen sårbarhet og å ta inn andres lidelse. Stortingsmelding 24 (2019-2020, s. 94) påpeker viktigheten av samtaler om døden og uttaler at refleksjon rundt livets slutt kan være med på å forberede pasienten og pårørende på døden, og gjøre den mindre fremmed og skremmende.

Det er lettere å snakke med noen du stoler på, eller har et forhold til, det er derfor av betydning å skape en relasjon som er preget av tillit. Dette støttes av Martinsens (2003, s. 17) omsorgsteori som moralsk side, som understreker at kvaliteten i relasjonen er vesentlig. Kristoffersen bemerker tilstedeværelse og evnen til å lytte aktivt er grunnleggende i relasjonsbyggingen (2021, s. 276). Videre er det en fordel for pasienten dersom sykepleierne han har skapt en relasjon til, er de som pleier han mest. Som sykepleier må man være personlig med mennesker man ikke kjenner i utgangspunktet og skape en relasjon hvor det ikke var en, selv om denne relasjonen derimot er preget av asymmetri. Gjennom Martinsens omsorgsteori som et praktisk begrep omtaler hun denne asymmetrien som en generalisert gjensidighet, hvor man skal involvere seg selv uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s.16). Behovet for mot står frem i tilnærmingen til palliative pasienter, og man må som sykepleier være helt og fullt tilstede for den andres smerte og lidelse, bruke evnen til å lytte og ha mot til å høre (Kalfoss, 2017, s. 474).

Funnene våre viser at sykepleiere opplever at pasienter og pårørende har behov for god informasjon og dialog gjennom det palliative forløpet. Dette er regulert av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 og §3-3 som fastslår at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt at dette også gjelder pårørende hvis pasienten samtykker til det. Det er naturlig at pasient og pårørende stiller mange spørsmål, og sykepleier må gi informativ, beroligende informasjon og ha en dialog gående gjennom det palliative forløpet (Grov, 2015, s. 529). Yrkesetiske retningslinjer konstaterer at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å informere tilstrekkelig og på en god måte (NSF, 2019). Sykepleier bør i kommunikasjon med pasienten klargjøre hvilket informasjonsbehov han har, og informere så fullstendig som mulig innenfor pasientens rammer (Lorentsen & Grov, 2017, s. 418). Videre må sykepleier

være oppmerksom på egen varhet og væremåte når informasjon gis (Lorentsen & Grov, 2017, s. 408).

I informasjon og dialog gjennom forløpet må sykepleier være tydelig, gi tid til å oppfatte, repetere og utdype der det er behov, og i denne sammenheng vil pårørendes tilstedeværelse være en fordel. I de fleste tilfeller blir pårørende sett på som en ressurs og er viktige samarbeidspartnere både for helsepersonell og for pasienten, og det er viktig at de får forståelse, og blir fulgt opp med informasjonen de har behov for (Fjørtoft, 2016, s. 113, 115). I den forbindelse må sykepleier være oppmerksom på helsepersonelloven §21 om taushetsplikt, som sier at helsepersonell skal hindre adgang eller kjennskap til opplysninger om sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Taushetsplikt har som formål å sikre at befolkningen har tillit til helsepersonell, noe som er avgjørende for at pasienter skal kunne dele nødvendige opplysninger om sin helsetilstand (Helsedirektoratet, 2018). Denne taushetsplikten gjelder også i møte med pårørende, og informasjonen de mottar skal være avklart med pasient.

5.2.3 Sykepleier erfarer pasientens behov for symptomlindring

Vårt studie viser at sykepleiere erfarer det som viktig med en helhetlig oversikt over pasientens symptomer. Når man har kommet i en palliativ fase som følge av kreftsykdom er ofte kroppen og dens funksjoner redusert, og pasientens symptomer blir gjerne tydeligere. Man bør derfor holde oversikten over symptomene og ikke anta noe om hvordan pasienten har det, heller involvere han der det er mulig (Lorentsen & Grov, 2017, s. 426). Den gjennomsnittlige kreftpasienten har mer enn tre plagsomme symptomer samtidig, dette viser til behovet for en bred tilnærming til den palliative pasienten og hans symptomer, og hvor viktig det er med god symptomkartlegging og avklaring med pasienten om hvordan akkurat hans symptomer oppleves (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). Våre funn legger frem at man i tilnærmingen til kreftpasienter bør ta hensyn til deres følelser og være bevisst på at kroppslige endringer som følge av sykdommen kan ha innvirkning på selvbildet. Innhenting av kliniske funn må derfor skje på en skånsom måte, ved at sykepleier som går inn i situasjonen er bevisst hvilke personlige utfordringer pasienter kan ha (Mathisen & Steindal, s. 115) .

Kaasa & Loge (2016, s. 48) belyser at en bred symptomkartlegging og avklaring i samhandling med pasient er sentralt i palliativ behandling, dette fordi symptombyrden er stor for kreftpasienter, og pasientens symptomer ikke nødvendigvis er i samsvar med hva sykepleier tenker. I Norge blir ofte kartleggingsverktøyet ESAS brukt, da det er besluttet at dette skal være en kvalitetsindikator på den palliative behandlingen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). ESAS tar sikte på typiske symptomer som rammer kreftpasienter; smerte, slapphet, døsighet, kvalme, dårlig matlyst, tung pust, depresjon og angst, og man får dermed et ganske bredt bilde på hvordan pasienten har det både fysisk og mentalt (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). Studien vår viser at flere sykepleiere opplevde ESAS som et nyttig verktøy for å få et godt bilde av hvordan pasienten har det, men at dette avhenger av at regelmessig bruk og gode rutiner. Regelmessig bruk av ESAS ga tydelig bedring i alle symptomer inkludert i skjemaet (Vigstad et al., 2018, s. 17). Dette viser til viktigheten av organisering og dokumentasjon for å kunne avløse hverandre på en ryddig og oversiktlig måte.

I følge helsepersonelloven (1999, kap. 8) er sykepleier pliktig å fortløpende dokumentere sykepleien som gis. Dokumentasjon fungerer blant annet som en skriftlig kommunikasjon mellom de som behandler pasienten, noe som sørger for kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 28). For å oppnå en tilfredsstillende kartlegging ved hjelp av ESAS bør dette integreres i de faste rutinene i avdelingen, samt dokumenteres. Sykepleier må være bevisst på at dette er et hjelpemiddel i arbeidet, og også kombinere faget og pasientens egen oppfatning av situasjonen. Loge (2016, s. 217) fastslår "Det er ikke sikkert at pasientens høyeste skår på et ESAS-skjema er det vedkommende helst vil ha hjelp med først".

"Når den livsforlengende behandlingen avsluttes, skal lindrende behandling videreføres, eller trappes opp. Pasienten skal ha adekvat smertebehandling, selv om det ikke kan utelukkes at dette kan fremskynde døden" (Mathisen, 2017, s. 426). Av studiene våre kommer det frem at tilstrekkelig symptomlindring er essensielt i den palliative omsorgen, og at både fysiske og psykiske symptomer må lindres. Funnet støttes av Brenne og Dalene (2016, s. 638) som understreker at god omsorg og lindring er grunnleggende i livets slutt. "Smerte er definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er assosiert med eller beskrevet som en vevsskade. Smerte er altså per definisjon både et sanseinntrykk og en opplevelse av ubehag" (Finset, 2016, s. 372). Yrkesetiske retningslinjer fastslår sykepleierens ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). Dette støttes av Martinsens omsorgsteori hvor det hevdes at omsorgsmoral er å handle ut ifra prinsippet om sykepleiers ansvar for den svake (Martinsen, 2003, s.17).

Å lindre handler om å døyve eller nedskalere, og når man yter sykepleie til en palliativ pasient er dette målet; ikke å helbrede eller rehabilitere, men å gjøre de plagsomme symptomene mindre fremtredende der det er mulig, dermed å lindre og forebygge lidelse (Mathisen, 2017, s.426). Sykepleier skal ikke stå for lindringen av pasientens symptomer alene, og for å oppnå en tilstrekkelig symptomlindring er man avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Yrkesetiske retningslinjer påpeker at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2019). Dette fordrer at sykepleier til en hver tid er oppdatert innen faget. Funnene våre påpeker også viktigheten av de små handlingene som forståelse, berøring, massasje og at følelsen av å være ren og velstelt kan være symptomlindrende i seg selv. Lorentsen & Grov (2017, s. 415-416) uttrykker at følelsen av velvære påvirker smerteopplevelsen. Frisk luft på rommet, en behagelig stilling, temperatur etter pasientens ønsker, hjelpe med renslighet, rydde eller en samtale er små handlinger som kan ha betydning for pasientens velvære.

5.2.4 Sykepleier erfarer pasientens behov for åndelig omsorg

Det åndelige ved et menneske er den dynamiske dimensjonen i menneskelivet, som handler om hvordan mennesket opplever, uttrykker og søker mening, samt hvordan mennesket relaterer og forholder seg til øyeblikket, naturen og betydningsfulle andre (Giske & Cone, 2019, s. 13). Funnene våre viser til sykepleieres erfaring av at kreftpasienter i palliasjon har behov for åndelig omsorg. Funnet støttes av Røen og Hirsch (2016, s. 74), som sier at omsorg ved livets slutt også omfavner ivaretakelse av åndelige behov. I stortingsmelding 24 (2019-2020, s. 119) forklares det at åndelig omsorg kan gi døende pasienter støtte og evne til mestring av belastninger ved livets

sluttfase, og viser til at tjenesteyterne, må legge til rette for åndelige omsorg. Sykepleier er moralsk forpliktet til å undersøke, anerkjenne og integrere pasientens åndelige ståsted i den palliative pleien til kreftpasienter (Kalfoss, 2017, s. 472)

Åndelig omsorg kan forstås som et medfølende nærvær (Lorentsen & Grov, 2017, s. 427). Funnene våre viser at sykepleiere kan oppleve det som utfordrende å nærme seg pasientens åndelige behov. Dette støttes av Giske og Cone (2019, s. 40), som påpeker sykepleiers opplevelse av åndelighet som et kulturelt tabu som kan være vanskelig å ta opp. For å utvikle mestringsevne i møte med pasienters åndelig behov ved livets slutt, er sykepleiers selverkjennelse nødvendig (Kalfoss, 2017, s. 468). At sykepleier kjenner seg selv på et dypere plan, kjenner egne verdier og holdninger til åndelighet, har stor betydning for opplevelsen av å bære et faglig ansvar for åndelig omsorg. For å bli kjent med seg selv på en dypere måte kan sykepleier reflektere over egen livshistorie, eget livssyn og gjøre seg bevisst på egne verdier (Giske & Cone, 2019, 50). Det kan også være nyttig å utforske eksistensielle spørsmål som "Hvem er jeg?", "Hva er det i oss som lider?" eller "Tror jeg at livet, lidelse og død i seg selv har en mening?" (Kalfoss, 2017, s. 469).

I følge våre funn opplever sykepleiere viktigheten av å bidra til at pasienter i palliasjon kommer til en erkjennelse av sykdommen. I WHO's definisjon av palliasjon er et av de sentrale punktene å bekrefte livet, og i det erkjenne at døden er en naturlig prosess (Helsedirektoratet, 2019, s.12). Yrkesetiske retningslinjer sier at "Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død.." (NSF, 2019). Ved å ikke erkjenne døden, fratrar man pasienten muligheten til en verdig avslutning på livet (Helsedirektoratet, 2019, s.13). Funnene våre viser at sykepleier må skape rom for å dø, og beskriver dette som et rom preget av langsomhet, stillhet og tillit. I dette rommet erkjennes døden som nært forestående.

Martinsen (2021, s. 162) beskriver hvordan vi i langsomheten kan kjenne stemninger, la inntrykk komme til og kjenne etterklangen av dem, og at vi på den måten kan bli åpne og mottakelige for vårt indre. Stillhet innbyr både sykepleier og pasient til å komme til syne, stillhet kan dermed sees på som en forutsetning for å forstå og innstille seg på den andre (Kalfoss, 2017, s. 464). I Martinsens beskrivelse av omsorgens relasjonelle side, vises det til hvordan tillit er en grunnleggende verdi i relasjonen mellom mennesker (Martinsen, 2003, s. 15). Når pasienten åpner for erkjennelse, ligger det en tillitsbasert forventning om å bli møtt, og i dette en etisk fordring mot sykepleieren om å imøtekomme ham (Kristoffersen, 2021, s 267). Dette krever at sykepleieren legger igjen tidspress og stress utenfor pasientrommet, og organiserer hverdagen sin på en måte som gir rom for langsomhet, stillhet og tillitsbygging. I tillegg fastslår Helsepersonelloven (1999, §16) krav til ledelsen om å organisere tjenesten på en måte som tilrettelegger for at sykepleiere kan gi pleien som kreves. Ledelsen må, på grunnlag av kompetanse om nødvendigheten av åndelig omsorg, tilrettelegge for tilstrekkelig bemanning og ressurser.

Våre funn viser at sykepleiere erfarer at konsekvensene av kreftsykdom rokker ved pasientens identitet og verdighet. Pasienter i palliasjon kan føle at de er til bry for andre når de blir avhengige av hjelp, og at dette kan føre til en opplevelse av manglende verdighet (Mathisen & Steindal, 2021, s.119). Verdimeessige spørsmål kan komme til overflaten ved uhelbredelig sykdom, som "Er jeg fortsatt verdifull som menneske, med alle mine nåværende begrensninger?" (Helsedirektoratet, 2019, s.38). Dette kan forklares av Martinsen (2003, s. 43), som forteller at avhengighet og det å ikke være

selvhjulpen, er forbundet med diskriminerende og negative holdninger, og forklarer at mestring blir sett på som en individuell verdi, og derfor som motsatsen til avhengighet. Martinsens menneskesyn er kollektivistisk, der relasjoner og menneskers avhengighet av hverandre er sentralt, og legger fram likeverd ved å understreke at et hvert menneske, uavhengig av status og andre ytre kjennetegn, kan når som helst havne i en situasjon der det trenger hjelp av andre (Kristoffersen, 2021, s. 262). Vi tar moralske beslutninger ut fra vårt menneskesyn (Martinsen, 2003, 17). Sykepleier må være bevisst på og reflektere over sitt menneskesyn, for å kunne møte pasienter på en likeverdig måte.

Å respektere en persons egenverd, å se på pasienten som verdifull i kraft av å være et menneske, å behandle pasientens som et unikt menneske med et levd liv og å se forbi sykdommen, ligger som et verdigrunnlag for all sykepleie, og skal stadfeste at menneskeverdet er ukrenkelig (Kristoffersen, N.J. & Nordtvedt, P., 2021, s.39).

6 Konklusjon

Sykepleiers erfaring med palliasjon til kreftpasienter indikerer behov for individuelt tilpasset sykepleie. Kommunikasjon, symptomlindring og pasientens behov for åndelig omsorg erfares som sentralt ved pleien.

Godt tverrfaglig samarbeid og kompetent helsepersonell kan bidra til å tilrettelegge for individuelt tilpasset sykepleie. En plan for det palliative forløpet, utarbeidet av helsepersonell sammen med pasient og pårørende, erfares som hjelpsomt for å sikre at det palliative forløpet tilpasses den enkelte pasient. I den helhetlige omsorgen, er kommunikasjon og samtale av betydning for å kunne inkludere pasientens ønsker og behov i pleien. Slike samtaler krever mot, men er nødvendige for å bli kjent med pasienten bak sykdommen, og kan bidra til at pasientens følelser, behov og tanker for den siste tiden kan bli hørt.

Symptomlindring er grunnleggende i palliativ omsorg. Fokuset må være å lindre både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige symptomer. Det er nødvendig med en grundig symptomkartlegging, og avklaring av pasientens subjektive opplevelse av symptomene, for å kunne oppnå en verdig avslutning på livet. Resultatene antyder at stillhet og langsomhet kan skape rom for at pasientens indre får komme til syne, og at sykepleier ved oppmerksomt nærvær kan gripe tak i pasientens åndelige behov. Utfordringer vedrørende det åndelige aspektet ansees som en del av pasientens smertebilde, og er essensielt som en del av palliasjon for kreftpasienter.

Resultatene i sin helhet indikerer at sykepleiere opplever palliasjon til kreftpasienter som et bredt felt som omhandler flere dimensjoner av pasientens liv, og at det er behov for videre forskning på dette feltet. Antall krefttilfeller vil øke i tiden som kommer, på grunn av økt levealder, bedre diagnostisering, og ulike livsstilsfaktorer (Kreftregisteret, 2021). Selv om det de siste årene har vært et økt fokus på palliasjon, vises det i stortingsmelding 24 (2019 - 2020, s.11) til at palliasjon fortsatt er et forskningssvakt område. Det er behov for større kunnskap for å sikre kvaliteten på tilbudet om palliasjon nasjonalt. Ved å belyse sykepleiers erfaringer innen feltet, kan man få et bilde av hvordan det palliative tilbudet kan forbedres.

Referanser

- Andersson, E., Salickiene, Z. & Rosengren, K. (2016). To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, 144-149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Austgard, K. (2007). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (3.utg.). J.W. Cappelens Forlag.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red) *Sykdom og Behandling* (s. 127-149). Gyldendal Norsk Forlag
- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse* (1.utg). Cappelen Damm Akademisk
- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.) *Palliasjon* (s. 638 - 651). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg). Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s.22-16. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.) *Palliasjon* (s. 372 - 385). Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Forsberg, c. & Wengström, Y.(2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*(4 utg.). Natur & Kultur
- Giske, T. & Coen, P. H.(2019). *Å ta vare på heile mennesket*. Samlaget.
- Grov, E. K. (2015). Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie* (s. 522 - 537). Gyldendal Akademisk
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.) *Palliasjon* (s. 112-124). Gyldendal Norsk Forlag
- Helsedirektoratet. (02, 2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*(IS-2278). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf/_/at_tachment/inline/64b02e2c-9ec9-4709-b6fa-a156a79e9baf:3828cd931ca7996c7220dd12f25bb1a4876dda58/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf

- Helsedirektoratet. (10, 2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:7e24fd12cfaee415f922e897f894b6f7ff55d46e/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). §21. *Hovedregel om taushetsplikt - Helsedirektoratets kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Pasientens palliative plan bør oppdateres i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/pasientens-palliative-plan-bor-oppdateres-i-livets-slutfase>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v.(LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J., Madsen, K. H. & Meldgaard, A. (2015). Sygepleje og palliativ indsats. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(4), 382-396.
<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-07>
- Ihler, E.M. & Sæteren B. (2019). Sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14(79585), Artikkel e-79585. <https://sykepleien.no/forskning/2019/11/sykepleieres-erfaringer-med-bruke-esas-til-kartlegge-symptomer-hos-kreftpasienter>
- Jeppsson, M. & Thomé, B. (2015). How do nurses in palliative care perceive the concept of self-image?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 454-461.
<https://doi.org/10.1111/scs.12151>
- Kaasa, S. & Loge, J.H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.), *Palliasjon* (s 34-49). Gyldendal Norsk Forlag
- Kaasa, S. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.), *Palliasjon* (s. 62-72). Gyldendal Norsk Forlag
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H.(red.) *Kliniske sykepleie Bind 2* (s.453-479). Gyldendal Akademisk.
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. Hentet 16.mai 2022 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2020/>
- Kreftregisteret. (2021,21. september). *Cancer in Norway 2020* (Cancer Registry of Norway, ISSN: 0806-3621). Oslo: Kreftregisteret.
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020.pdf>

- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleie - Kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N. J., Steindal, S. A., Skaug, S. A. & Grimsbø, G. H.(red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 169 - 218). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I Kristoffersen N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s.225-282). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt, P. (2021). Sykepleie - relasjon, verdier og etikk. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 29-72). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (s. 257-308). Gyldendal Akademisk.
- Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.), *Palliasjon* (s. 216 - 229). Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V B., Nåden, D. & Sæteren, B. (2016). Fanget i en "fremmed kropp". *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(2), 163-177. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-06>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E.K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H.(red.), *Kliniske sykepleie Bind 2* (s.397-430). Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag* (1.utg.). Fagbokforlaget.
- Mathisen, J. & Steindal, S. A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie* (s.105 - 145). Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G., H. (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (s. 407 - 443). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.*Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 141-152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Norsk legeforening.(20.10.2004). Standard for palliasjon(NFPM 2004). Norsk legeforening.<https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c8308a05f054c8bad2cd72174549536/standardforpalliasjon.pdf>

- Norsk senter for forskningsdata. (2022). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. <https://www.nsd.no/publiseringskanaler>
- Norsk Sykepleierforening. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H.(red.), *Kliniske sykepleie Bind 1* (s.17 - 37). Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2018). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg). Cappelen Damm Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Røen, I. & Hirsch, A. (2016). Ritualer ved sykdom og død. I Kaasa, S. & Loge, J.H.(red.), *Palliasjon* (s. 73 - 81). Gyldendal Akademisk.
- Tarberg, A. S., Hole, T., Thronæs, M. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses´ experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*, 13(74591), Artikkelen e- 74591. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-74591.pdf>
- Zumstein-Shaha, M., Ferrell, B. & Economou, D. (2020). Nurses response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101792. <https://www.doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>

Vedlegg 1 : PEO-skjema

PEO-skjema

P - population	Sykepleiere	Nurses
E - exposure	Palliasjon for kreftpasienter	Palliative care, cancer patients
O - Outcomes	Erfaringer / Opplevelser	Experiences, attitudes

Vedlegg 2 : Søkehistorikk

Søk 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
S.1 Palliative Care	01.12.21	Cinahl Complete	49,060			
S.2 Nurses Attitudes			36,038			
S.3 Cancer Patients			89,259			
S4 S1 AND S2 AND S3 Avgrensing : Peer Reviewed, Research Article, 2012-2022			58	22	5	2 : "Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway" "Nurses response to spiritual needs of cancer patients"

Søk 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
S.1 Palliative Care Avgrenset : Peer Rewied, 2012 - 2022	01.12.21	Svemed+	453			
S.2 Nurses OR Nurses Attitude Avgrenset : Peer Rewied, 2012 - 2022			1142			
S.3 Cancer Avgrensing : Peer Rewied, 2012 - 2022			5938			
S4. S1 AND S2 AND S3			7	3	1	1 : "Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms"
S5. S1 AND S2			31	12	5	"Fanget i en "fremmed kropp"- Sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase." "How do nurses in palliative care percive the concept of self-image? Sygepleje og palliativ indsats."
S5. S2 AND S3			49	6	2	"Sammen går vi døden i møte."

Søk 3 :

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
S.1 Palliative Care	06.04.22	Cinahl Complete	40,227			
S.2 Nurses Attitudes			35,502			
S3. S1 AND S2 Avgrensning : Peer Reviewed, Research Article, 2012-2022, Geographic Subset: Europe			163	11	5	"To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients."

Vedlegg 3 : Oversikt over resultat

Viser her til funnene fra studien, og hvilke artikler som inneholder de ulike funnene. Tallet 1 viser til litteratormatrise 1, osv. Se vedlegg 4 : Litteratormatriser.

Hovedtema	Undertema	Artikkel som omhandler undertema
Tilpasset sykepleie	<ol style="list-style-type: none">1. Den enkeltes behov og ønsker2. Plan for det palliative forløpet3. Tverrfaglig samarbeid4. Erfaring og kompetanse	<ol style="list-style-type: none">1. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 82. 1, 83. 1, 7, 84. 1, 8
Kommunikasjon	<ol style="list-style-type: none">1. Evnen til kommunikasjon2. Våge å kommunisere3. Behov for å kommunisere4. Informasjon og dialog med pasient og pårørende	<ol style="list-style-type: none">1. 1, 2, 3, 5, 82. 3, 5, 6, 7, 83. 4, 54. 1, 6, 7, 8
Symptomlindrig	<ol style="list-style-type: none">1. Observasjon av symptomer2. Kartlegge symptomer3. Lindring av symptomer	<ol style="list-style-type: none">1. 1, 2, 3, 5, 6, 82. 2, 5, 73. 1, 2, 3, 5, 8
Åndelig omsorg	<ol style="list-style-type: none">1. Behov for åndelig omsorg2. Bidra til erkjennelse av sykdommen3. Å ivareta pasientens verdighet og identitet	<ol style="list-style-type: none">1. 3, 5, 6, 82. 3, 4, 5, 63. 3, 4, 5, 8, 6

Vedlegg 4 : Litteraturnmatriser

Litteraturnmatrise 1

Referanse	Tarberg, A. S., Landstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M., Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. <i>Journal of clinical nursing</i> , 2020(29), 4818–4826. https://doi.org/10.1111/jocn.15528
Studiens hensikt/mål	Målet til denne studien var å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever å yte omsorg for pasienter med kreft og deres pårørende i ulike faser av det palliative arbeidet.
Nøkkelbegrep	Cancer, compassion, nurses, palliative pathway, primary care
Metode	<p>Metode: Kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming. Det ble brukt fokusgrupper for å fremme selvavsløring, i utforskningen av sykepleiernes erfaringer gjennom diskusjoner med andre deltakere de hadde noe til felles med.</p> <p>Utvalg: 21 sykepleiere fra primærhelsetjenesten og sykehjem, fra ulike kommuner i midt-Norge. Gj.snitt alder 45 år, snakket flytende norsk og jobbet med palliasjon i mer enn 3 år.</p> <p>Datainnsamling: De ble stilt åpne spørsmål i fokusgrupper, å 3-7 sykepleiere, som varte i 60 til 90 min. hvor diskusjonen fløt naturlig. Intervjuene ble tatt opp på lyd og transkribert av førsteforfatteren.</p> <p>Analyse: Tolkning av intervjuene og de nedskrevne tekstene ble gjort ved gjentatt lesning med innlevelse, og alle forfattere var inkludert, noe som ga en dypere forståelse. Den hermeneutiske sirkelen ble brukt. Sitater, temaer og undertemaer ble så sortert i en matrise.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>A: informasjon og dialog i den første fasen : Sykepleierne fremhever viktigheten av god dialog mellom partene gjennom sykdomsforløpet. Tidlig involvering øker deres evne til å yte omsorgsfull omsorg. Behov for forhåndsplanlegging av omsorg for å unngå situasjoner der beslutninger må tas raskt. Forhåndsplanlegging førte til at nyttig informasjon ble formidlet, skapte trygghet, de ble lettere å møte pasientens ønsker og forberede pasient og pårørende på tiden fremover. Tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, ble ansett som viktig for å forbedre omsorgen og møte pasientens ønsker.</p> <p>B: Skape et rom for døende : Ifølge sykepleierne var et rom for å dø viktig, og preget av tillit, samarbeid, gode relasjoner, empati, oppmerksomhet, stillhet, forsiktighet, langsomhet, symptomlindring og fravær av støy og konflikter. Å kunne kommunisere på en empatisk måte var også essensielt i omsorgsfull og medfølelse omsorg, samt gode mellommenneskelige relasjoner. Viktigheten av at sykepleiere har kompetanse på symptomlindring kommer også frem, og at manglende tverrfaglig samarbeid kan være et hinder i symptomlindringen.</p> <p>C: Familiens aksept av døden : Sykepleierne opplevde den siste fasen som vanskelig, da dilemmaer kunne oppstå som følge ulike meninger mellom pasient og pårørende. Behovet for informasjon til pårørende om palliativ behandling ble fremhevet for å oppnå felles forståelse. Sykepleiernes sorgrutinener for pårørende etter dødsfall, varierte fra kommune til kommune. Å være tilgjengelig etter tapet ble sett på som viktig i omsorgen for pårørende.</p>
Relevans	Denne studien er relevant i vår oppgave, da den viser til et sykepleieperspektiv på hvordan den palliative behandlingen mottas og oppleves av pasienter og deres pårørende i Norge. Den belyser hvordan sykepleieren erfarer viktigheten av en god plan i forløpet, tilnærmingen til døende pasienter og deres pårørende.

Litteratormatrise 2

Referanse	Ihler, E.M. & Sæteren B. (2019). Sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14(79585), Artikkel e-79585. https://sykepleien.no/forskning/2019/11/sykepleieres-erfaringer-med-bruke-esas-til-kartlegge-symptomer-hos-kreftpasienter
Studiens hensikt/mål	Studien har som hensikt å utforske sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS(Edmonton Symptom Assessment System) i kartlegging av sykehus pasienters symptomer med kreft i palliativ fase.
Nøkkelbegrep	Palliasjon, kreft, symptomkartlegging, sykepleier og kvalitative dybdeintervjuer.
Metode	Metode: Studien har et fortolkende kvalitativt design med dybdeintervjuer, og det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide. Utvalg: 6 sykepleiere(5 av de kreftsykepleiere) fra to onkologiske sengeposter fra et norsk sykehus deltok. Alderen varierte fra 28-49 år, og de hadde fra 1,5- 28 års yrkeserfaring. De måtte ha kunnskap og erfaring med palliasjon, symptomkartlegging og ESAS. Datainnsamling: Første forfatter intervjuet. Intervjuene som varte i 30-45 minutter ble dokumentert med lydopptak og transkribert av førsteforfatter. Analyse: Det ble benyttet en fortolkende tverrgående analyse basert på Malteruds systematiske tekstkondensering. Materialet ble lest flere ganger for helhetsinntrykk før videre sortering. Funnene ble sammenfattet og fortolket, og ga grunnlaget for beskrivelser, begreper og resultat.
Resultat/ konklusjon	1:«et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer» ESAS inneholder de viktigste punktene for å kartlegge pasienten, det gir et bilde av hvordan pasientens egen opplevelse på hvordan han har det her og nå og gir mulighet til å følge pasientens symptomer over tid. Sykepleierne opplevde at det ble fanget opp mer ved bruk av ESAS enn ved åpne spørsmål, at det var en samtaleåpner, samt at pasienten føler han blir tatt på alvor. 2: «varierende bruk av ESAS i klinisk praksis». Dette påvirker hvorvidt skjemaet bidrar til å systematisere symptomkartleggingen. Det kommer frem flere barrierer og tiltak for rutinemessig bruk av ESAS. Tydeliggjøring, enighet i rutiner, bredere forståelse og engasjement fra ressurspersoner og ledelse fremstår som faktorer som kan bidra til forbedret bruk av ESAS i praksis.
Relevans	Denne studien er relevant i vår oppgave, da den peker på sykepleiers erfaring med bruk av kartleggingsverktøyet ESAS for å oppnå en bedre oversikt over pasientens symptomer i palliativ fase.

Litteraturliste 3

Referanse	Lorentsen, V.B., Nåden, D. & Sæteren, B. (2016). Fanget i en "fremmed kropp"- Sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 6(02),164-177. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-06
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien er å sette lys på betydningen av kroppslige endringer for pasienten i den palliative fasen, ut fra et sykepleieperspektiv. Studien belyser også hvordan sykepleier kan bidra til pasientens forsoning av situasjonen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Forsoning, kropp, lindrende behandling, psykososiale aspekter ved sykdom, sykepleie
Metode	Metode: En kvalitativ studie med et hermeneutisk design. Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervjuer med åtte sykepleiere ved to hospice i Norge. Utvalg: Valget av sykepleiere til studien ble gjort av ledere for sykepleietjenesten, som kjente de aktuelle sykepleierne. Alle sykepleierne var kvinner i alderen 46-64 år, der alle hadde relevant videreutdanning, deriblant i kreftsykepleie og palliativ omsorg. Datainnsamling: Intervjuene, som hadde varighet på 1-1 ½ t, ble utført på sykepleierens arbeidsplass, tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter. Analyse: Tolkning av intervjuene og de nedskrevne tekstene ble gjort ved gjentatt lesning, og spørsmål/svar etter hermeneutiske regler. En analyse- og fortolkningsmatrise ble brukt for å vise sammenheng mellom direkte sitat fra intervjuene, undertema og hovedtema.
Resultat/ konklusjon	Betydningen av kroppslige endringer: Funnene viser at konsekvensene av sykdommen fører til at kroppslige endringer blir en påminnelse om alvoret i situasjonen, og synes å rukke ved pasientens identitet, verdighet og sårbarhet. Sykepleiere erfarer viktigheten av å styrke det friske ved pasienten. Sykepleiers bidrag i forsoningsprosessen: For å kunne hjelpe pasientene i forsoningen har sykepleierne i studien fokus på å avkle det fremmede og ukjente ved situasjonen, gjennom kroppslig pleie som godt stell og berøring/massasje, bekreftelse av pasientens situasjon som den er og samtaler med fokus på å sette ord på eget liv og egen lidelse. Sykepleierne er opptatt av å møte den enkelte pasient med respekt for dens behov, og viser til at dette kan bidra til at pasienten slår seg til ro i eget sykdomsforløp. Sykepleierne viser til viktigheten av å hjelpe pasient å gi slipp på livet.
Relevans	Studien har relevans for vår problemstilling, fordi den viser hvordan sykepleiere erfarer at mennesker med kreft opplever den siste fasen av livet. Den belyser hvordan sykepleieren erfarer kreftpasientens forhold til kropp, samt hvilken sammenheng dette har med pasientens liv og verdighet, noe som er aktuelt for problemstillingen. Den belyser også sykepleiers erfaring av erkjennelse av sykdommen som viktig.

Litteraturliste 4

Referanse	Jeppsson, M. & Thome B. (2014). How do nurses in palliative care perceive the concept of self-image?, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 29(3), s. 454-461. https://doi.org/10.1111/scs.12151
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien er å undersøke hvilket syn sykepleiere som jobber med pasienter i palliativ behandling har på begrepet selvbilde.
Nøkkelbegrep	Self-image, self-concept, identity, self-esteem, palliative care, person-centred care, phenomenography
Metode	<p>Metode: En kvalitativ studie med en fenomenografisk tilnærming.</p> <p>Utvalg: 17 sykepleiere fra fem palliative enheter i Sverige. Ledere fra de palliative enhetene som kjente sykepleierne hjalp til å rekruttere deltakerne. Målet var å få et utvalg med variasjon i alder og palliativ sykepleiererfaring.</p> <p>Datainnsamling: Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Fire åpne spørsmål ble stilt som omhandlet temaer sykepleiers oppfatning av begrepet selvbilde og hvordan sykepleier opplever at begrepet blir utfordret i den palliative fasen.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble transkribert og lest flere ganger. Utsagnene ble analysert med fokus på "oppfatninger som identifiseres" og "likheter og forskjeller mellom oppfatningene".</p>
Resultat	Sykepleierne opplevde at selvbildet-begrepet ble utfordret ved livets slutt, og at holdningen om et uforanderlig menneskeverd også ble utfordret, da de selv hadde skjulte produktivitetsidealer knyttet til eget selvbilde. Dermed ble tap av indre og ytre egenskaper trusler mot selvbildet. Samtidig viser studien at sykepleierne reflekterer over kjernen av selvbildet som noe som er konstant uavhengig av omstendighetene og anerkjent som at " dette er meg", selv ved livets slutt. Sykepleiere er opptatt av å bekrefte denne delen av menneskers indre, gjennom samtale om livet slik det har vært, omsorg med fokus på pasientens identitet, og å fokusere på de gjenværende egenskapene. Studien viser at dersom man kan utforske flere dimensjoner av begrepet selvbilde, kan man lettere synliggjøre identitetsfremmende strategier og personsentrert omsorg. Dette er spesielt viktig i den palliative omsorgen, da selvbildet blir utfordret av indre og ytre forandringer. Det er da viktig å være sensitiv for det som er primært for pasienten for å kunne opprettholde et godt selvbilde. Et sentralt spørsmål er "Hva er viktig for deg nå?".
Relevans	Studien har relevans for oppgaven vår fordi den omhandler sykepleieres egne erfaringer av å jobbe med døende mennesker. Den viser hvordan sykepleiers egne selvbilde blir utfordret i den palliative omsorgen. Den belyser hvilke tanker sykepleierne har rundt menneskers selvbilde, og hvordan konseptet påvirkes av å være i palliativ fase.

Litteraturliste 5

Referanse	Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. Norsk tidsskrift for helseforskning, 11(2), 141-152. https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3718/3597
Studiens hensikt/mål	Hensikten er å undersøke hjemmesykepleiers erfaring med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov.
Nøkkelbegrep	Kommunehelsetjenesten, hjemmedød, åndelige behov, sykepleiere
Metode	Metode : Kvalitativt metode, utforskende design. Utvalg : Det ble sendt brev til tre ulike omsorgsdistrikt i midt-Norge, for å få respondenter til studien. Distriktslederne hjalp å finne aktuelle sykepleiere, med erfaring innenfor hjemmedød for kreftpasienter. 10 sykepleiere deltok i studien. Datainnsamling : Data ble samlet inn ved halvstrukturerte individuelle intervjuer, hvor respondentene fortalte om erfaringer med hjemmedød hos kreftpasienter. Hvert intervju ble transkribert og skrevet ned ord for ord. Analyse : Analyse ble gjort ved Giorgis(1985) 4 steg.
Resultat	Å arbeide i andres hjem : Sykepleier erfarer at hjemmedød var en fin måte for et menneske å dø på, med sine nærmeste rundt. Forholdene må tilrettelegges og koordineres, og det kreves god kompetanse for å kunne gi god pleie. Sykepleiere erfarte også utfordringer knyttet til pårørende rundt en hjemmedød Den utfordrende samtalen : Sykepleierne opplevde at det var utfordrende og at det krevde mot å skulle gå inn i samtaler med kreftpasienter om døden. De erfarte at pasientene hadde behov for åndelig omsorg, men at dette var utfordrende å nærme seg. Mange var redde for å trenge seg på. De erfarte likevel at disse samtalene var viktige og kunne både lette på pasientens frykt i møte med døden og bidra til en erkjennelse av situasjonen. Samtalene kunne hjelpe til å få taket på den enkelte pasients tanker om døden og hvordan pasienten ser på tiden som ligger foran. Sykepleierne belyste viktigheten av å innhente riktig kompetanse, som for eksempel en prest, dersom sykepleier selv ikke følte seg i stand til å ivareta pasientens behov for samtaler og åndelig omsorg. Sykepleierne mente at eksistensielle, åndelige og psykiske smerter er en del av et komplekst smertebilde for en kreftpasient, og at slike smerter må kartlegges.
Relevans	Denne studien belyser sykepleiers erfaringer i møte med palliative kreftpasienter. Den belyser sykepleiers erfaring av kommunikasjon og åndelig omsorg i palliasjon, og er dermed relevant for oppgaven vår.

Litteraturliste 6

Referanse	Zumstein-Shaha, M. (2020). Nurses response to spiritual needs of cancer patients. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 48(2), 101.792 https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3718/3597
Studiens hensikt/mål	Hensikten er å undersøke sykepleieres erfaring av åndelig omsorg som en del av palliasjon for kreftpasienter.
Nøkkelbegrep	cancer, palliative care, end of life care, quality of life, spirituality, spiritual care, spiritual needs, spiritual assessment, psychosocial care, religious concerns, religion
Metode	Metode : Kvalitativt design Utvalg : Det ble sendt brev til tre ulike omsorgsdistrikt i midt-Norge, for å få respondenter til studien. Distriktslederne hjalp å finne aktuelle sykepleiere, med erfaring innenfor hjemmedød for kreftpasienter. 10 sykepleiere deltok i studien. Datainnsamling : Data ble samlet inn ved halvstrukturerte individuelle intervjuer, hvor respondentene fortalte om erfaringer med hjemmedød hos kreftpasienter. Hvert intervju ble transkribert og skrevet ned ord for ord. Analyse : tematisk analyse
Resultat	Å finne mening i situasjonen: Sykepleierne erfarer at pasientene søkte etter mening på ulikt vis. Det settes lys på at pasientene har ulike behov og syn på hva som gir mening. Noen pasienter vender seg til religion og ritualer ved uhelbredelig kreft, og sykepleierne belyser at dette kan gi pasientene noe positivt ved å skape mening i situasjonen. Andre søkte mening i annet, som nære relasjoner. Sykepleierne forklarte også at pasientene søkte etter en måte å erkjenne situasjonen sin på, og sa at de anså at å hjelpe pasientene å komme til en erkjennelse, var en viktig del av den åndelige omsorgen. Lytte og anerkjenne: Sykepleierne forteller at det kan være utfordrende å snakke om religion og åndelig omsorg, og opplever at dette er behov som får for lite fokus i den palliative pleien. De understreker viktigheten av samtaler om disse temaene, da det ofte kan bidra til at pasienten kommer til en erkjennelse av situasjonen. Sykepleierne la vekt på at egenskaper som å lytte, å være oppmerksom og bekreftelse var viktige egenskaper hos sykepleierne. De påpekte at å støtte pasientene, og viste til viktigheten av å vise respekt for hvordan den enkelte pasient ønsket å håndtere situasjonen sin. Å lytte til pasientens ønsker var viktig.
Relevans	Denne studien belyser sykepleiers erfaringer av hvordan palliative kreftpasienter har behov for åndelig omsorg. Studien belyser sykepleiers perspektiv på ulike aspekter ved pasientens indre gjennom den palliative fasen, og er dermed relevant for vår studie.

Litteraturliste 7

Referanse	Andersson, E., Salickiene, Z. & Rosengren, K.(2016). To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. <i>Nurse Education Today</i> ,144-149/38. doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026
Studiens hensikt/mål	Målet med denne studien var å beskrive nylig utdannede sykepleieres erfaringer med omsorg for døende pasienter på kirurgiske avdelinger.
Nøkkelbegrep	Experiences, Nurses, Supervising, Palliative care, Qualitative method
Metode	Metode: Studien brukte en innholdsanalyse, en kvalitativ metode som involverer en induktiv tilnærming. Utvalg: 6 sykepleiere (5 kvinner, 1 mann) i alderen 22 til 42 år, ved to kirurgiske avdelinger i Sverige. Yrkeserfaringen som sykepleiere varierte mellom seks måneder og to år. Datainnsamling: Det ble utført individuelle kvalitative intervjuer som varte mellom 30–60 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med to forfattere til stede. Analyse: Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved bruk av manifest kvalitativt innholdsanalyse via en steg-for-steg prosedyre. De ulike funnene ble sammenlignet basert på forskjeller og likheter og ble sortert i et hovedtema med tre undertema.
Resultat/ konklusjon	Hovedtema : Omsorg - Å være involvert : Viktigheten av involvere seg i pasienten. Kompetanse i palliativ behandling ansees som svært viktig for å kunne gi god omsorg. 1:Å være støttende i omsorgsprosessen : Sykepleiere opplever rollen sin i palliasjon som et omfattende ansvar og bemerker viktighet av å være bevisst på pasients følelser, som tristhet, angst og glede, samt støtte pasientens ønsker og behov. Også å kunne henvende seg til en kollega for støtte påpekes. 2:Frustrasjon under omsorgsprosessen : Sykepleieres frustrasjon rundt utfordringer i palliativ behandling kommer til syne, blant annet: tid til omsorg for pasient, følelsesmessig for sykepleiere, å ha ansvar under tidspress kan gi forsinkende beslutninger. Bemerket viktigheten av at døende pasienters symptomer behandles tilstrekkelig. Vanskelig å diskutere død og eksistensielle problemstillinger. 3:Å være sensitiv under omsorgsprosessen : Sykepleiere opplever å bli personlig berørt av å arbeide med døende, og å være til stede i den siste tiden. Å gi omsorg for døende beskrives som en kunst, krevende, kreativt og meningsfylt.
Relevans	Denne studien er relevant fordi den beskriver sykepleiers erfaringer i omsorgen for palliative pasienter. Studien omfatter pasienter ved en kirurgisk avdeling, men flere av sykepleierens syn på palliasjon er generelle, og kan gjelde palliativ behandling uansett hvor det er.

Litteraturliste 8

Referanse	Henriksen, J., Madsen, H. M. & Meldgaard, A. (2015). Sygepleje og palliativ indsats. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 382-396/vol.5.utg. 4. doi/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-07
Studiens hensikt/mål	Mål: Formålet med studien var å undersøke sykepleieres oppfatning av og erfaringer med kliniske prosedyrer og retningslinjer for lindrende behandling i primær- og sekundærhelsesektoren
Nøkkelbegrep	Evidensbasert sygepleje, palliativ sygepleje, professionsidentitet
Metode	<p>Metode: Studien har et utforskende og beskrivende studiedesign med intervju som datainnsamlingsmetode. Det ble gjennomført kvalitative, individuelle, semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål.</p> <p>Utvalg: Intervjuene, som varte i ca. 1 t., var av 6 erfarne sykepleiere fra Danmark som jobbet med palliasjon i ulike avdelinger og områder. De representerte et bredt klinisk felt for å få flest mulig nyanser.</p> <p>Datainnsamling: I intervjuene ble informantene oppmuntret til å fortelle om sin praksis, dette ble tatt opp på bånd og deretter transkribert.</p> <p>Analyse: Analysen var inspirert av en fenomenologisk tilnærming og ble utført i fire trinn helhetsinntrykk, meningsfulle enheter, kondensering og oppsummering. For å sikre intern validitet ble analyse og koding utført av de tre forfatterne hver for seg, deretter i fellesskap. Funnene ble kodet inn i 4 tema og det ble gjennomført teoretisk analyse og diskusjon.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>1. Prosedyrer, kliniske retningslinjer -Sykepleierne mente at ikke palliasjon kan standardiseres, spesielt med henvisning til problemstillinger knyttet til samarbeid og den døendes verdier, håp og tro</p> <p>2. Sykepleiernes erfaringer og faglige vurdering Sykepleierne opplevde at deres erfaringer, både personlige og faglige, først og fremst var høstet gjennom arbeidet med døende pasienter. Viktigheten av å kunne forebygge og utføre tilstrekkelig symptomlindring for at pasienten skal oppnå en god død belyses.</p> <p>3. Verdiene til sykepleiere Sykepleierne opplyste at det i palliativ behandling tillegges spesielle verdier, herunder omsorg, evnen til å se hele mennesket, respekt, tilstedeværelse, empati og støtte for å bevare pasientens og pårørendes håp, som tillegges betydning for å bevare pasientens verdighet og integritet. De påpeker også viktigheten av å tørre å være tilstede for den døende.</p> <p>4. Samarbeid og kommunikasjon både med pasient, pårørende og de tverrfaglige fagpersonene ble ansett som helt sentrale elementer dersom det gode livets slutt og dermed en god død skulle oppnås.</p>
Relevans	Studien er relevant for oppgaven vår, da den omhandler sykepleiers erfaringer med kliniske prosedyrer og retningslinjer innen palliativ pleie. Studien belyser flere viktige moment innen palliasjon som retningslinjer, erfaringer, verdier, samarbeid, kommunikasjon og tverrfaglighet.

