

# **BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Hvordan kan sykepleier bidra med omsorg slik at pårørende føler seg ivaretatt når de har et familiemedlem med kreftsykdom i den palliative fasen



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger/ 12.5-2021*

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Mange vil før eller siden møte på sykdommen kreft, enten om vi blir syke selv eller om det rammer noen som står oss nært. Som pårørende er det fare for å forsvinne og bli sittende i skyggen med sine følelser og tanker da fokuset er på den syke. Som sykepleier kan det være utfordrende å møte og ivareta den pårørende, spesielt i den palliative fasen.

*Hensikt:* Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra med omsorg slik at pårørende føler seg ivaretatt når de har et familiemedlem med kreftsykdom i den palliative fasen.

*Metode:* Studien er utført som en integrativ litteraturstudie. Oppgaven inneholder en kvantitativ og tre kvalitative studier.

*Resultat:* Resultatene har vist at pårørende i samtale om den palliative fasen har stort behov for informasjon, bli sett og at sykepleiere er tilgjengelig. Videre viste våre resultater at sykepleiere har behov for økt kunnskap, de må være empatiske, tørre å snakke om døden og ta initiativ til samtaler. Grunnlaget for god interaksjon mellom sykepleier og pårørende var at det ble etablert en relasjon fra start, dette ga følelsen av ivaretagelse hos de pårørende.

*Konklusjon:* Kommunikasjon blir ansett som betydningsfull for de pårørendes opplevelse av den palliative omsorgen. Våre funn og teorien som er anvendt viser at trygghet, tillit og samarbeid er viktige momenter når det gjelder pårørendes opplevelse av ivaretagelse. Sykepleiere og spesielt de med mindre erfaring har behov for økt faglig kompetanse innenfor palliasjon. Sykepleierens evne til å sette seg inn i pårørendes situasjon er viktig for å skape en god og trygg relasjon.

*Nøkkelord:* sykepleier, pårørende, kommunikasjon, samtale, omsorg, palliasjon, kreft.

**INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 PROBLEMFOMULERING .....	5
1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN .....	5
1.4 BEGREPSAVKLARINGER .....	6
1.4.1 Pårørende .....	6
1.4.2 Palliativ fase .....	6
1.4.3 Kommunikasjon.....	6
<b>2.0 TEORIKAPITTEL .....</b>	<b>7</b>
2.1 PÅRØRENDE .....	7
2.1.1 Behov for informasjon og kommunikasjon .....	7
2.1.2 Behov for omsorg.....	7
2.1.3 Sorg og støtte .....	8
2.2 SYKEPLEIE I LYS AV TRAVELBEE.....	8
2.2.1. Menneske- til- menneske- forhold.....	9
2.2.2 Omsorg.....	9
2.2.3 Kommunikasjon.....	9
2.3 KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI.....	10
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>11</b>
3.1 VALG AV METODE .....	11
3.2 LITTERATURSØK .....	12
3.2.1 Valg av databaser .....	12
3.2.2 Valg av søkestrategi.....	12
3.2.3 Valg av søkeord.....	13
3.2.4 Valg av artikler .....	13
3.3 ANALYSEARBEID AV ARTIKLENE.....	14
<b>4.0 RESULTAT.....</b>	<b>16</b>
4.1 KOMMUNIKASJON .....	16
4.2 SYKEPLEIERENS KUNNSKAPER OG FERDIGHETER .....	19
4.3 HVA DE PÅRØRENDE SAVNER.....	20
4.3.1 Åpen kommunikasjon ved livets slutfase.....	20
4.3.2 Inkludering og kontroll .....	21
<b>5.0 DISKUSJON.....</b>	<b>21</b>
5.1 METODEDISKUSJON.....	21
5.1.1 Endring av problemformulering .....	21
5.1.2 Forskernes bakgrunn .....	22
5.1.3 Tid og sted for studiene.....	22
5.1.4 Studienes deltakere .....	22
5.1.5 En integrativ litteraturoversikt .....	23
5.1.6 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode .....	23
5.2 RESULTATDISKUSJON.....	24
5.2.1 Se og inkludere de pårørende, gi dem følelsen av kontroll.....	24
5.2.2 Sykepleierens krav og behov for kunnskap .....	25
5.2.3 Kommunikasjon.....	25
5.2.4 Relasjon som en trygghet.....	26

5.2.5 <i>Den vanskelige samtalen</i> .....	28
5.2.6 <i>Konklusjon</i> .....	29
<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>30</b>
<b>KILDELISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELL OVER UTFØRTE SØK</b> .....	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 2: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER</b> .....	<b>36</b>

Antall ord: 9747

## 1.0 INNLEDNING

Til tross for at flere og flere overlever kreftsykdom i Norge, dør i snitt rundt 11 000 personer av kreft hvert år (Cancer in Norway, 2019, s. 2). Sammen med dem står flere tusen pårørende og ser sin kjære ektefelle, foreldre, søsken, besteforeldre eller venn gå inn i livets siste fase.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

En sykepleier til en kreftpasient i den palliative fasen kommer tett på de pårørende. Sykepleieren møter deres ulike reaksjoner som de pårørende håndterer forskjellig. Vi har selv på nært hold opplevd den siste fasen både som pårørende til en kreftpasient i egen familie, i tillegg til at vi har erfaring fra praksis og jobb på en kreftavdeling. Med det vet vi viktigheten av omsorgen en sykepleier utøver ikke bare ovenfor pasienter, men også deres familier. Ved å utforske dette området ønsker vi å se om forskning kan gi oss mer kunnskap vedrørende samhandling med pårørende til den palliative kreftpasient.

### 1.2 Problemformulering

Alvorlig sykdom kan medføre mange påkjenninger både for pasienten og pårørende. De pårørende er viktig i palliativ virksomhet, de trenger støtte og veiledning for å ivareta seg selv og den syke best mulig. I de yrkesetiske retningslinjene punkt 3 for sykepleiere står det at "Sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende" (2016). Når kurativ behandling avsluttes hos den syke vil det ofte være utfordrende for de pårørende. Enkelte pårørende har behov for emosjonell støtte eller at noen kan tenke høyt sammen med dem, gi råd og informasjon. De trenger noen som lytter, er omsorgsfulle og kan tåle å ta imot deres angst, sorg, smerte og fortvilelse, derfor er pårørendes forhold til sykepleiere viktig. Sykepleieren bør ha evne til å møte hver enkelt pårørende med interesse, anerkjennelse og oppmerksomhet. Dersom pårørende ikke blir godt ivaretatt er det fare for at sykepleier overser det helhetlige menneskesynet, noe som er et fundament i den palliative fasen.

### 1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra med omsorg gjennom kommunikasjon slik at pårørende føler seg ivaretatt når de har et familiemedlem med kreftsykdom i den palliative fasen.

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Pårørende

Ifølge loven om pasient- og brukerrettigheter er det pasienten selv som avgjør hvem den oppfører som sin pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3 b). Pårørende er ofte nær familie, men kan også være fjerne slektninger, venner eller en nabo. De er foruten om pasienten selv og behandlende helsepersonell en som har rett på informasjon om helsetilstanden til pasienten, så lenge pasienten har gitt samtykke til det (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

### 1.4.2 Palliativ fase

Palliasjon betyr aktiv eller lindrende behandling, pleie og omsorg for pasienter med en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Kaasa, 2008, s. 36). Selv om forskjellen mellom kort forventet levetid og en døende pasient kan være stor, er det lite vitenskapelig dokumentasjon på hva som er et klart skille mellom dem (Kaasa, 2008, s. 86). Ordet palliasjon kommer fra det greske ordet pal- lium som betyr kappe. Dette kan overføres til betydningen å legge en beskyttende kappe rundt de som trenger det. Denne kappen kan med det brukes som betegnelse på omsorg, beskyttelse og lindring (Norsk Sykepleierforbund, 2012, s. 10).

### 1.4.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet “communicare”, som betyr å gjøre noe felles. Det vil si å gjøre noen delaktige eller ha forbindelse med. Vi er alle født med evnen til å kommunisere. Fra vi blir født og uttrykker oss med lyder, blick og ansiktsmimikk til å videreutvikle oss mer avansert og gjøre oss forstått med ord. Kommunikasjon kan foregå mellom to eller flere personer, gjennom samtaler som foregår ansikt til ansikt, i grupper, til et større omfang som på nett eller over TV og radio (Eide & Eide, 2017, s. 16). Kommunikasjon i denne sammenheng er den utvekslingen av informasjon som for eksempel meninger, tanker og kroppsspråk som foregår mellom sykepleier og pårørende.

## 2.0 TEORIKAPITTEL

I teorikapittelet vil vi først ta for oss de pårørende og deres behov. Deretter vil vi benytte og beskrive ulike sykepleieteorier som er viktige i interaksjonen mellom sykepleier og pårørende. Vi skal se på Joyce Travelbee sin interaksjonsteori relatert til mellommenneskelige forhold, omsorg og kommunikasjon. Til slutt vil ta for oss omsorgsfilosofi belyst av Kari Martinsen.

### 2.1 Pårørende

#### 2.1.1 Behov for informasjon og kommunikasjon

Pårørende har et stort informasjonsbehov og ønsker å være godt forberedt på det som venter dem. Evnen til å ta imot informasjon og ønske om dette varierer fra person til person. Som sykepleier må man være klar over at pasienten har rett til å begrense hvilken informasjon som kan gis videre til pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Tilstrekkelig informasjon gir dem større trygghet og det kan forhindre unødvendige misforståelser og konflikter (Kaasa, 2008, s. 92). Pårørende vil ha klare svar på hva de kan forvente, informasjon om prognosen og behandlingsforløpet. Ofte ønsker de pårørende veiledning av helsepersonell på hvor de kan finne informasjon, og informasjonsmateriell som brosjyrer og plakater kan gjerne gis skriftlig (Klæning & Ueland, 2017, s. 6).

#### 2.1.2 Behov for omsorg

Omsorg for pårørendes behov er svært viktig både for den syke og for de pårørende (NOU 1999: 2, s. 28). Det å stå i en relasjon til et annet menneske vil innebære at man selv blir påvirket av den andre personens situasjon. Sykepleier må ha en profesjonell relasjon som kjennetegner asymmetri og ensidighet (Kristoffersen et al., 2015, s. 85). Sykepleieren er forpliktet til å yte omsorg grunnet sitt yrke og funksjon, og kan derfor ikke forvente å få noe tilbake. Selv om omsorgen er definert av faglig hensikt og kunnskap, så betyr det likevel at det ofte må være en stor grad av personlig involvering i omsorgen som sykepleier utøver (Kristoffersen et al., 2015, s. 86). Dette baserer seg på sykepleierens empati og forståelsen av den andres situasjon. Det holder ikke at en sykepleier for eksempel er bekymret for hvordan det går med de pårørende, men ikke tar seg tid til å faktisk spørre dem om dette. Det er viktig at sykepleier legger til rette for at familiene får hjelp til å se situasjonen i et annet perspektiv og at de får sette ord på sine følelser og tanker. Når pårørende blir møtt med høflighet, emosjonell støtte og fysisk nærhet så vil dette ha en stor betydning for deres opplevelse av ivaretagelse (Kaasa, 2008, s. 105).

### 2.1.3 Sorg og støtte

Pårørende har behov for støtte i en tung situasjon derfor må sykepleier kunne hjelpe de pårørende til å finne struktur og orden. De pårørende kan oppleve å ikke vite hvordan de skal håndtere sin livssituasjon og hverdagen kan føles kaotisk. Det er ikke uvanlig at de kan føle seg alene og de har ofte spørsmål angående egne reaksjoner, følelser og tanker. Sykepleieren må bruke sin kunnskap til å bidra med trygghet og normalisere deres atferd, og ved å bruke beroligende prat, være til stede og gi god veiledning kan de bidra til å roe ned familien (Kaasa, 2008, s. 104). Sorgprosessen til pårørende starter ofte lenge før familiemedlemmet har dødd. Det er ikke uvanlig at sorgen oppleves ulikt og det kan variere fra dag til dag (Bugge et al., 2003, s. 43). Sykepleieren må derfor sørge for at pårørende får informasjon om vanlige sorgreaksjoner, sorgforløp og hvordan familien kan støtte hverandre i den tøffe perioden (Bugge et al., 2003, s. 51). Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger gjennom hele sorgforløpet, slik at ikke sorgen får et komplisert forløp eller gir psykiske problemer på lang sikt. Pårørende påpeker at det er vanskelig å be om hjelp og at de derfor ønsker at sykepleiere skal tilby dette (Bugge et al., 2003, s. 67).

### 2.2 Sykepleie i lys av Travelbee

Joyce Travelbee fokuserer i sin teori på den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleie. Hun definerer sykepleie som følgende; «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, lidelse, og hvis nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Definisjonen belyser at sykepleierens har et ansvar som innebærer å ivareta hele familien i tillegg til den syke og hjelpe alle til å mestre den motgangen de møter. Travelbee forholder seg til at ethvert menneske er unikt. Hun vektlegger videre at mennesker er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle som har levd og som noensinne kommer til å leve (Kristoffersen et al., 2017, s. 29). I boken til Travelbee; «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» er hovedfokuset utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier, hun vektlegger at sykepleie alltid dreier seg om mennesker, og gjelder i alle aspekter mellom pasienter, sykepleiere og familier (Travelbee, 1999, s. 5) Hun forklarer at hun bruker begrepet pasient, men at det egentlig ikke finnes «en» pasient. Det eneste som finnes er enkeltmennesker med behov for omsorg, tjenester og assistanse fra andre mennesker som antas å kunne gi dette (Travelbee, 1999, s.17). Travelbee omtaler i sin teori at sykepleie foregår som en menneskelig prosess, dette definerer hun som et menneske-til-menneske- forhold.



### 2.2.1. Menneske- til- menneske- forhold

Travelbee er opptatt av at det må etableres et menneske-til-menneske-forhold, og det er et viktig utgangspunkt for samhandlingen med pasient og pårørende. Videre beskriver hun dette som et hjelpemiddel for å kunne imøtekomme den enkeltes behov for sykepleie. Hun sier at det fremste kjennetegnet på et menneske til-menneske-forhold er at sykepleiebehovet til den enkelte og dens familie blir ivaretatt. Et sykepleiebehov er et behov som, hvis det blir oppfylt, hjelper den syke eller dens pårørende til å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 179). Menneske-til-menneske forholdet blir videre beskrevet av Travelbee som en prosess som hun har delt inn i fem interaksjonsfaser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

### 2.2.2 Omsorg

Som sykepleier møter man sykdom og lidelse og ved at man konfronteres med andres sårbarhet stilles sykepleierne ovenfor sin egen. Hvordan sykepleieren håndterer denne opplevelsen vil kunne bestemme hvordan sykepleieren vil vise omsorg, respondere og oppfatte den syke, lidende eller døende pasient (Travelbee, 1999, s. 73). Videre trekker Travelbee inn pasientens familie i sin teori, hun påpeker viktigheten med ivaretagelse av familien. Dette belyser hun med ved å si at «den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre» (Travelbee, 1999, s. 59).

### 2.2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon og samhandling med pasienten er helt nødvendig og sentral i god sykepleie (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). I Travelbee sin teori påpeker hun at kommunikasjon er et middel og en grunnleggende del av det å opprette menneske- til- menneske forholdet. Videre mener hun at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk og ha en disiplinert tilnærming for å ha gode kommunikasjonsferdigheter (Travelbee, 1999, s.136). Gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og mottagende part skjer det en prosess, der de observerer hverandre og utveksler tanker, ideer, følelser og holdninger (Travelbee, 1999, s.139). Travelbee er opptatt av at en sykepleier skal ha visse kommunikasjonsevner og ferdigheter. Dette begrunner hun med at sykepleier må kunne observere og tolke, forstå når de bør snakke, når de bør tie, i tillegg må de ha evnen til å lytte og avvente den andres tempo (Travelbee, 1999, s. 151).

Travelbee beskriver «å bruke seg selv terapeutisk», dette definerer hun som evnen til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold. Hun legger også vekt på at kunnskap er nødvendig, spesielt kunnskap om seg selv derunder selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evnen til å tolke dette og på den måten kunne møte dem som har behov for sykepleie (Travelbee, 1999, s. 44). Den profesjonelle sykepleiers oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med pasienten og pårørende som på den måten tjener sykepleiens mål og hensikt.

### 2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Mange nyere sykepleietenkere har tenkt videre om det mellommenneskelige. Kari Martinsen tar for seg omsorgens ulike aspekter og deres betydning for sykepleie. Hun ble inspirert av den danske teologen Knud E. Løgstrup da hun i en periode oppholdt seg i Danmark. Løgstrups etikk er en relasjonsetikk, hvor menneskers sårbarhet og gjensidige avhengighet er framtrædende.

“Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender” (Løgstrup, 1956, 1991, s. 37).

Vi mennesker bærer et ansvar for hverandre, noe som er spesielt tydelig når mennesket opplever sykdom, funksjonstap og skade. Martinsen forklarer dette med at i slike situasjoner vil det sårbare menneske være overlatt og utlevert til et annet menneske. Den grunnleggende avhengigheten mellom mennesker er en forutsetning for alt liv (Kristoffersen et al., 2017, s. 55).

Martinsen viser til tre viktige dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Disse dimensjonene beskrives som rasjonelle, det praktiske og det moralske begrepet. Selv om disse begrepene blir presentert hver for seg så vil de være vevd sammen i en konkret situasjon (Kristoffersen et al., 2017, s. 60). I forhold til omsorgens relasjonelle side er det nødvendig at en relasjon mellom minimum to personer er basert på tillit. Sykepleieren må være villig til å sette seg inn i den andres situasjon. Martinsen er opptatt av at sykepleieren skal kunne tyde det inntrykket en får av den andre. Tydningen vil si å være sansende og sårbart til stede. Ved å være tydende til stede og åpen for sansning vil sykepleieren kunne tolke de ulike inntrykkene. Sykepleieren må utøve omsorg ut ifra forståelsen av inntrykket som pårørende gir og imøtekomme pårørendes behov i hver enkelt situasjon (Martinsen, 2012, s. 17).

Martinsens påpeker også at fagkunnskap som en yrkesutøver har, kan gjøre at sykepleieren blir i enda bedre stand til å ta vare på mennesket på en mer barmhjertig og omsorgsfull måte (Kristoffersen et al., 2017, s. 62). Omsorgen er ifølge Martinsen en praktisk handling hvor sykepleieren forsøker å gjennomføre omsorgen på en måte slik at pasienten opplever anerkjennelse. Omsorgen formidles basert på erfaringer og fagkunnskap som sykepleieren har tilegnet seg. Løgstrup beskriver hvordan fordringen kan møtes:

“Det hører fordringen til at den enkelte selv, med det han måtte sitte inne med innsikt, fantasi og forståelse, skal sørge for å finne ut hva den går ut på” (Løgstrup, 1956, 1999, s. 44).

I forhold til omsorgens moralske side mener Martinsen at omsorg og moral er sammensatt (Kristoffersen et al., 2017, s. 62). Som sykepleier er enhver situasjon en utfører av moralsk karakter. Sykepleieren skal handle godt og riktig, som vil si til det beste for pasienten og de pårørende. Moralen vises i kjærligheten som man uttrykker via handling mener Martinsen. Dersom det oppstår et brudd i moralen, trenger sykepleier veiledning for å ta vare på kjærligheten. Ifølge Martinsen vil moralen og etikken være nødvendige hjelpemidler for at sykepleieren skal handle til det beste uten å sette seg selv først (Kristoffersen et al., 2017, s. 63)

### **3.0 METODE**

Metode er en fremgangsmåte som brukes for å vise hvordan man skal gå frem for å innhente og bruke data. Det er et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap og viser hvordan man skal etterprøve eller gå til verks for å finne kunnskapen. Det brukes som et redskap i møte etter svar på problemstillingen eller spørsmålet man sitter med (Dalland, 2017, s. 51).

#### **3.1 Valg av metode**

Oppgaven vår bygger på en integrativ litteraturoversikt, basert på fire vitenskapelige forskningsartikler. Vi har i tillegg til relevant litteratur trukket inn egne erfaringer i resultatdiskusjonen. Ved å bruke en integrativ litteraturoversikt innhenter vi data fra både kvalitativ og kvantitativ forskning samt annen hensiktsmessig forskning. Deretter skaper man en oversikt og foretar sammenligninger (Friberg, 2017, s. 150). I en integrativ litteraturoversikt velges ut relevante forskningsartikler. Det er viktig å lese nøye gjennom hver av artiklene og analysere disse godt. Deretter lages det en oversikt som sammenligner funn fra dataene. Ut ifra dette trekker vi konklusjoner og verifiserer hvordan dataene henger sammen (Friberg, 2017, s. 150).

Hovedsakelig benyttes kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon av disse metodene i empiriske studier. Kvantitativt og kvalitativt er to metoder som har ulike kjennetegn. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare tall. Informasjonen vi får fra den kvantitative metoden gir oss en dypere forståelse over et område. I den kvalitative metoden fanges det opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2018, s. 52). Her vil forskeren og deltakerne etablere et såkalt “jeg-du-forhold”, og på denne måten kan en undersøke mer i dybden og få et mer helhetlig bilde (Dalland, 2018, s. 53).

## 3.2 Litteratursøk

### 3.2.1 Valg av databaser

For å finne relevante forskningsartikler og bakgrunnsteori søkte vi i flere helsefaglige databaser. Vi anvendte systematisk litteratursøk ved hjelp av følgende databaser Cinahl, Pubmed, British Nurse Index og Svemed+. Disse var tilgjengelig gjennom søketjenesten til universitetsbiblioteket. Forskningsartiklene som vi valgte å bruke fant vi på Cinahl og PubMed. I søkeprosessen kom vi frem til at Svemed+ som består av skandinaviske artikler og British Nursing Index som består av britiske artikler ikke hadde noen relevante empiriske studier som vi var ute etter.

### 3.2.2 Valg av søkestrategi

For å finne relevant sykepleiefaglig forskning måtte vi strukturere og tilspisse søkene. Vi har valgt å bruke det som Dalland kaller for strukturert litteratursøking. Da benytter man seg av kriterier som begrenser søkingen (Dalland, 2018, s. 156). Inklusjonskriteriene vi valgte var: artiklene måtte ikke være eldre enn 10 år, fagfelleurdert, forskningsartikkel og studienes pårørende avgrenses til voksne over 18 år. Underveis i prosessen fant vi forskning som forsket på det aktuelle temaet, men som ble ekskludert da det var rettet mot barn eller så manglet artiklene sammendrag og “full text”. Vi ønsket å bruke artikler fra skandinaviske land fordi det ville være enklere å sammenligne med norske forhold. Når vi søkte i skandinaviske databaser kunne vi ikke finne riktige kriterier og søket ble dermed svært begrenset. Vi endte først opp med fire artikler basert på studier utenfor Europa. Etter å ha arbeidet med artiklene noen uker, fant vi den ene artikkelen fra USA for omfattende og så ikke relevansen med den opp imot vårt arbeid, dermed ble denne ikke inkludert i oppgaven. Vi så derfor behovet for å finne en ny studie for å kunne innhente mer forskningsinformasjon til å belyse vårt tema. Vi gikk inn og

søkte i databasen Cinahl, der fant vi en kvalitativ forskningsartikkel som var utført i Norge. De tre andre artiklene våre er gjennomført på sykehus i USA, Australia og Canada. Helsevesenet i USA, Australia og Canada har flere likhetstrekk med det norske helsevesenet og siden vi har tatt i bruk forskning fra nyere tid, vil det mest sannsynlig være overførbart til norske forhold.

### 3.2.3 Valg av søkeord

På bakgrunn av oppgavens hensikt og problemformulering har vi funnet frem til fire egnede studier. Vi benyttet oss av engelske søkeord fordi vi brukte de engelske databasene Cinahl, British Nurse Index og Pubmed. En av artiklene måtte vi bestille gjennom skolens universitetsbibliotek.

Deretter startet vi med innledende søk for å kunne finne hensiktsmessige søkeord. Etter å ha lest gjennom flere sammendrag av ulike studier, gått gjennom tilfeldige søk og benyttet oss av faglitteratur fikk vi dannet oss et bilde av eksisterende forskning. Dermed fant vi relevante søkeord som ble inkludert videre i de systematiske søkene. Ut ifra dette anvendte vi søkeordene “caregiver”, “end of life”, “palliative”, “cancer”, “nurse”, “end of life care” og “family members” med <<AND>> og <<OR>> i forskjellige kombinasjoner. Vedlegg 1 tar for seg detaljert vår søkeprosess med anvendte søkeord og databaser.

### 3.2.4 Valg av artikler

Tidlig i søkeprosessen så vi både på kvalitative og kvantitative studier. På denne måten kunne perspektivet vårt utvides. Vi ønsket at forskningsartiklene hadde en tydelig IMRaD struktur, som er ifølge Dalland den vanligste måten å bygge opp og strukturere en artikkel på (Dalland, 2018, s. 163). For å undersøke holdbarheten og kvaliteten til artiklene foretok vi sekundære søk på tidsskriftene artiklene var publisert i. Ved å gjøre dette fant vi ut om tidsskriftene var pålitelige og relevante.

Målet var å finne forskningsartikler som tok utgangspunkt i pårørendes subjektive opplevelse. Ved å presentere et forskningsbasert pårørendeperspektiv vil vi lettere kunne belyse og fremheve eventuelle kontraster som oppstår i skillet mellom pårørendes og sykepleierens oppfattelse av kommunikasjon. Vi ble likevel oppmerksomme på at det var like viktig å vektlegge sykepleierens opplevelser. Derfor inkluderte vi også artikler med sykepleierperspektiv.

Vi fant tre kvalitative forskningsartikler som vi så på som hensiktsmessige. Begrunnelsen for dette er at den kvalitative forskningen gir pårørende og sykepleierne en mulighet til å utdype egne erfaringer og meninger. I utgangspunktet var det ønskelig å kun ta for seg kvalitative studier. Likevel fant vi en kvantitativ studie som egnet seg godt da resultatene passet inn med hensikten vår. Dermed endte vi opp med tre kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel. De utnevnte artiklene oppfylte kravene våre og var ikke eldre enn 6 år.

Artiklene våre tok for seg sykepleiere som arbeider både på sykehus og i hjemmesykepleien. Pårørende ble intervjuet både i hjemmet og på sykehus. Som følge av dette har vi valgt å fokusere på sykepleiere og pårørende i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den palliative fasen starter fra pasienten får beskjed om at det ikke lenger finnes noen kurativ behandling (Kaasa, 2008, s. 33). Med det vet vi at pasienter i den palliative fasen kan veksle mellom ulike opphold. Vi anser det derfor nødvendig at oppgaven vår belyser hvordan en sykepleier kan bidra med omsorg til pårørende uansett hvor de måtte befinne seg.

Eksistensielle og åndelige behov er tett knyttet sammen innenfor palliasjon, og det er dermed sentralt å belyse det. Noen av våre forskningsartikler trakk frem pårørendes behov for å dele sine tanker om døden. Likevel ble det ikke fokusert på den åndelige omsorgen. Vi har derfor i vår oppgave valgt å ekskludere pårørendes behov for omsorg når det gjelder tro og livssyn for å begrense oppgavens omfang.

### 3.3 Analysearbeid av artiklene

Vi har konsentrert oss om forfatter og Professor F. Fribergs sin analysemodell og brukt den til gjennomgang og forståelse av de valgte artiklene. Analysearbeidet beskrives som en helhet som splittes til deler, og deretter tilbake til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 178). Fribergs analysemodell er blitt brukt til analyse av de valgte artiklene, og hennes modell består av fem steg.

1. Vi startet med å lese igjennom de fire artiklene hver for oss. Videre leste vi forskningsartiklene gjentatte ganger for å finne essensen i artikkelen og gi oss personlige opplevelser og inntrykk. På denne måten fikk vi egen oppfattelse som vi kunne bryte opp og drøfte sammen uten å påvirke hverandre. Vi oppsummerte funnene og opplevelsene ved å gå gjennom artiklene på nytt sammen.

2. I det neste steget fortsatte vi å studere artiklene nøye og bemerket nøkkelfunn, og uthevet teksten med fargekoder på områder og ord som var relevante for problemstillingen.

3. På dette steget sammenlignet vi resultatene med våre nøkkelfunn.

4. I det nest siste steget fant vi likheter og ulikheter i artiklene og lagde en listet oversikt. Oversikten var basert på ulike kategorier som vi fortløpende skrev ned i et felles dokument ut ifra hva vi anså som relevant. Vi forsøkte i denne fasen å se resultatene i et metaperspektiv, ved at vi så helheten fra flere sider og på denne måten forberedte oss til det siste steget i analysen.

5. Avslutningsvis ble de utvalgte resultatene sammenlignet og nye hovedkategorier og underkategorier ble funnet i henhold til innholdet i artiklene og det vi har presentert i teoribakgrunnen. På denne måten ble det utarbeidet en beskrivelse av resultatene fra artiklene og et nytt resultat ble skapt i en tabell, som blir presentert på neste side. I arbeidet med analysen gjennom de fem stegene har fokuset vært på resultatene som skal analyseres kombinert med at vi har hatt hensikten med oppgaven klart foran oss slik at vi har hatt rett fokus under analysearbeidet.

Hovedkategori	Underkategori
Kommunikasjon	Lytte aktivt Åpen kommunikasjon Direkte og enkelt språk
Sykepleierens kunnskaper og ferdigheter	Relasjonsbygging Behov for tilleggs kunnskap Informasjon om palliativ behandling og videre forløp Tilgjengelighet og tilstedeværelse
Pårørendes savn	Behov og ønske for informasjon Bekreftelse på når døden er nær Inkludering Kontroll

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Kommunikasjon

I studien til Collins et al. (2018) presiseres flere sentrale temaer i kommunikasjonen som det burde fokuseres på fra helsepersonellet sin side. Felles for de pårørende er at de ønsket at samtalen skulle være direkte, enkel, forståelig og reell. Studien avdekket at det er viktig å være bekræftende ovenfor pårørende når døden er nær, og i tilfellene hvor de ikke fikk bekræftelse hadde de problemer med å innse realiteten i situasjonen. Dette førte til at døden kom uforventet da den inntraff.

«We knew that he was very, very sick and he was dying ... but death was going to be a long way off. At least a couple of months further on, it wasn't going to be the next day! No one ever said that, so it wasn't real» (Collins et al., 2018).

«No one actually ever said to [patient] 'you are about to die or this is going to happen. Even towards the end» (Collins et al., 2018).

Videre presiserte studien at det må være åpenhet i samtaler og diskusjon, og at ordene «død» og «den døende» burde brukes. Videre ønsket de at helsepersonellet skal være tydelige, slik at det ikke er rom for misforståelser. Nedenfor finnes et eksempel fra en samtale hvor pasienten selv ikke skjønner at det går mot slutten og den pårørende opplevde det som sin oppgave å formidle det til den døende.

«But she didn't get it; she didn't understand what she was being told. I think she needed to be told quite bluntly» (Collins et al., 2018).

Seccareccia et al. (2015) sin studie viste at kommunikasjon var den viktigste faktoren når det kom til tilfredshet og kvaliteten på omsorgen i en palliativ enhet. Forfatterne beskrev de pårørendes opplevelse av viktigheten med at sykepleierne lyttet aktivt til dem. Videre bemerker studien at det er sentralt at man ikke bare lytter til dem, men også prøver å forstå deres emosjonelle tilstand ved å gå dypere inn i deres følelser. Sykepleierne opplevde at aktiv lytting fikk dem til å få en dypere innsikt, og dermed kunne de lettere hjelpe og identifisere spesielle behov (Seccareccia et al., 2015, s. 761).



«Sometimes it's just about listening and validating what they're feeling and recognizing it and then moving forward and offering support» (Seccareccia et al., 2015, s. 762).

I studien til Seccareccia et al. (2015) fremkom det at det var viktig for alle deltakerne å etablere et personlig forhold og utvikle relasjoner. Studien avslørte at helsepersonell ofte setter tonen for relasjonen som skapes, og at de pårørende uttrykte takknemmelighet da helsepersonell satt seg ned sammen med dem. Studien viste at den nonverbale kommunikasjonen var et behov for de pårørende, og det ble sett på som essensielt for å etablere gjensidig kontakt.

«They're just warm and friendly and smiling. They just make you feel comfortable» (Seccareccia et al., 2015, s. 760).

Når det kommer til diskusjoner og samtaler rundt døden viste studien til Seccareccia et al. (2015) at det var variasjoner rundt dette emnet. Blant helsepersonell var noen svært ivrige på dette, mens andre diskuterte det lite. Pårørende og pasienter i studien tok sjeldent opp temaet om døden når det kom til deres tilfredshet med pleien de mottok. Kreftsykepleiere var den gruppen av helsepersonell som understreket viktigheten av å prate med de pårørende og pasienten om døden. De så at det kunne skapes et trygt miljø for pasienten og de pårørende. Det ble også rapportert av sykepleiere at det var viktig å se de pårørendes følelser og tilby støtte, spesielt hvis de satt med tanker om sorg og død. Dette mente kreftsykepleierne var et grunnleggende prinsipp når det kommer til hva en palliativ enhet burde være i stand til å tilby. Pårørende derimot hadde delte meninger om hvorvidt personalet skulle være direkte med den kreftsyke, dem selv, om dødsprosessen og den sykes bortgang. Følgende sitater viser variasjonen av meninger personalet opplevde rundt varsomhet i samtaler:

«They give it to you as it is, which is good. I don't think people should be left in the dark» (Seccareccia et al., 2015, s. 762).

«I don't think it's proper for doctors or nurses to be straightforward with patients. I don't find it right» (Seccareccia et al., 2015, s. 763).

I studien til Tarberg et al. (2020) var det tre temaer som kom ut fra samtalene med sykepleierne. Disse var informasjon og samtale, skape trygge rammer for å dø og pårørendes aksept for døden. Forfatterne stilte sykepleierne spørsmål basert på de tre fasene i den palliative behandlingen: "starten", "underveis" og "slutten".

I første fase understreket sykepleierne betydningen av tidlig kontakt for å gi informasjon om hvilke tjenester de kan tilby. Sykepleierne formidlet at i denne fasen følte ofte pasientene og de pårørende på sjokk og tristhet. De hadde ofte lite kontakt med pasienter og pårørende i denne perioden av det palliative løpet. "Når vi klarer å etablere tidlig kontakt, blir det lettere å jobbe sammen på slutten" (Tarberg et al., 2020, s. 4822). Derfor la sykepleierne vekt på betydningen av dialog mellom pasienter, pårørende og helsepersonell i løpet av sykdommen, og bemerket at tidlig involvering økte deres evne til å gi medfølelse omsorg (Tarberg et al., 2020, s. 4821). Det var viktig for dem at pårørende og pasienter fikk tilstrekkelig kunnskap eller erfaring til å forstå betydningen av tidlig involvering med helsepersonell.

Sykepleierne i studien la vekt på at leger og sykepleiere på sykehusene hadde en nøkkelrolle i å kommunisere, og viktigheten av tidlig involvering av de pårørende i den palliative pleien. De anså det som viktig å planlegge den palliative veien sammen med pasientene og familiens omsorgspersoner før pasienten nådde den tredje og den terminale fasen. Behovet for planlegging ble beskrevet av sykepleiere: "Vi trenger å hjelpe dem med å lage en palliativ plan, avklare viktige aspekter, prøve å unngå situasjoner der beslutninger må tas raskt, og der pasienter og pårørende kanskje ikke er forberedt" (Tarberg et al., 2020, s. 4822). De opplevde at forhåndsplanlegging førte til at nyttig informasjon ble formidlet til pasienter og familiens omsorgspersoner, skapte en følelse av trygghet og forberedte pasienter og pårørende på det som skulle komme. Sykepleiere diskuterte verdien av å inkludere pårørende som en del av teamet. Tett samarbeid mellom pårørende, primærhjelp, leverandører og helsepersonell gjorde det mulig å oppfylle pasientens ønsker. Samarbeid ble sett på som et viktig element i medfølelse omsorg.

Den andre fasen er en periode preget av ro, hvor pasienter og pårørende får føle på sikkerhet, forutsigbarhet og avklaring. Sykepleierne understreket viktigheten av å skape et rom for å dø, og de bemerket at det kan være vanskeligere å skape dette rommet på sykehus enn for eksempel i hjemmet eller på sykehjem. Ifølge sykepleierne var et rom for å dø preget av tillit, samarbeid, gode relasjoner, empati, oppmerksomhet, stillhet, forsiktighet, ro, symptomlindring og fravær

av støy og konflikt. Utfordringer i samspillet med pasienter og pårørende var et tema i fokusgruppene. Å balansere en interessekonflikt mellom familiemedlemmer kan være utfordrende og kunne forhindre tilstrekkelig planlegging for den forestående døden. Dette kan hindre prosessen med å "skape et rom for å dø". Sykepleiere uttrykte at pasienter og familiens omsorgspersoner også kunne ha forskjellige behov, i en slik situasjon kan det bli et etisk dilemma for helsepersonell. Sykepleiere må være klar over pasienters og pårørendes mentale og fysiske behov. Videre er viktigheten av tillit, gode mellommenneskelige forhold, kommunikasjonsevner og kompetanse avgjørende for å tilby medfølelse og omsorg. Sykepleiere beskrev hvordan de prøvde å forberede pasienter og pårørende for de siste dagene og døden og at de måtte være varsomme og kommunisere dette på en empatisk måte.

Sykepleierne opplevde den siste fasen som vanskelig. Dilemma oppstod da helsepersonell og pårørende hadde en annen forståelse av behandlingsvalg; for eksempel hvis de pårørende ønsket at helsepersonell skulle gi behandling og pasienten ikke ønsket det. Behovet for informasjon til pårørende om palliativ behandling ble fremhevet, særlig knyttet til væske og ernæring. Pårørende krevde forklaring om dødsprosessen, og hvordan man kan møte behovene til en døende pasient. Sykepleierne så dermed viktigheten av en felles forståelse mellom helsepersonell og pårørende.

#### 4.2 Sykepleierens kunnskaper og ferdigheter

«I see on the [cancer ward] there's booklets on, 'How to deal with cancer', and 'How to talk to your kids with cancer', and 'I've been diagnosed with cancer' and 'Stress on carers', blah, blah ... but there's nothing on preparation for death. Not that I would have picked it up straight away, but I probably would have picked it up before dad was discharged, thinking, 'I'll put this aside until I need it» (Collins et al., 2018, s. 866).

De pårørende ønsket å få informasjon tidlig i det palliative forløpet slik at de kunne forberede seg til behandlingen og forstå hva det innebar. Det var ønskelig at helsepersonell tok initiativ og tilbydde åpen dialog gjennom hele behandlingsprosessen. Det kommer likevel frem i studien til Collins et al. (2018) at flere helsepersonell finner det vanskelig og utfordrende å snakke om døden og palliativ behandling, selv om det er denne informasjonen de pårørende ønsker.

Moir et al. (2015) sin hensikt var å undersøke sykepleiernes opplæringsbehov for kommunikasjon med pasienter og pårørende om palliativ behandling. Studien avdekket at kreftsykepleiere med videreutdanning følte seg mer komfortabel rundt pårørende i motsetning til sykepleiere med mindre erfaring. Flere av sykepleierne med mindre erfaring eller som jobbet på en annen avdeling rapporterte i studien at det å ta en videreutdanning ville være til fordel for dem. Dermed kunne de følt en større trygghet rundt og i samtaler med pårørende (Moir et al., 2015, s. 111).

Videre så forfatteren av studien at det kunne være hensiktsmessig å ha pedagogisk opplæring for sykepleiere i de ulike avdelingene for å styrke kommunikasjonsferdighetene. Ved å gjennomføre et slikt tiltak vil det øke sykepleiernes tilfredshet når de skal ha samtaler med pårørende (Moir et al., 2015, s. 111). Pårørende har ofte flere spørsmål om den palliative behandlingen samtidig som de går gjennom en livskrise. Moir et al. (2015) rapporterte at det var viktig at sykepleiere uavhengig av videreutdannelse kunne de grunnleggende prinsippene innenfor palliativ behandling. Forfatteren av studien konkluderte med at videreutdanning og erfaring opparbeidet over tid hadde noe å si for hvor trygge sykepleiere følte seg i samtaler med pårørende.

#### 4.3 Hva de pårørende savner

##### 4.3.1 Åpen kommunikasjon ved livets slutfase

I studien til Collins et al. (2018) kom det frem at de pårørende ønsket åpen kommunikasjon, og at dette burde iverksettes av sykepleieren. I de situasjonene hvor pasienten lå døende under innleggelse opplevde pårørende at helsepersonellet “sparte” dem for informasjon, spesielt om hva de kunne forvente mens deres kjære lå døende. De rapporterte i studien at de hadde behov for mer detaljert informasjonen slik at de kunne forberede seg på hva de kunne forvente med tanke på hva som lå foran dem. Med tanke på den syke vedrørende dens symptomer, den terminale fasen og hva de skal gjøre etter at personen dør.

«No one really ever talks to you about some of the things that you will see as a person dies... I could see people tiptoeing around me. And I found that the dying part remains unspoken, even within palliative care» (Collins et al., 2018, s. 863).

Videre avdekket også studien til Seccareccia et al. (2015) at det var avgjørende med åpen kommunikasjon. Dette inkluderte at pårørende fikk informasjon om pasientens nåværende tilstand og eventuelle endringer. De pårørende påpekte at informasjonen burde bli gitt mer systematisk, samt når de selv hadde et behov, istedenfor opplevde de ofte å søke etter informasjonen selv.

#### 4.3.2 Inkludering og kontroll

Det å holde pårørende informert om daglige hendelser fikk dem til å føle på en viss kontroll over ulike situasjoner. Pårørende følte seg mer respektert av de ansatte og opplevde at de var endel av teamet som arbeidet rundt den syke (Seccareccia et al., 2015, s. 763). Det var viktig for de pårørende å føle seg inkludert i sykdomsforløpet slik at de kunne være der for sin kjære, og de fikk muligheten til å spørre og uttrykke sine tanker.

«I didn't even have a question to ask because everything got answered prior to me asking the question. I felt very confident» (Seccareccia et al., 2015, s. 761).

## 5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen består av en metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi diskutere integrativ litteraturstudie som metode for å belyse hensikten med oppgaven. Deretter vil våre funn presenteres opp mot teori i resultatdiskusjonen for å danne en ny helhet.

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuteres metoden som er anvendt for å belyse temaet i oppgaven. Videre vil det ses på reliabiliteten og validiteten til artiklene ved bruk av kildekritikk og diskutere de utvalgte artiklene. For å undersøke hensikten og problemformuleringen er det brukt en integrativ litteraturoversikt.

#### 5.1.1 Endring av problemformulering

I utgangspunktet fokuserte vi på kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende til en palliativ kreftpasient. Underveis opplevde vi at ordet kommunikasjon ble for snevert til å beskrive møte med pårørende i en slik fase. På en annen side er det å skulle dekke alle behovene for de pårørende i denne perioden omfattende, og vi endte dermed med å fokusere på hvordan en

sykepleier kan utøve omsorg gjennom kommunikasjon. Dette førte til at vi måtte fjerne en av artiklene, og som følge av dette inkluderte vi en ny artikkel som var bedre egnet til vår nye problemformulering.

### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

I arbeidet med å søke opp relevante artikler er det sentralt å vurdere gyldigheten til artiklene, og forskernes bakgrunn og faglige kompetanse ble derfor undersøkt. Forskningsartiklene er skrevet av helsepersonell som leger, sykepleiere og psykologer, og flere av dem har også kompetanse som master- eller doktorgrad.

### 5.1.3 Tid og sted for studiene

Forskning er noe som fornyes over tid og for å minimere risikoen for at funnene er utdatert har vi avgrenset søket vårt til studiene skrevet etter 2000. Artiklene denne oppgaven tar utgangspunkt i er ikke eldre enn 2015, og de utvalgte studiene ble utført i Norge, USA, Canada og Australia. Vi mener at helsevesenet i disse landene er sammenlignbare og derfor kan sammenlignes med det norske helsevesenet innenfor sykehusstandard, kultur og religion. Disse landene har etablerte sykehustjenester, høyt utdannet helsepersonell og avansert medisinsk behandling. Med utgangspunkt i dette mener vi at vi har funnet et adekvat utvalg av forskningsartikler som er relevante i denne oppgaven.

### 5.1.4 Studienes deltakere

Denne oppgaven knytter seg til opplevelser fra både sykepleier og pårørende under en palliativ behandling, og av den grunn er det anvendt artikler som både belyser sykepleier- og pårørendeperspektivet. Tarberg et al. (2020) og Moir et al. (2015) fokuserer kun på sykepleiere og sykepleierperspektivet i studiene, mens Seccareccia et al. (2015) inkluderer flere grupper i helsesektoren med en overvekt av sykepleiere. I studiene er sykepleierne representert ved en større andel kvinnelig deltagelse, og det var kun en liten andel menn som deltok. Dette er i samsvar med generell praksis, da kvinner er overrepresentert i sykepleieryrket. Studiene inkluderer både sykepleiere og de med videreutdanning som kreftsykepleiere og palliativ sykepleier. Antall år i sykepleieryrket varierer blant deltakerne i studiene, men en stor andel har lang erfaring.

Studiene til Seccareccia et al. (2015) og Collins et al. (2018) tar for seg pårørendeperspektivet, mens dette perspektivet kun blir omtalt av sykepleiere i de andre artiklene. De pårørende varierer i slektskap og relasjon, og var blant annet ektefeller, partnere, søsken, venner eller etterkommere. De pårørende var både menn og kvinner over 19 år, men også her var kvinner den største gruppen.

#### 5.1.5 En integrativ litteraturoversikt

Denne oppgaven er bygget på en integrativ litteraturoversikt. Dersom vi hadde hatt bedre tid og ressurser til rådighet ville det vært hensiktsmessig og ta i bruk enda flere artikler. Grunnet fagområdets kompleksitet og for å få et bredere og mer kvalitetssikret resultat. Det var mye faglitteratur og hente rundt dette temaet og vi måtte være kritiske i valg av litteratur. Vi opplevde i starten av denne skriveprosessen at artiklene var lette å sammenligne, men likevel var den ene forskningsartikkelen vi hadde valgt ikke i samsvar med hensikten til oppgaven. Dermed så vi oss nødt til å søke etter en ny artikkel i etterkant.

Forskningsartiklene vi har valgt er skrevet på engelsk, som kan forårsake feil oppfattelse av innholdet eller at man overser et par elementer. Vi har brukt mye tid på oversettelsesarbeidet og mener at vi har tolket studiene på en best mulig måte med utgangspunkt i vår kompetanse. Forskerne som har skrevet artiklene har tatt etisk hensyn til deltakerne i studien og alle deltakere har fått skriftlig informasjon om deltakelsen. Det er blitt tatt hensyn til anonymisering og de har hatt mulighet til å trekke seg om ønskelig. Forskningsartiklene i oppgaven er dermed i samsvar med de etiske retningslinjene.

#### 5.1.6 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Oppgaven tar for seg tre kvalitative studier og en kvantitativ studie. De kvalitative artiklene viser både sykepleiers og pårørendes synspunkt, og i to av dem er det også benyttet fokusgrupper som gir rom for diskusjoner mellom deltakerne. Dette kan bidra til at deltakerne tenker og reflekterer og får nye tanker. På en annen side kan det også føre til at noen deltagere får en mer passiv rolle hvor de blir sittende inne med sine tanker og lar være å ytre sine meninger. Vi tar utgangspunkt i at forfatterne av studiene har tatt ansvar for å inkludere alle deltakerne på best mulig måte.

Studien til Moir et al. (2015) er den kvantitative forskningsartikkelen. En mulig svakhet er at alle respondentene er ansatt på samme sykehus i USA og resultatet kan dermed ha blitt påvirket av individuell kultur på sykehuset. Dette var også en veldig liten studie der kun 34% av de som hadde fått tilsendt e-mail deltok, men siden studien var innenfor våre kriterier valgte vi å inkludere artikkelen. Ettersom hensikten til oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til omsorg gjennom kommunikasjon konkluderte vi med at den kvantitative artikkelen ikke ga en helhetlig forståelse. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter og skal gi en breddeforståelse og undersøke årsakssammenhenger (Dalland, 2017, s. 52), og vi mener det hadde blitt vanskelig å undersøke oppgavens hensikt ved å kun bruke kvantitative forskningsartikler. Med utgangspunkt i dette fremgår det at de kvalitative studiene er mer hensiktsmessige for denne oppgaven, og de har gitt oss en dypere forståelse av sykepleieres og pårørendes opplevelser og meninger rundt den palliative fasen.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Se og inkludere de pårørende, gi dem følelsen av kontroll

Artikkelen til Collins et al. (2018) og Tarberg et al. (2020) trekker frem sykepleieren som en formidler av informasjon om den palliative behandlingen. Studiene fremmer også at det er sentralt at denne informasjonen kommer tidlig og at de pårørende inkluderes i behandlingen. Dette er fordi informasjon om og inkludering i behandlingen får de pårørende til å føle seg trygge. Informasjonen gjør at de pårørende er forberedt på det som skal skje og hva de kan forvente i tiden fremover, samt at de får vite hvem og hvor de kan henvende seg dersom de har spørsmål. Tarberg et al. (2020) presiserer også nødvendigheten med tidlig informasjon for å unngå at eventuelle beslutninger må hastebestemmes og at pasient eller pårørende ikke er forberedt. Videre legger sykepleierne i studien til Tarberg et al. (2020) frem at de ønsker å inkludere de pårørende som en del av teamet fordi de kunne se at dette var med på å skape et bedre samarbeid. Studiene til Seccareccia et al. (2015) og Collins et al. (2018) kan også bekrefte at pårørende følte seg som en del av teamet ved at de blant annet fikk informasjon om daglige gjøremål og dette gjorde at de følte en kontroll. Ved å inkludere pårørende kan det gi dem en følelse av mestring. Videre viste begge artiklene at det var essensielt med konkret, direkte og klar tale. I studien til Seccareccia et al. (2015) fant de pårørende det hjelpsomt hvis sykepleieren gav konkrete tilbakemeldinger som for eksempel “jeg er tilbake om noen minutter”. Basert på egen erfaring vet vi at det kan være travle dager for sykepleiere og vi har opplevd at det er fort å si “straks tilbake” når man forlater rommet og har en plan om å komme snarlig tilbake. Dette



kan føre til misforståelser da betydningen er subjektiv, og det er dermed viktig å være bevisst på hvordan man ordlegger seg som sykepleier.

### 5.2.2 Sykepleierens krav og behov for kunnskap

I studien til Moir et al. (2015) påpeker sykepleierne at de kunne tenke seg videreutdanning eller mer erfaring fordi det vil hjelpe dem i å føre samtaler rundt og informere om palliativ behandling. Dette var en mindre studie og sykepleierne som ytret denne meningen hadde lite erfaring innenfor palliativ samtale. Samtidig blir det bekreftet i studien at erfaring gir øk utbytte hos de pårørende. Kreftsyrkepleiere ble rangert høyere enn sykepleiere når det kom til å føle seg komfortabel under samtaler om palliativ behandling (Collins et al., 2018). Martinsen påpeker at fagkunnskap og erfaring er avgjørende fordi sykepleier blir i bedre stand til å ta vare på de pårørende på en mer omsorgsfull og barmhjertig måte. Vi finner det derfor viktig at dersom en sykepleier føler seg mindre rustet og usikker under en slik situasjon må sykepleieren fokusere på egen læring og jobbe aktivt med å føre slike samtaler for å få erfaring og bli tryggere i rollen.

### 5.2.3 Kommunikasjon

Seccareccia et al. (2015) viser i sine resultater at kommunikasjon er essensielt når det gjelder samhandling mellom pårørende og sykepleiere. Som tidligere beskrevet oppga sykepleiere at det var krevende å kommunisere med pårørende til en alvorlig kreftsyk pasient (Moir et al., 2015, s. 111). Likevel ser vi i samtlige av våre studier at pårørende til palliative pasienter har et stort behov for å kommunisere med sykepleier om sine følelser og tanker, og at dette har en stor betydning for utvikling av relasjonen.

Kommunikasjonsferdigheter på det personlige og profesjonelle plan i møte med pårørende og alvorlig syke setter høye krav til sykepleieren. Funnene i studien til Tarberg et al. (2020) viser at sykepleierne hadde evne til å reflektere over hva slags kommunikasjonsferdigheter som krevdes for å kunne være medfølende og omsorgsfull, spesielt i livets siste dager. Vi mener at dette har mye med bevisstgjøring og selvinnsikt, og at det ikke er noe galt dersom sykepleieren ikke har alle svarene. Det sentrale er å innhente informasjonen selv eller fra andre fagpersoner. Alle sykepleiere har i utgangspunktet ulike kommunikasjonssevner og dette må tas i betraktning. Forskning viser at dersom sykepleiere mangler grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og ikke opptrer varsomt kan det føre til enda mer lidelse for de pårørende. Sykehuspresten Tom Andersen Kjær trekker frem ordet varsomhet (Martinsen, 2012, s. 152). En sykepleier kan enten

ta seg tid i et gjøremål; i møte med medmennesket holde en passende takt og tone i forholdet til den stemningen som pågår i det øyeblikket, eller sykepleieren kan utføre det hyppig ved å skulle komme fortere videre til neste oppgave.

Videre viser funnene våre at kommunikasjonsteknikker kan læres gjennom å opparbeide seg erfaring. Aktiv lytting brukes for å etablere god kontakt, vise at man hører, ser og forstår og for å skaffe nødvendig informasjon (Eide & Eide, s. 117). Dette er et verktøy som sykepleieren kan bruke for å vise at hun er oppmerksom og lytter til det som uttrykkes av de pårørende. Dette er også noe som støttes i funnene i studien til Seccareccia et al. (2015). Pårørende nevnte at sykepleierne som lyttet, viste at de var tilgjengelige og ønsket å hjelpe både pasienten og dem som pårørende, hadde et oppriktig ønske om å skape et forhold til pasienten og pårørende.

Nonverbal kommunikasjon går under kategorien aktiv lytting og er knyttet til kroppsholdning, stillhet, øyekontakt og det å bruke pauser aktivt (Eide & Eide, 2017, s. 119). Funnene våre viser at nonverbal kommunikasjon ble satt pris på av pårørende. Ifølge Travelbee bør sykepleier observere og tolke, vite når en bør snakke og når en bør tie, være lydhør for tid og sted, og ha evnen til å avvente pasientens eller pårørendes tempo (Travelbee, 1999, s. 148). Dette er et godt eksempel på hvordan aktiv lytting og nonverbal kommunikasjon kan gå over i hverandre og spille sammen. Gjennom egen erfaring har vi observert hvordan sykepleiere har deltatt og ført en samtale der det benyttes nonverbal kommunikasjon. Sykepleierne satte seg ofte ned på en stol og hadde god øyekontakt. På denne måten setter sykepleieren de pårørende i fokus og viser at det er satt av tid til dem. Gjennom denne type kommunikasjon etableres det et mellommenneskelig forhold som samsvarer med Travelbee sin interaksjonsteori.

#### 5.2.4 Relasjon som en trygghet

Vi ser at kommunikasjon og relasjon på mange måter kan være to sider av samme sak. Relasjonen skapes gjennom kommunikasjon og opplevelsen av god kommunikasjon er et resultat av en etablert og fungerende relasjon. Travelbee (1999) formidler at kommunikasjon er en prosess som gjør at sykepleieren er i stand til å etablere menneske-til-menneske-forholdet da dette danner grunnlaget for relasjonen videre.

I studien til Seccareccia et al. (2015) fremkom det at det var viktig for alle deltakerne å etablere et personlig forhold og utvikle relasjoner. Dette var noe alle artiklene hadde til felles og de var

enige om at det er viktig med en relasjon mellom sykepleier og pårørende i bunn. I Tarberg et al. (2020) begrunner de med at tillit og gode mellommenneskelige forhold er viktig for å tilby medfølelse omsorg.

Vi har inkludert et essay av sykepleier og førsteamanuensis Betty-Ann Solvoll i diskusjonen, da vi ønsket et beskrivende perspektiv på hvordan pårørende har opplevd omsorg. I artikkelen fremmer Solvoll sitt perspektiv og den inneholder ikke forskning, og den er derfor kun anvendt som et supplement i diskusjonen. I essayet til Solvoll «Erfaringer med å være pårørende når en nærstående er døende» (2016) belyste hun hvordan det for en pårørende kan oppleves som en krenkelse når en sykepleier har til hensikt å trøste.

“Jeg sitter en kveld ved mors seng og gråter stille [...] Nattevakten kommer inn for å ordne med dryppet. Hun ser meg, kommer bort og klapper meg på ryggen mens hun gjentar: “bare gråt, bare gråt, det er helt i orden at du gråter”. Jeg sitter i uforandret stilling og tenker oppgitt: «kan du ikke bare komme deg ut!» Klappingen på ryggen kjennes ubehagelig” (Solvoll, 2016, s. 3).

Ut fra dette sitatet kan vi igjen trekke inn Travelbee som er opptatt av at sykepleieren skal ha den nødvendige kunnskapen med å tolke andres atferd og se deres behov. På en annen side kan det i dette tilfellet også være mangel på en relasjon mellom nattevakten og den pårørende, som gjorde at denne tilnærmingen som var godt ment fra sykepleier ble oppfattet mot sin hensikt av den pårørende. Samtidig er det som Martinsen belyser at omsorgen er det mest grunnleggende og naturlige i menneskets eksistens, dermed ville det vært rart for nattevakten og se det gråtende mennesket for å så bare gå ut igjen etter at dryppet til pasienten var fikset. Et motstridende eksempel på denne type handling ble beskrevet av en pårørende i studien til Seccareccia et al. (2015). Der forteller en pårørende om en sykepleier som kom inn i rommet, hun hadde aldri møtt henne og visste heller ikke navnet på sykepleieren som tok hennes hånd i sin. Med denne handlingen fikk den pårørende følelsen av at hun ikke var alene og opplevde at sykepleierne var der for henne, og at det var deres jobb. Hun følte også at de var der for å få henne til å føle seg trygg og lytte til henne. Denne handlingen var nok til at den pårørende følte seg sett (Seccareccia et al., 2015, s. 760). Vi ser det uansett er hensiktsmessig at det etableres en kontakt med den pårørende fra start, da dette har stor påvirkning til deres oppfattelse av tilnærming og omsorg fra sykepleieren.

### 5.2.5 Den vanskelige samtalen

De pårørende kan oppleve det vanskelig å uttrykke sine tanker når en av deres nærmeste er blitt syk. Ofte kan de sitte med flere spørsmål, men de føler ikke at de har noe rett til å sette seg selv først fordi det er pasienten som er hovedfokuset (Faulkner, 2007, s. 132). Studien til Collins et al. (2018) trekker frem de pårørendes behov for informasjon om dødsprosessen. Her oppgir de pårørende at det er viktig at sykepleiere informerer og avklarer hvor mye av samtalen som skal omhandle døden. I studien til Seccareccia et al. (2015) viser funnene at det er delte meninger når det kommer til informasjonsbehovet til pårørende. Få av de pårørende i studien tok opp dette temaet som viktig i forhold til kvaliteten på omsorgen. Noen satte pris på at sykepleiere var ærlige når det gjaldt informasjon om dødsprosessen, mens en annen tilbakemelding sa at pårørende var misfornøyde når sykepleiere pratet åpent om døden. Det kan komme av at pårørende har enorme vanskeligheter med å akseptere en så smertelig realitet som det faktum at deres nære ligger for døden. Det bør også nevnes at dersom pasienten nekter å innse at han eller hun er syk, så vil det være svært vanskelig for de pårørende å kunne diskutere og akseptere den kreftsykes bortgang (Faulkner, 2017, s. 146). På den andre siden fant vi i studien til Collins et al. (2018) at pårørende som ikke ville delta i slike samtaler tidligere, likevel ønsket en dialog om pasientens forventede siste dager når det nærmet seg livets slutt.

Majoriteten av sykepleierne i studien til Seccareccia et al. (2015) understreket viktigheten av å diskutere døden og informere pårørende om hva de kunne forvente. Sykepleierne la frem at en åpenhet om dette samtaleemnet ville skape trygge omgivelser for både pasienten og de pårørende. Det å observere de pårørende og tilby dem samtaler når det trengs er grunnleggende prinsipper ifølge sykepleierne. Likevel ser vi i studien til Collins et al. (2018) at de pårørende opplevde å ikke bli sett og tatt på alvor. De kunne ofte føle at detaljene ble spart når de fikk informasjon om hva de kunne forvente når døden var nær. De pårørende mente at de burde bli tilbudt samtaler oftere istedenfor å måtte hale ut informasjon selv.

Martinsen fremhever at sykepleieren må være villig til å sette seg inn i den andres situasjon, da dette er sentralt i forståelsen av begrepet omsorg. En vesentlig faktor er at sykepleieren må kunne tyde den andre ifølge Martinsen. Da gjelder det for sykepleieren å være sansende og sårbar til stede. Pårørendes kontakt med egne følelser og evne til å reflektere kan være sterkt nedsatt (Eide & Eide, 2017, s. 226). Derfor er det viktig at sykepleieren oppfatter hvilke signaler som gis av de pårørende og dermed tilrettelegger for samtaler ut ifra sanseintrykk.

På den andre siden påpeker Martinsen at i tillegg til den personlige erfaringen og kunnskapen, er det nødvendig for sykepleieren å ha de faglige kunnskapene for å utøve omsorg på best mulig måte. Likevel mener vi at det kan være vanskelig for sykepleiere å forstå akkurat når og hvordan man skal reagere ettersom hvert enkelt menneske har forskjellige behov når det gjelder trøst og støtte. Dette samsvarer med funnene våre som viser at sykepleiere som er nyutdannet ikke føler seg komfortabel nok til å ta disse samtalene, mens de som hadde videreutdanning og erfaring i yrket følte seg mer bekvem (Moir et al., 2015).

### 5.2.6 Konklusjon

Avslutningsvis har vi sett at sykepleiere må tilrettelegge for samtaler og informasjon. Dette er sentralt tidlig og underveis i behandlingsforløpet, og det burde inkludere informasjon om den palliative behandlingen og dødsprosessen. For å kunne sikre en god ivaretagelse av de pårørende bør sykepleieren først og fremst danne og innlede en relasjon til dem. Dette er en fordel i samhandlingen og kan påvirke samtalene dem imellom videre i den palliative fasen. Med dette erkjenner vi at samhandlingen mellom sykepleier og pårørende har en vesentlig stor rolle når det kommer til pårørendes opplevelse av omsorg og ivaretagelse.

## 6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Ut ifra sykepleierens evne og faglige kompetanse er det viktig å skape en god og trygg relasjon. Funnene og teorien vår viser at pårørende som blir inkludert, får nødvendig informasjon og har sykepleiere tilgjengelig vil skape en relasjon som gjør de opplever å bli tatt vare på. Dette er et godt grunnlag for omsorgen til de pårørende. Vi vil med dette presentere ulike forslag for hvordan studien kan anvendes i praksis.

Hva trenger sykepleiere for å være i stand til å yte best mulig omsorg?

- Man lærer av erfaring, ofte kommer refleksjonstiden i etterkant av et dødsfall, av den grunn er det lite om dette i våre artikler. Det kan derfor være nyttig med refleksjonstimer med de ansatte slik at de får pratet om sine opplevelser og erfaringer.
- I Norge blir sykepleiere på sykehus pålagt å ta kurs via kompetanseportalen. Dette er en elektronisk portal hvor sykepleiere kan gjennomføre digitale kurs. Vi ser det hensiktsmessig å ha informasjonskurs om palliativ behandling for sykepleiere.
- Vi foreslår at arbeidsplassen tilrettelegger for videreutdanning av faste ansatte. På denne måten tilstreber de å få ansatte med bredere erfaring.
- Vi foreslår at nyutdannede sykepleiere får en kontaktperson blant de ansatte de første gangene de er primærsykepleier for en palliativ pasient. Det vil si en sykepleier som har bredere erfaring. Hensikten blir å være tilgjengelig for refleksjon, spørsmål og veiledning.
- Sykepleier må være var og varsom i møte med de pårørende. Palliasjon betyr å legge kappe rundt. Sykepleiere må derfor prøve best mulig i pleien å beskytte og legge en kappe rundt de pårørende. Det å lytte, være til stede og rette oppmerksomheten mot pårørende vil styrke pårørendes trygghet. Kommunikasjonen er følsom for de fleste og derfor kreves det en ekstra varsomhet av sykepleieren.

Hva kan de pårørende trenge for å føle seg ivaretatt av sykepleieren?

- Det er svært viktig med en god relasjon med de pårørende fra start, ved å inkludere dem hele tiden i forløpet. Det er viktig at samtaler med pårørende finner sted i begynnelsen, underveis og etter bortgangen til pasienten. De pårørende må få den informasjonen de trenger og bli gitt muligheten til å stille spørsmål. Dersom det for eksempel implementeres i rutinene på en sykehusavdeling at slike samtaler gjennomføres, så vil det gi pårørende en mulighet for å få utløp for sine følelser og tanker sammen med helsepersonellet.
- Ut fra våre egne erfaringer opplever vi at avdelinger tilstreber at pasienten og de pårørende får en primærsykepleier. Det vil si at det er en eller to faste ansatte som blir tildelt det pasientrommet ved vaktstart og det rommet i lengre periode når de er på vakt. Dette kan glippe til tider, men det er viktig å ha fokus på det. Å ha en primærsykepleier skaper ofte en bedre relasjon både til den syke og pasienten.
- I tillegg er det viktig med en kontinuitet, spesielt i de siste dagene slik at pårørende og pasient slipper at det ofte kommer inn ulikt helsepersonell. For hvis kontinuiteten mangler, kan fort det personlige i omsorgen forsvinne.

## Kildeliste

Bugge, K. E., Eriksen, H., & Sandvik, O. (Red.). (2003). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Cancer Registry of Norway. (2019). Cancer in Norway 2019- Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Krefregisteret. Hentet 23.03.21 fra:

[https://www.krefregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin\\_report.pdf](https://www.krefregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin_report.pdf)

Collins, A., McLachlan, S-A. & Philip, J. (2018). How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 32(4), 861-869.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/0269216317746584>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Faulkner, A. & Maguire, P. (1998). *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Tano Aschehoug.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Grov, E. K. (2010). Pårørende. Schjølberg, T. K. (Red.). *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3.utg., s. 269-281). Oslo: Akribe.

Helsedirektoratet (2019, 10. oktober). *Åndelige og eksistensielle utfordringer*.

Helsebiblioteket. Hentet 28.04 .21 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/kjennetegn-og-utfordringer-ved-palliasjon/%C3%85ndelige-og-eksistensielle-utfordringer#Kortbeskrivelseavdet%C3%A5ndeligeomr%C3%A5det>

Kaasa, S. (Red.). (2008). *Palliasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Klæning, L. T. & Ueland, V. (2017). Pårørende må informeres bedre. *Sykepleien*, 105 (9), 44-46. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63578>



Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). (2015). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.

<https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>

Norsk Sykepleierforbund. (2012). *Kreftsykepleie* [Brosjyre].

<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/873907.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 08.04.21 fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 1999: 2. (1999). *Livshjelp— Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 21.04.21 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?ch=1>

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/>

Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D. & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(9), 758-764.

<http://doi.org/10.1089/jpm.2014.0408>

Solvoll, B.-A. (2016). Erfaring med å være pårørende når en nærstående er døende. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 12(2). <https://doi.org/10.7557/14.4056>

Syse, A. (Red.). (2018-2019). *Norges Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren* (28. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.

Tarberg, S. A., Lanstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M. & Kvangarsnes, M. (2020). *Nurses's experiences of compassionate care in the palliative pathway*. J Clin Nurs. 29, 4818-4826  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15528>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1: Oversiktstabell over utførte søk

Database	Dato	Søkeord	Treff	Kriterier	Treff etter kriterier	Nummer på valgte artikkel	Navn på artikkel
PubMed	24.03.21	communication AND caregiver AND palliative AND cancer	517	1.Kun de siste ti årene 2.Adult: 19+ years	398	16	Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study
PubMed	24.03.21	communication AND caregiver AND palliative AND cancer	517	1.Kun de siste ti årene 2.Adult: 19+ years	92	29	How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer.
Svemed+	24.03.21	nurse AND cancer OR family members	2456	1. Kun fagfelleverderte tidsskrifter 2. Kun de siste ti årene 3. Adults	638	0	
PubMed	24.03.21	palliative AND nurse AND communication	1058	1. Kun fagfelleverderte tidsskrifter 2.Kun de siste ti årene 3.Voksne fra 19-44 år	28	0	
British Nursing Index	25.03.21	conversations AND end of life AND nurse	3291	1.Kun fagfelleverderte tidsskrifter 2. Kun de siste ti årene	20	0	
CINAHL	25.03.21	end of life care AND communication AND caregivers	351	1.Kun fagfelleverderte tidsskrifter 2. Kun de ti siste årene 3. Fulltekst	128	48	Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses.
CINAHL	20.04.21	Palliative care AND Caregiver AND Nurse	422	1.Kun fagfelleverderte tidsskrifter 2.Adult 19-44 years 3.Fulltekst	107	1	Nurses experience of compassionate care in the palliative pathway

## Vedlegg 2: Oversiktstabell over analyserte artikler

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer.
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Palliative Medicine (2017)
<b>Forfatter(e)</b>	Collins, A., McLachlan, S-A. & Philip, J
<b>Perspektiv</b>	Pårørendeperspektiv
<b>Problem</b>	Helsepersonell undervurderer ofte pårørendes behov for informasjon om lindrende behandling, død og den døende. Helsepersonell føler seg dårlig forberedt på å diskutere disse spørsmålene.
<b>Hensikt</b>	Å utforske pårørendes perspektiv på kommunikasjon når det gjelder samtaler om døden og introduksjon til palliativ behandling.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie. Tverrsnittstudie fra et sykehus i Melbourne, Australia. Det ble foretatt fortellende intervjuer fra 40-120 min. Studien intervjuet 25 pårørende.
<b>Resultater</b>	Resultatene fra studien viser til pårørendes opplevelse av kommunikasjon rundt temaene palliativ behandling, døden og den døende: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Omsorgspersoner rapporterte at de ønsket rutinemessig informasjon skriftlig om palliativ behandling.</li> <li>2. Føre samtaler over tid.</li> <li>3. Når døden er nært forestående ønsket omsorgspersoner at helsepersonell skulle avklare med dem om hvor mye de ønsket å vite om dødsprosessen.</li> <li>4. Pårørende ville ha muntlig beskrivelse på når døden er nær, at helsepersonell skulle bruke et direkte språk, unngå eufemismer og kunne kommunisere om døden når pasienten er til stede.</li> </ol>

<b>Artikkel 2</b>	
<b>Tittel</b>	Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses
<b>Tidsskrift/årstall</b>	International Journal of Palliative Nursing (2015)
<b>Forfatter(e)</b>	Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. J.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleierperspektiv
<b>Problem</b>	Mangelen på videreutdanning og mindre erfaring blant sykepleiere har ført til at sykepleiere føler et ubehag når det gjelder kommunikasjon med pårørende om palliativ behandling.
<b>Hensikt</b>	Studiens hensikt var å finne ut av hva som oppfattes som behovene til sykepleiere ansatt ved forfatterens arbeidsplass, når det kom til kommunikasjon med pasienten og deres pårørende om palliativ behandling og palliativ omsorg.
<b>Metode</b>	En kvantitativ studie. Det ble brukt en ikke-eksperimentell undersøkelsesdesign for å undersøke forskjeller basert på sykepleierens alder, hvor lenge en hadde jobbet i yrket og hvilken avdeling de jobbet på. Totalt 60 sykepleiere deltok i undersøkelsen som var anonym. Studien ble gjennomført på et sykehus i Idaho, USA.
<b>Resultater</b>	Resultatene fra studien viser hva som anses som viktige faktorer når sykepleiere skal diskutere med pårørende om palliativ behandling: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle sykepleiere uavhengig av hvilken pasientgruppe de jobbet med, kunne ha nytte av å ha opplæring i palliativ omsorg. Dette ville øke komforten og ferdighetene til sykepleierne.</li> <li>2. Forfatteren konkluderte også med at videreutdanning ville ha en positiv innvirkning for mindre erfarne sykepleiere. Dette ville være en fordel for dem når det gjelder kommunikasjon med de pårørende og pasienten.</li> </ol>

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Tittel</b>	Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of Palliative Medicine (2015)
<b>Forfatter(e)</b>	Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D. & Zimmermann, C.
<b>Perspektiv</b>	Pasient, pårørende og sykepleierperspektiv
<b>Problem</b>	Kommunikasjon og samhandling er sentralt i den palliative omsorgen. Likevel er det ikke i tidligere kvalitative studier, beskrevet spesifikt hvilke elementer i kommunikasjonen som er viktig for en optimal palliativ behandling, spesielt relatert til sykehusinnleggelser.
<b>Hensikt/formål</b>	Studiens hensikt var å identifisere elementer i kommunikasjon som er sentrale for kvaliteten på tilfredshet og omsorg i palliative enheter.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie. Det ble foretatt semistrukturert intervjuer med både pasienter og pårørende. Det ble tatt i bruk fokusgrupper med helsepersonell. Studien ble gjennomført i Canada på fire ulike palliative enheter både på sykehus og palliativsenter. Det var til sammen 85 deltakere i studien.
<b>Resultater</b>	Resultatene fra studien viser hvilke elementer er viktige for pasienten, pårørende og helsepersonell når det kommer til kvaliteten på omsorg ved palliative enheter: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunikasjon var avgjørende når det kom til kvalitet på pleien og omsorgen.</li> <li>2. Helsepersonell må bygge en relasjon med pasienten og de pårørende for å skape tillit og nærvær.</li> <li>3. Adressere forventninger og forklare målet med pleien til den syke var ønskelig fra de pårørende.</li> <li>4. Holde familien informert om pasientens tilstand.</li> <li>5. Lytte aktivt for å validere pasienten og pårørendes bekymringer og individuelle behov.</li> <li>6. Skape et trygt miljø som er åpen for samtaler som døden og sykdom.</li> </ol>

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Tittel</b>	Nurses's experiences of compassionate care in the palliative pathway
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of clinical nursing (2020)
<b>Forfatter(e)</b>	Tarberg, S. A., Hole, T., Thronæs, M. & Kvangarsnes, M.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleierperspektiv
<b>Problem</b>	Medfølelse er grunnleggende for palliativ omsorg og er sett på som hjørnesteinen når det kommer til omsorgstilbud av høy kvalitet. Det er imidlertid vist seg å være mangel på dette i den palliative fasen.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å utforske sykepleieres erfaringer med medfølende omsorg for pasienter med kreft og pårørende i forskjellige faser i den palliative behandlingen.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie, med hermeneutisk tilnærming. Fire fokusgrupper med tre til syv kvinnelige sykepleiere i hver gruppe. Sykepleierens alder varierte fra 28-60 år. De jobbet både i spesialist og primærhelsetjenesten. Studien ble gjennomført i Midt-Norge i 2018.
<b>Resultater</b>	Resultatene fra studien viser til tre temaer som uttrykker medfølende omsorg relatert til forskjellige faser i den palliative fasen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjon og dialog</li> <li>2. Skape et trygt miljø for den døende og de pårørende</li> <li>3. Omsorgspersoner sin aksept av døden</li> </ol> <p>Studien viste også at sykepleiere bør ha en aktiv rolle når det kommer til medfølelse og omsorg. Det som var avgjørende da var: empati, oppmerksomhet, tillit, fravær av støy og konflikt, symptomlindring, stillhet, gode forhold, forsiktighet og ro.</p>