

[Kandidatnummer: 5173]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier fremme håp i møte med kreftpasienter i palliativ fase?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022



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

Sammendrag

Bakgrunn

I flere deler av helsetjenesten møter man kreftpasienter i den palliative fasen av sykdommen. Fenomenet håp er sentralt i denne fasen av sykdommen, og håpet kan være med på å lindre lidelse. Å fremme håp er komplekst, og det krever en kombinasjon av ulike kunnskaper hos sykepleier. Det sees derfor et behov for økt kunnskap og mer fokus på området.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan fremme håp i møte med kreftpasienter i palliativ fase.

Metode

Anvendt metode i oppgaven er integrativ litteraturoversikt, hvor fire vitenskapelige artikler er analysert, og satt sammen til en ny helhet. Resultatene fra artiklene er diskutert ved bruk av relevant bakgrunnsteori og egne erfaringer, dette har dannet diskusjonen i oppgaven.

Resultat

Resultatene viser at sykepleier-pasient relasjonen, akseptasjon av livssituasjon, familiære relasjoner og å unngå unødvendig lidelse fremmer håpet hos kreftpasienter i palliativ fase. Ved å kombinere de ulike resultatene, og å se de i en sammenheng vil sykepleier kunne fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase på en god måte.

Nøkkelord: kreft, kreftpasient, palliativ fase, håp, håpløshet, sykepleier, relasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Oppgavens hensikt	2
2.0 TEORI	3
2.1 Palliativ sykepleie og kreftsykdom	3
2.2 Fenomenet håp.....	4
2.3 Joyce Travelbee om håp, akseptasjon og menneske-til-menneske-forhold	5
2.4 Sykepleier sin funksjon og ansvar	6
3.0 METODE	7
3.1 Valg av metode.....	7
3.2.1 Valg av søkestrategi og avgrensinger.....	8
3.2.2 Valg av databaser	8
3.2.3 Valg av søkeord	9
3.2.4 Valg av artikler	10
3.2.5 Analyse	12
4.0 RESULTAT	14
4.1 Sykepleiers betydning for pasientens håp	14
4.2 Akseptasjon av livssituasjon.....	15
4.3 Familiære relasjoner.....	15
4.4 Unngå unødvendig lidelse.....	16
5.0 DISKUSJON	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	17
5.1.2 Etiske overveielser	17
5.1.3 Valg av artikler	18
5.1.4 Land og arena for studiene	19
5.1.5 Forskernes bakgrunn	19
5.1.6 Studienes deltakere	20
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Sykepleiers betydning for pasientens håp	20
5.2.2 Akseptasjon av livssituasjon	22
5.2.3 Familiære relasjoner	23
5.2.4 Unngå unødvendig lidelse	24
5.2.5 Konklusjon	25
6.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	26

REFERANSER **28**

VEDLEGG

Antall ord: 7877

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2020 var det 35 515 nye krefttilfeller i Norge. Selv om det er flere og flere som nå overlever og lever lenger med kreftsykdom, var det i 2020 10 981 personer som døde av kreftsykdom (Kreftregisteret, 2021). Dette vil si at det er en god del kreftpasienter som er i den palliative fasen av sykdommen til enhver tid. Det kommer frem at å kunne beholde en form for håp er viktig for pasienter og deres pårørende. Håpet kan ha betydning for pasientens opplevelse av livskvalitet (NOU 2017: 16, s. 30). Dette gjør temaet særs relevant, da pasientgruppen er stor, og det kan tenkes at den vokser i fremtiden.

Håp hos kreftpasienter i palliativ fase er et tema jeg finner interessant da jeg gjennom erfaringer fra både praksis og arbeidsforhold har møtt kreftpasienter der håpet er truet. I disse møtene har jeg erfart at man ved å fremme håp kan være med på å lindre lidelse, og å fremme livsmot hos pasientene. Som sykepleier møter man ofte pasienter med kreft, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Jeg ser derfor på temaet som relevant i flere ulike deler av helsetjenesten. Å fremme håp er komplekst og krever ulike kunnskaper hos sykepleier. Jeg er derfor interessert i å finne ut mer om hvordan sykepleier kan fremme håpet hos kreftpasienter i palliativ fase, samt de ulike aspektene knyttet til relasjonen mellom pasient og sykepleier i disse møtene.

1.2 Problemformulering

Flere mennesker lever med inkurabel kreftsykdom, noe som innebærer store endringer og belastninger for pasientene. Hvordan sykepleier møter disse kreftpasientene er av stor betydning for pasientene. Fenomenet håp er komplekst og individuelt, og det kreves ulike kunnskaper av sykepleier å gå inn i disse samtalen. Jeg ser derfor et økt behov for kunnskap og fokus knyttet til håp hos kreftpasienter i palliativ fase, jeg ønsker derfor å se nærmere på dette. Det er også ønskelig å undersøke de ulike aspektene rundt møtet mellom pasient og

sykepleier, og betydningen av tillit og en god relasjon. Ved å undersøke temaet vil en kunne finne informasjon om hvordan man i sykepleieutøvelsen kan fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan fremme håp i møte med kreftpasienter i palliativ fase.

2.0 TEORI

I dette kapittelet vil det kort beskrives hva kreft og palliativ sykepleie er. Deretter vil fenomenet håp beskrives i lys av ulike teorier, eksempelvis Joyce Travelbee sin teori. Til slutt vil sykepleiers funksjon knyttet til håp defineres ved hjelp av ulike nasjonale og internasjonale retningslinjer.

2.1 Palliativ sykepleie og kreftsykdom

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon slik:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (Helsedirektoratet, 2015, s. 13)

Målet med behandlingen endrer seg fra kurasjon til lindring og opprettholdelse av livskvalitet i den palliative fasen. Slik som det er beskrevet i Verdens helseorganisasjon sin definisjon er lindring og behandling av lidelse det sentrale i palliativ sykepleie. I overgangen fra kurasjon til palliativ pleie er det viktig å styrke håpet og motivere pasientene til å leve det livet de har igjen. Det kommer også frem at det er viktig å ha samtaler med pasienten og dens pårørende om ønsker for den siste tiden (Reitan, 2010, s. 25). I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kommer det frem at pasientens medbestemmelse står sentralt i palliativ pleie, og det kommer frem at det er viktig å ha samtaler rundt døden som er i vente (Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

Kreft er en fellesbetegnelse på sykdommer som fører til ukontrollert celledeling, sykdomsforløpet og behandlingen varierer ut ifra de ulike kreftsykdommene (Folkehelseinstituttet, 2022). Kreftpasienters utfordringer endres i ulike faser i sykdomsforløpet. I denne oppgaven vil fokuset være pasienter som lever med inkurabel kreftsykdom, og dermed lever med kreftsykdom i palliativ fase. I denne fasen av sykdommen er det viktig at sykepleier legger til rette for god symptomlindring (Reitan, 2010, s. 25). I palliativ fase kan pasienter plages både av fysiske, psykososiale og eksistensielle lidelser. Det er viktig at sykepleier ivaretar hele pasienten, og ivaretagelse av håpet er en del av det.

2.2 Fenomenet håp

Håp er viktig for kreftpasienter i alle faser av sykdommen. «Så lenge det er liv, er det håp» er et ordtak noen kreftpasienter holder fast ved under hele forløpet (Utne, 2016, s. 306). Ifølge Store norske leksikon er håp en positiv og optimistisk forventning om at noe ønsket skal skje (Svartdal, 2020). Fenomenet håp er beskrevet av ulike filosofer og sykepleieteoretikere. Sykepleiefilosof Kari Martinsen beskriver i sin teori to former for håp. Henholdsvis det menneskelige håpet, det å håpe på noe og det suverene håpet, det å være håpende (Martinsen, 2021, s. 174). Det menneskelige håpet går ut på det å håpe på noe bestemt, eksempelvis det å håpe på kurasjon eller å håpe på en smertefri siste tid. Det suverene håpet går ut på det å være håpende, og det er et grunnvilkår ved livet, mennesket er et håpende vesen. I det suverene håpet er det en livskraft, denne livskraften kommer fra en annen kilde enn oss selv, og gir oss kraft til å kjempe (Martinsen, 2021, s. 175). Begge formene for håp som Martinsen beskriver kan trues hos kreftpasienter i palliativ fase.

Håpet beskrives som en viktig ressurs for pasienter, som hjelper dem med å unngå mismot og fortvilelse (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). Håpet hjelper mennesker til å holde ut, og å mestre belastende livssituasjoner (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 210). «Håp er identifisert som et av de viktigste elementene i livet for mennesker med kreft» (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 210). Erfaring tyder på at opprettholdelse av håp er knyttet til økt overlevelse ved alvorlige kriser og sykdom. Det kommer frem i forskning at lav opplevelse av håp kan føre til redusert livskvalitet og lav selvfølelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 210).

Sykepleiere har en unik mulighet til å påvirke og fremme pasientens håp, grunnet sine kunnskaper, sin rolle og sine personlige egenskaper (Utne & Rustøen, 2010, s. 68). Sykepleiers atferd og tilstedeværelse spiller en stor rolle knyttet til å fremme håp, ved at sykepleier viser engasjement kan dette smitte over på pasienten (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). Det kommer frem i forskning at relasjoner er viktig for håp hos kreftpasienter, og at plagsomme symptomer som smerter, er en trussel mot håpet (Utne & Rustøen, 2010, s. 66). Behandling av plagsomme symptomer er av vesentlig betydning for at pasienter kan oppleve en så høy grad av håp som mulig (Busch, Jensen & Oved, 2002, s. 139-140). Det er viktig at sykepleiere drøfter håp som fenomen sammen med pasienter og samtidig tilegner seg mer kunnskap, da dette er et tema som påvirker samtlige kreftpasienter (Utne, 2016, s. 307).

2.3 Joyce Travelbee om håp, akseptasjon og menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker fra USA som ble ferdig med sin sykepleierutdanning i 1946. Hun er godt kjent for sine teorier knyttet til relasjoner mellom sykepleier og pasient. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 2001, s. 5).

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s. 117). Travelbee beskriver håpet som den viktigste faktoren som gjør mennesker i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse (Lohne, 2016, s. 116). Videre beskriver Travelbee at de som opplever håpløshet er uten håp, og for å erfare håpløshet må en ha opplevd håp, og deretter mistet håpet (Travelbee, 2001, s. 122-123). Sykepleieren kan fremme og opprettholde håp, og minske håpløshet ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Det er ikke mulig å «gi» håp til pasientene, men sykepleier kan legge til rette for at pasienter kan føle på håp, eksempelvis ved å vise tillit og bygge en relasjon med pasienten (Travelbee, 2001, s. 124). Travelbee (2001) beskriver akseptasjon som den minst vanlige reaksjonen ved sykdom og lidelse. Hun sier også at den som aksepterer situasjonen vil mestre sin lidelse. En person som aksepterer situasjonen, har ikke et ønske om å være syk, men reagerer slik for å lindre lidelsen (Travelbee, 2001, s. 110).

Travelbee beskriver et menneske-til-menneske-forhold som ett virkemiddel som gjør det mulig for sykepleier å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 171). Dette forholdet kommer ikke «av seg selv», forholdet er noe som må bygges opp gjennom tid. Menneske-til-menneske-forhold etableres gjennom fire sammenhengende faser, henholdsvis, det innledende møte, fremvekst av identitet, empatifasen og sympatifasen. Målet med dette forholdet er at sykepleier og pasient skal oppleve gjensidig forståelse (Travelbee, 2001, s. 178). I sympatifasen har relasjonen blitt tatt ett steg videre, og sykepleier er delaktig i den andre sin lidelse på en ekte måte. I denne fasen er det fokus på å lindre lidelse, og at pasienten ikke skal måtte bære på lidelsen alene (Travelbee, 2001, s. 200-204). I sympatifasen kan sykepleier lettere fremme håp, da sykepleier og pasient har bygd opp tillit og en relasjon.

2.4 Sykepleier sin funksjon og ansvar

Sykepleiers ansvarsområde knyttet til håp er regulert i flere offentlige retningslinjer. Videre vil sykepleiers ansvar i noen av disse retningslinjene nevnes. Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer har sykepleier ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter, i denne erklæringen er det punkt som omhandler håp. Det kommer frem i erklæringen at pasienter har rett til å beholde et håp, selv om målet for håpet endrer seg, og de skal bli behandlet av helsepersonell som har kompetanse til å ivareta håpet (NOU 1999: 2, s. 34). I emnebeskrivelsen for faget «Helse, sykdom og sykepleie del 2 (BSY261)» kommer det frem at kandidaten skal ha kunnskap om sentrale verdier og begreper i sykepleie; håp og mening (Universitet i Stavanger, s.a.). Det at håp kommer frem som et ansvarsområde i offentlige retningslinjer viser viktigheten av det å fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase, og at det er en sykepleieroppgave.

3.0 METODE

Metode beskrives som en fremgangsmåte og redskapet vårt til å løse problemer. Metode hjelper oss med å komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51-52). Tilegning av kunnskap kan skje ved hjelp av flere ulike metoder, eksempelvis ved kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ tilnærming gir oss en presis bredde over et tema. Metodens funksjon er å komme frem til det representative for temaet, dette kan løses ved bruk av eksempelvis et spørreskjema eller systematiske observasjoner. Kvalitativ tilnærming gir en dypere forståelse for temaet som undersøkes, ved denne metoden anvendes eksempelvis ofte intervju (Dalland, 2017, s 52).

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven brukes litteraturoversikt som metode, nærmere bestemt integrativ litteraturoversikt. Det finnes ulike måter å utarbeide en litteraturoversikt på, eksempelvis allmenn litteraturoversikt og integrativ litteraturoversikt. Fellestrekkene ved disse metodene er at de skaper en oversikt over kunnskap innenfor et begrenset område, ved å anvende eksisterende forskning (Friberg, 2017, s. 141). Ved å anvende integrativ litteraturoversikt som metode går man et steg videre sammenlignet med bruk av allmenn litteraturoversikt. Ved denne metoden skal man også trekke konklusjoner og verifisere funnene, noe man ikke gjør i en allmenn litteraturoversikt. En integrativ litteraturoversikt handler om å identifisere likheter i ulike data, og å diskutere, og tolke funnene ved bruk av egne erfaringer og selvvalgt relevant teori (Friberg, 2017, s. 150).

Integrativ litteraturoversikt ble valgt som metode da dette gir en oversiktlig og dypere forståelse over temaet. Det tas utgangspunkt i Friberg (2017) sin analysemodell for litteraturoversikt for å utarbeide oppgaven. Fire vitenskapelige artikler vil bli brukt som datamaterialet. Det er ønskelig å bruke kvalitative studier, da disse er mest relevant for å gi en dypere forståelse knyttet til min problemformulering.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Valg av søkestrategi og avgrensinger

Søkeprosessen startet ved at jeg gjennom å lese kapittel fem i Friberg sin bok *Dags för uppsats* (2017) opparbeidet meg kunnskap om selve søkeprosessen. Søket etter artikler har foregått i to faser, henholdsvis den innledende og den endelige informasjonssøkingen (Friberg, 2017, s. 61). I den innledende fasen søkte jeg med mer tilfeldige søkeord for å få en oversikt over hvilken forskning som var tilgjengelig. Jeg ble dermed kjent med de ulike databasene og søketjenesten Oria. I den endelige informasjonssøkingen søkte jeg mer strukturert med gitte søkeord, og ved bruk av inklusjon- og eksklusjonskriterier.

For å kunne svare på den gitte problemformuleringen ble det utarbeidet inklusjon- og eksklusjonskriterier. Kriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i hensikten for oppgaven. For å presentere inklusjons- og eksklusjonskriteriene på en oversiktlig måte er det utarbeidet en tabell (se tabell 1).

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne over 18 år	Barn under 18 år
Kreftpasienter i palliativ fase	Pasienter med andre sykdommer enn kreft
Fagfellevurdert forskning	Pasienter med kurativ kreftsykdom
Overførbare forhold til norsk helsevesen	Ikke-overførbare forhold
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning

Det var også ønskelig at forskningen ikke skulle være eldre enn ti år. Jeg hadde derimot ikke dette som et inklusjonskriterium da jeg ikke ville utelukke relevante artikler som var eldre enn ti år. Dette begrunnes med at fenomenet håp ikke er et fagområde som har endret seg nevneverdig de siste tiårene. De fire vitenskapelige artiklene som er valgt danner det vitenskapelige grunnlaget for oppgaven.

3.2.2 Valg av databaser

For å finne relevante vitenskapelige artikler ble følgende databaser brukt: SveMed+, Cinahl, og British Nursing Index. Søketjenesten Oria ble også anvendt til søk etter vitenskapelige

artikler. Databasene og søketjenesten Oria ble anbefalt av universitetsbiblioteket. De er hensiktsmessige å bruke da de publiserer relevant forskning for sykepleiefaget. I den innledende informasjonssøkingen ble det ikke funnet noen relevante artikler i databasen SveMed+ som passet til min hensikt. Det ble brukt flere forskjellige former for relevante søkeord uten treff. I Cinahl, British Nursing Index og Oria kom det opp flere relevante treff, antall treff er beskrevet i søkeloggen (se vedlegg 1).

3.2.3 Valg av søkeord

Ved utarbeiding av søkeord ble det tatt utgangspunkt i hensikten til oppgaven. Det ble også funnet flere MeSH termer ved bruk av Helsebiblioteket sine nettsider. For å finne relevante søkeord, og legge til rette for en strukturert søkeprosess, ble det anvendt PICO-skjema (se tabell 2) for utarbeiding av søkeord. Søkeordene ble anvendt i ulike kombinasjoner, og ved bruk av ulike søketeknikker. I søkene ble det brukt boolske operatører som «AND» og «OR», eksempelvis ble det brukt «OR» mellom MeSH termer som «terminally ill» og «palliative». Den boolske operatoren «AND» ble brukt mellom de ulike søkeordene slik som mellom «cancer» og «hope». Det ble brukt trunkering på ordet «nurse», ordet ble da skrevet som «nurs*». Trunkering ble brukt for å sikre at relevante vitenskapelige artikler med andre bøyingsformer av ordet kom med i søkeresultatet. Kombinasjon av søkehistorikk ble brukt for å kartlegge om det kom opp andre relevante treff. Denne teknikken ble spesielt brukt i den innledende informasjonssøkingen. Søkeloggen (se vedlegg 1) viser utfyllende informasjon om kombinasjon av søkeord, og bruk av ulike søketeknikker som boolske operatører og trunkering under søkeprosessen.

Tabell 2. PICO-skjema

P = utvalg eller problem	I = intervensjon/tiltak eller interesse	Co = context
Cancer	Sustaining hope	Hope
Cancer patients	Nurs*	Hopelessness
Neoplasm	Communication	Meaning of hope
Oncology	Relationship	
Palliative		

Terminally ill		
----------------	--	--

3.2.4 Valg av artikler

Valget av artikler baserte seg på inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er beskrevet under søkestrategi. Ved å lese til sammen 24 sammendrag ble det valgt ut ni artikler som virket relevante for å få svar på min problemformulering. Etter å ha lest gjennom artiklene, og videre analysert dem satt jeg igjen med fire vitenskapelige artikler som ble ansett som relevant for å svare på problemformuleringen. De seks andre artiklene ble valgt bort da de ikke var innenfor inklusjonskriteriene, eller omhandler noen av eksklusjonskriteriene. Eksempelvis at de omhandlet barn, pasienter med andre sykdommer enn kreft eller pasienter med kurativ kreftsykdom.

Ved valg av artikler ble det foretatt sekundærsøking på forfatterne. Dette ble gjort for å se om det tidligere hadde publisert fagfelleverderte studier. Det ble også undersøkt om de ulike tidsskriftene var troverdige kilder ved å lese informasjon om tidsskriftene. For å undersøke troverdigheten til artiklene ble etiske overveielser som var gjort i studiene analysert. Det ble anvendt sjekklister for kvalitativ forskning funnet på Helsebiblioteket sine nettsider for å vurdere de etiske overveielser (Helsebiblioteket, 2016).

Studier med pasientperspektiv var ønsket i oppgaven, da det er pasientene selv som vet best hvilke faktorer som fremmer deres håp. Det ble derfor valgt tre studier med pasientperspektiv og en studie med sykepleieperspektiv. Studien med helsepersonellperspektiv ble valgt da det var interessant å sammenligne om helsepersonell og pasientene hadde den samme oppfatningen om hva som fremmet håp.

Artikkelen til Nierop-van Baalen, Grypdonck, van Hecke og Verhaeghe (2018) ble valgt da den undersøkte hvordan helsepersonell tok hånd om pasienter i palliativ fase som håper på forlengelse av livet, noe som var relevant for min problemformulering. Samtlige av deltakerne i studien jobbet med kreftpasienter i palliativ fase i det daglige, noe som var en forutsetning for at jeg valgte å inkludere den i min oppgave. Den amerikanske studien til Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld og Breitbart (2012) er inkludert i oppgaven grunnet at den identifiserer faktorer som opprettholder håp og øker sårbarheten for håpløshet. Nierop-van Baalen, Grypdonck, van Hecke og Verhaeghe (2016) har forsket på meningen med håp hos

kreftpasienter i palliativ fase, noe jeg syntes var relevant for oppgaven. I den britiske studien til Buckley og Herth (2004) kommer det frem flere faktorer som fremmer og hindrer håp hos kreftpasienter i palliativ fase.

Tabell 3. Enkel oversikt over analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Nierop-van Baalen, Gryndonck, van Hecke & Verhaeghe (2018). «Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research»	Hvordan helsepersonell tar hand om pasienter i palliativ fase som håper på forlengelse av livet.	Hensikten med studien er å utforske hvordan nederlandsk helsepersonell tar hånd om pasienter i palliativ fase som håper på forlengelse av livet.	Helsepersonell perspektiv (hovedsakelig sykepleiere)	Kvalitativ metode. Intervju og gruppediskusjon med 3 grupper med henholdsvis 8, 5 og 9 helsepersonell som deltakere. Deltakerne jobbet til daglig med kreftpasienter i palliativ fase.
Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld & Breitbart (2012). «On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness,	Forhold mellom håp og håpløshet hos kreftpasienter i palliativ fase	Hensikten med studien var å undersøke forholdet mellom håp og håpløshet i inkurabel kreftsykdom. For å identifisere faktorer som opprettholder håp og øker	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju med 22 pasienter. Det var formulert tolv spørsmål som utgangspunkt for intervjuene.

and Acceptance in Terminal Cancer”		sårbarheten for håpløshet		
Nierop-van Baalen, Grypdonck, van Hecke & Verhaeghe (2016). “Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase”	Meningen med håp hos kreftpasienter i palliativ fase	Hensikten med studien var å undersøke meningen med håp for kreftpasienter i palliativ fase.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Sekundæranalys e av eksisterende intervju, med 76 pasienter.
Buckley & Herth (2004). «Fostering hope in terminally ill patients”	Opprettholdelse av håp hos terminale pasienter	Hensikten med studien var å undersøke strategier terminale pasienter bruker for å opprettholde håp den siste delen av livet	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Tversnittstudie med 16 pasienter som deltakere. Fem spørsmål var utarbeidet som utgangspunkt for intervjuene.

3.2.5 Analyse

Friberg beskriver analysearbeidet som en bevegelse fra helhet til ulike deler, og deretter til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Ved å lese de vitenskapelige artiklene for å finne ut hvordan

de kunne svare på problemformuleringen delte jeg opp artiklene for å finne ulikheter og likheter i resultatene deres. Da jeg leste artiklene hadde jeg oppgavens hensikt foran meg slik at jeg holdt meg på rett spor i analysen, slik som Friberg påpeker er hensiktsmessig (Friberg, 2017, s. 136). Artiklene ble lest gjennom flere ganger. Dette for å forstå artiklene som en helhet og å kunne trekke frem de relevante funnene fra artiklene. Funn som utmerket seg, og som passet til oppgavens hensikt ble deretter videre analysert. Funnene fra artiklene beskrives i en oversiktstabell (se vedlegg 2) og i resultatkapittelet av oppgaven. Ved å analysere funnene i studiene kom jeg frem til fire kategorier som var relevante for å svare på min problemformulering, (se tabell 4).

Tabell 4. Kategorier

Kategorier
Sykepleiers betydning for pasientens håp
Akseptasjon av livssituasjon
Familiære relasjoner
Unngå unødvendig lidelse

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil resultatene fra de valgte vitenskapelige artiklene presenteres uten tolkninger. Det er valgt studier med ulike perspektiv, henholdsvis en studie med helsepersonellperspektiv og tre studier med pasientperspektiv. Det er etter beste evne forsøkt å skille mellom de ulike perspektivene i studiene i den løpende tekst. Det kommer frem flere resultater i artiklene, men det er valgt å fokusere på sykepleiers betydning for pasientens håp, akseptasjon av livssituasjon, familiære relasjoner og håp knyttet til lidelsesaspektet. Dette fordi det var funn som gikk igjen i samtlige av studiene som ble valgt. Funnene utmerket seg som viktige punkt knyttet til håpet hos kreftpasienter i palliativ fase.

4.1 Sykepleiers betydning for pasientens håp

I studien med helsepersonellperspektiv kommer det frem at deltakerne mener sannheten må fortelles til pasientene (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 4). Dette fordi deltakerne ikke ønsker å lyve til pasientene sine. De forteller videre at å fortelle sannheten eksempelvis innebærer å kommunisere prognosen til sykdommen. Videre kommer det frem at deltakerne verdsetter å fortelle sannheten for å unngå og skape falske håp for pasienten (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 4). Nierop-van Baalen et al., (2016) avdekket i sin studie at de deltakende pasientene påpekte at tillit til helsepersonell for dem er en kilde til håp. Det å fortsatt bli behandlet fremmer også håp hos flere av deltakerne til Nierop-van Baalen et al. (2016), deltakerne håper da på en forlengelse av livet ved å få behandling. Sosial støtte nevnes av noen deltakere som en kilde til håp (Nierop-van Baalen et al., 2016, s. 576). I studien til Buckley og Herth (2004) ble positive relasjoner til helsepersonell nevnt som en kilde til håp av 13 av de 16 deltakende pasientene. En av deltakerne i studien til Sachs et al., (2012) beskriver helsepersonell slik:

I have such angels working around me. When I said to them "How long can I stay?" and they said "As long as you want", I mean there's just a feather in my cap. My whole attitude is different.... I accept what it is. (Sachs et al., 2012, s. 125)

4.2 Akseptasjon av livssituasjon

I studien med helsepersonellperspektiv kommer det frem at sykepleierne ønsker at pasient og pårørende skal være klar over den kommende døden (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 4). Sykepleierne begrunner dette med at det legger til rette for at pasienten og deres pårørende kan ta farvel på en verdig måte (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 4). En av deltakerne i studien til Nierop van Baalen et al., (2016) beskriver hvordan hun tenker for å akseptere sin livssituasjon:

And now he [the doctor] said recovery is a strong word, and that recovery isn't possible, so it's best to learn to live with it. I think that means there is still hope. After all, people with diabetes or some other chronic illness also manage to live with what they got, don't they? (Nierop-van Baalen et al., 2016, s. 574)

Ved å akseptere situasjonen mener de deltakende pasientene i studien til Sachs et al., (2012) at det tillater dem å nyte andre aspekter ved livet, eksempelvis tid med mennesker som betyr noe. Det kommer også frem at deltakerne opplever at håpet endres, og at håpet modifiseres og tilpasses når de aksepterer situasjonen (Sachs et al., 2012, s. 124). En deltaker beskriver det slik:

I no longer assume that I will have a long life and that has taken a long time to get used to, but my expectations of the future have changed... you know, I do not expect to grow old. I hope I grow old. (Sachs et al., 2012, s. 124)

4.3 Familiære relasjoner

I studien med helsepersonellperspektiv kommer det frem at deltakerne opplever at forholdet pasientene har til familien og andre nære rundt seg spiller en vesentlig rolle for å styrke og opprettholde håpet (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 5). Det kommer også frem i studien til Sachs et al., (2012) at de deltakende pasientene mener familiære relasjoner spiller en stor rolle i å opprettholde håp, utvikle akseptasjon og unngå håpløshet. Sosial støtte nevnes av noen deltakere som en kilde til håp (Nierop-van Baalen et al., 2016, s. 576). Alle de 16 deltakende pasientene i studien til Buckley og Herth (2004) anerkjente at familie og venner spiller en stor rolle knyttet til å fremme håp. En av deltakerne i studien til Buckley og Herth (2004) beskrev viktigheten av familiære relasjoner med setningen «I couldn't cope with dying without R [husband], he keeps me hopeful» (Buckley & Herth, 2004, s. 37).

4.4 Unngå unødvendig lidelse

I studien til Nierop-van Baalen et al., (2018) kommer det frem at de deltakende helsepersonell mener unødvendig lidelse hos pasientene bør unngås, eksempelvis ved behandling uten medisinsk fordel som kan føre til plagsomme bivirkninger. I studien til Sachs et al. (2012) rapporterte flere av deltakerne at utilstrekkelig kontrollert smerte, depresjon og nedsatt funksjonsevne svekket håpet deres. Deltakerne i studien fortalte at de opplevde økt håp og akseptasjon når lidelsen ble lindret, eksempelvis ved lindring av smerter (Sachs et al., 2012, s.125). Nierop-van Baalen et al., (2016) avdekket i sin studie at deltakerne opplevde at reduksjon av smerte og andre ubehagelige symptomer fremmet håpet deres. De fleste deltakerne i studien til Buckley og Herth (2004) beskriver at smerte og ubehag truer håpet deres. Eksempelvis beskriver en deltaker det slik "I was in so much pain at that time that it really would have been a relief to slip away, then the next day you feel better and wonder "why on earth did I feel like that?"" (Buckley & Herth, 2004, s. 38).

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil anvendt metode i oppgaven bli diskutert. De ulike studienes reliabilitet og validitet vil bli diskutert, og studienes relevans for oppgaven. Videre vil resultatene fra forskningen diskuteres ved å ta i bruk teori og personlige erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Jeg mener en integrativ litteraturoversikt med fire artikler har vært tilfredsstillende for å svare på hensikten til oppgaven. På en annen side kunne flere artikler beriket diskusjonen. Begrunnelsen for valg av fire artikler er at andre treff ikke var like relevant for oppgaven. Hensikten kunne mulig blitt belyst på en annen måte ved bruk av flere artikler, dette kunne muligens også gitt et bredere resultat. Integrativ litteraturoversikt som metode vil sannsynligvis påvirkes av subjektet som utfører metoden. I dette tilfelle kan jeg ha valgt artikler som andre muligens ikke hadde valgt, eller at jeg kan ha valgt bort relevant forskning som andre ville ha inkludert. Analysearbeidet påvirkes også av min oppfatning av verden og subjektive erfaringer, noe som kan påvirke diskusjonen og valg av kategorier.

5.1.2 Ethiske overveielser

I alle studiene er det gjennomført intervju. Det er viktig å være kritisk til denne formen for datainnhenting da det kan påvirkes av ulike faktorer. Forskeren er i direkte kontakt med informantene når det gjennomføres intervju, og det er derfor viktig at etiske krav blir ivaretatt. Ved utvelgelse av artikler ble det sjekket at studiene overholdt etiske retningslinjer. Samtlige artikler diskuterer etiske overveielser i sine artikler. Nierop-van Baalen et al., (2016), og Buckley og Herth (2004) beskriver at intervjuene i studiene er godkjent av etisk komite. I studien med helsepersonellperspektiv beskrives det at det ifølge Nederlandsk lov ikke var nødvendig med etisk godkjenning. Derimot hadde alle deltakere når som helst rett til å angre sin deltakelse i studien, og deltakelsen var frivillig (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 3).

Studien til Sachs et al., (2012) er godkjent av institusjonene og universitetet hvor studien foregikk, det er derimot ikke beskrevet noe om godkjenning fra etisk komite. Det at studien til Sachs et al., (2012) ikke er godkjent av etisk komite svekker troverdigheten, det er derimot beskrevet etiske overveielser i metodedelene av studien. Her kommer det frem at pasientene var godt informert om gjennomførelsen av studien, og at deltakelsen var frivillig (Sachs et al., 2012, s. 123). Grunnet en god beskrivelse av etiske forhold i metodedelene, og at studien er godkjent av institusjonene og universitetet hvor studien foregikk ble studien inkludert i oppgaven.

5.1.3 Valg av artikler

Det ble valgt fire kvalitative studier, med to ulike perspektiv, henholdsvis en med helsepersonellperspektiv og tre med pasientperspektiv. Det har vært utfordrende å skille mellom perspektivene i den løpende teksten, og å få frem om det er sykepleier eller pasient som er deltaker. Når jeg ser tilbake på dette, hadde jeg mulig løst det på en annen måte om jeg skulle gjort det igjen. Det har vært ønskelig med artikler med pasientperspektiv da det er pasientene som vet hva som påvirker og fremmer deres håp. Artikkelen til Nierop-van Baalen et al., (2018) med helsepersonellperspektiv ble inkludert da den i stor grad fokuserer på hva helsepersonell har erfart om hva som fremmer og påvirker pasientenes håp. Det er 18 år siden studien til Buckley og Herth (2004) ble gjennomført. Jeg var kritisk til å inkludere denne studien i oppgaven da jeg helst ønsket artikler som ikke var eldre enn 10 år. Studien ble publisert på nytt i 2013, noe som viser at den fortsatt er relevant. I studien til Buckley og Herth (2004) beskrives funn som også beskrives i de andre studiene som er inkludert i oppgaven. Det kan dermed tenkes at fenomenet håp ikke er nevneverdig endret i løpet av disse årene. De relevante funnene, at studien er publisert på nytt i senere tid og kvaliteten på studien gjorde at den ble inkludert.

Samtlige artikler som er valgt er skrevet på engelsk. Dette kan ha ført til at enkelte nyanser ikke er oppfattet i analysearbeidet. Det er brukt en del tid på oversettelse fra engelsk til norsk, spesielt knyttet til slang og engelske uttrykk. Her kan det ha blitt misforstått, men det er oversatt etter beste evne med mine kunnskaper og forutsetninger. Eksempelvis knyttet til terminal og palliativ, har jeg funnet ut at det er ulike definisjoner. Jeg har dermed lest nøye gjennom om deltakerne i artiklene med pasientperspektiv var i palliativ fase, og ikke terminal

fase. Artiklene til Nierop-van Baalen et al., (2016) og Nierop-van Baalen et al., (2018) har samme forfattere, henholdsvis en med helsepersonellperspektiv og en med pasientperspektiv. Dette kan ha både fordeler og ulemper, eksempelvis kan forskerne ha hatt fokus på de samme aspektene, og dette kan ha påvirket eller innskrenket resultatene. Siden det er studier med to ulike perspektiv ser jeg på det som en styrke. Da forskerne har sett på det som en nødvendighet å forske på både helsepersonell- og pasientperspektiv.

5.1.4 Land og arena for studiene

Studiene er utført i land som har et helsevesen som er sammenlignbart med det norske. To av studiene er utført i Nederland/Belgia, en i England og en i USA. I utgangspunktet ønsket jeg skandinaviske studier, men fant ingen skandinaviske studier som passet til min problemformulering. Flere av studiene omhandlet andre aspekter ved håp, eksempelvis betydning av håp for kreftpasienter. Det var ønskelig med en avgrensning til pasienter innlagt på sykehus, det ble derimot funnet lite studier som inneholdt forskning kun gjort på sykehus. Det er derfor ikke gjort en avgrensning knyttet til arena for studiene. Gjennom å analysere studiene ser jeg at forskningen kan være overførbar både til sykehus, andre institusjoner og hjemmeboende pasienter. Grunnet dette ser jeg på det som hensiktsmessig å ikke avgrense for arena i dette tilfellet.

5.1.5 Forskernes bakgrunn

For å validere studienes gyldighet ble samtlige av forfatterne i studiene søkt opp. To av studiene har de samme forfatterne, henholdsvis Nierop-van Baalen et al., (2016) og Nierop-van Baalen et al., (2018), hvor alle forfatterne er sykepleiere med doktorgrad og samtlige forfattere har flere forskningsbaserte publikasjoner. I studien til Sachs et al., (2012) er det ett tverrfaglig team som er forfattere, henholdsvis en psykiater og fire psykologer. I den siste studien til Buckley og Herth (2004) er det to forfattere, hvor begge er sykepleiere med doktorgrad som har forsket mye på håp hos pasienter med ulike sykdommer.

5.1.6 Studienes deltakere

I studien til Nierop-van Baalen et al., (2018) var deltakerne helsepersonell som i det daglige jobbet med kreftpasienter i palliativ fase, hvor 17 av deltakerne var sykepleiere og fem av dem hadde annen helsefaglig bakgrunn. Deltakerne i studien til Sachs et al., (2012) var 22 kreftpasienter i palliativ fase, hvor henholdsvis tolv av pasientene var innlagt på sykehus og ti var polikliniske pasienter. Studien til Nierop-van Baalen et al., (2016) er en sekundæranalyse av 76 eksisterende intervju, hvor flere av intervjuene var gjennomført av studiens forfattere. Deltakerne i studien til Buckley og Herth (2004) er 16 pasienter som fikk palliativ pleie på en institusjon. I min studie er det til sammen 131 deltakere, noe som er mange deltakere med tanke på at det er kvalitative studier som er utgangspunkt for oppgaven. Det høye antallet deltakere gir et bredt og mer kvalitetsikrede resultat enn om det hadde vært færre deltakere, noe som styrker oppgaven.

Det kan tenkes at pasientene som har deltatt i studiene til Sachs et al., (2012), Nierop-van Baalen et al., (2016), Buckley og Herth (2004) kan være mer håpefulle enn pasienter som ikke ønsket å delta. Det er da en mulighet at resultatene hadde blitt annerledes om andre pasienter hadde deltatt. Implikasjoner for praksis hadde muligens også vært noe annerledes om dette er tilfelle.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen vil oppgavens hensikt «Hvordan kan sykepleier fremme håp i møte med kreftpasienter i palliativ fase?» bli diskutert. Diskusjonen vil bygge på resultatene fra artiklene og settes i en sammenheng med teori og personlige erfaringer.

5.2.1 Sykepleiers betydning for pasientens håp

Det kommer frem i studien til Nierop-van Baalen et al., (2016) at pasientene vektlegger tillit til helsepersonell som en kilde til håp. Travelbee mener sykepleier kan legge til rette for at pasienter kan føle på håp, eksempelvis ved å vise tillit, og å bygge en relasjon med pasienten (Travelbee, 2001, s.124). For å skape tillit kreves en trygg og god relasjon mellom sykepleier

og pasient. I følge Travelbee (2001) er en måte å oppnå en tillitsfull relasjon å anvende de ulike fasene i et menneske-til-menneske-forhold. I min yrkesutøvelse har jeg erfart at jo bedre kjent man blir med pasientene, desto bedre relasjon får man, og desto mer åpner pasientene seg om sykdommen og livssituasjonen sin. Dette viser at det tar tid å bygge relasjon og tillit, noe som også Travelbee (2001) legger vekt på i sin teori. Det er derfor viktig at sykepleier legger til rette for, og tar seg tid til å etablere en betydningsfull relasjon med pasientene. Denne relasjonen kan lettere opparbeides om det praktiseres primærsykepleie. Pasientene forholder seg da mer til de samme sykepleierne og kan lettere åpne seg opp for dem, enn om de må forholde seg til nye sykepleiere hele tiden. Det legges da bedre til rette for at sykepleier kan fremme håp, når en trygg, tillitsfull og god relasjon kan etableres.

Det kommer frem i forskningen til Nierop-van Baalen et al., (2018) at helsepersonell mener sannheten må fortelles for å skape en god og tillitsfull relasjon. Gjennom møter med kreftpasienter har jeg erfart at pasientene skaper tillitsfulle relasjoner til sykepleiere som forteller sannheten. I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskrives det at pasientens medbestemmelse står sentralt i palliativ pleie. Det kommer også frem at det å ha samtaler rundt døden er viktig og betydningsfullt både for pasient og sykepleier (Helsedirektoratet, 2019, s. 16). Min erfaring er at det er viktig at sykepleier tar initiativ til å starte samtaler som omhandler håp og døden, da pasientene ikke har en tendens til å ta opp dette temaet på eget initiativ. Jeg har selv erfart at ved å ta initiativ til slike samtaler legges det også til rette for å skape en god og tillitsfull relasjon. Ved å starte slike samtaler viser også sykepleier at vedkommende er tilgjengelig og villig til å hjelpe. Om sykepleier er tilgjengelig og villig til å hjelpe er det i følge Travelbee (2001) med på å fremme håp og å skape en relasjon. Den tillitsfulle relasjonen som skapes, kan da legge til rette for å fremme håp hos pasientene.

Min opplevelse er at det i varierende grad er fokus på å fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase blant sykepleiere. Det kan tenkes at en del sykepleiere fremmer håp hos kreftpasienter uten at de selv tenker over det. I studien til Buckley og Herth (2004) påpekte deltakerne at det var små ting som sykepleierne gjorde som hadde betydning for håpet, eksempelvis at de viste tilstedeværelse ved å svare på spørsmål eller at de spurte hvilket navn pasienten ønsket skulle brukes. Jeg har selv opplevd at sykepleiere har fokus på «de små tingene», slik som å spørre hvilket navn pasienten ønsker skal bli brukt. Det kan tenkes at sykepleiere i slike tilfeller fremmer håp uten at de selv tenker over det. Kompetanseheving knyttet til håpets betydning for kreftpasienter i palliativ fase er et tiltak som kan vært nyttig.

Det kan også være fordelaktig med kompetanseheving om hva som fremmer håpet hos denne pasientgruppen, og tiltak sykepleier kan iverksette deretter.

Deltakerne i studien til Nierop-van Baalen et al., (2018) påpeker viktigheten av å fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase. Denne viktigheten kommer også frem i ulike offentlige retningslinjer. Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer har sykepleier ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det kommer også frem i FN sin erklæring om de døendes rettigheter at pasienter har rett til å beholde et håp, selv om målet for håpet endrer seg, og de skal bli behandlet av helsepersonell som kan ivareta håpet (NOU 1999: 2, s. 34). Gjennom min erfaring med arbeid med kreftpasienter i palliativ fase ser jeg viktigheten av at sykepleier også retter fokus på de psykiske og psykososiale aspektene ved livssituasjonen, i tillegg til de fysiske. Jeg har selv erfart at pasienter som er håpende har en drivkraft til å leve den siste tiden de har igjen. Det at håp kommer frem som et ansvarsområde i offentlige retningslinjer viser betydningen av å fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase, og at det er en sykepleieroppgave. Nierop-van Baalen et al., (2018) avdekket i sin studie at helsepersonell så viktigheten av å fremme håp.

5.2.2 Akseptasjon av livssituasjon

Travelbee (2001) beskriver at de som aksepterer sin situasjon vil mestre sin lidelse. I studien til Nierop-van Baalen et al., (2018) kommer det frem at sykepleierne ønsker at pasient og pårørende skal være klar over den kommende døden. Det kommer også frem i studien til Sachs et al., (2012) at de deltakende pasientene opplever tillatelse til å nyte andre aspekt ved livet når de aksepterer livssituasjonen. Ved at pasientene forsoner seg med sin livssituasjon åpner det opp for å nyte andre aspekter ved livet. Akseptasjon kan eksempelvis endre det menneskelige håpet til pasienten. Martinsen (2021) beskriver det menneskelige håpet som det å håpe på noe bestemt. Dette kan eksempelvis for kreftpasienter i palliativ fase være å få feire jul med familien ett år til, eller å oppleve en bursdag til et barn eller barnebarn.

Av egen erfaring har jeg opplevd at kreftpasienter i palliativ fase aksepterer sin livssituasjon. Det å tenke positivt, eller at pasienten aksepterer sin situasjon, kan gi pasienten en bedre hverdag enn om tankene kun er negative. Det å akseptere situasjonen gjør det lettere å sette pris på andre aspekter ved livet, slik som naturopplevelser eller nærvær med venner og familie (Kreftforeningen, 2022). Dette tyder på at pasienter får bedre livskvalitet når de aksepterer sin

situasjon. Sykepleier bør støtte pasienter som aksepterer sin livssituasjon, og legge til rette for at de endrer fokus til oppnåelige håp. Eksempler på slike håp kan være å ha en god samtale med noen som betyr noe, eller å oppleve noe minneverdig en siste gang.

Travelbee (2001) beskriver at en person som aksepterer situasjonen, ikke har et ønske om å være syk, men reagerer slik for å lindre lidelsen. Ved at pasienter aksepterer sin livssituasjon har jeg opplevd at de har lettere for å sette pris på, og håpe på andre ting i livet enn før. En av deltakerne i studien til Sachs et al., (2012) beskriver hvordan håpet ble endret slik:

I no longer assume that I will have a long life and that has taken a long time to get used to, but my expectations of the future have changed... you know, I do not expect to grow old. I hope I grow old. (Sachs et al., 2012, s. 124)

Her kan sykepleier eksempelvis fremme håp ved å kartlegge pasientens modifiserte håp, og iverksette tiltak som gjør at pasienten kan få til det de håper på.

5.2.3 Familiære relasjoner

Nierop-van Baalen et al., (2018) avdekket i sin studie at helsepersonell ser betydningen av familiære relasjoner knyttet til å styrke og opprettholde håpet hos pasienten. Reitan (2010) fremhever at det er viktig å ha samtaler med pasienten og dens pårørende om ønsker for den siste tiden. Min erfaring er at ved å ha samtaler med pasient og pårørende legges det til rette for at pasientens medbestemmelse opprettholdes, og at pasientens ønsker blir ivaretatt. Samtaler med pasient og pårørende er også viktig for å avdekke ønsker for den siste tiden før dette er for sent. Majoriteten av pasientene i studien til Sachs et al., (2012) mener familiære relasjoner spiller en stor rolle i å opprettholde håp, utvikle akseptasjon og å unngå håpløshet. Alle de 16 deltakende pasientene i studien til Buckley og Herth (2004) anerkjente at familie og venner spiller en stor rolle knyttet til å fremme håp.

Jeg har selv erfart at familiære relasjoner er av stor betydning for kreftpasienter i palliativ fase, og at nærheten til familie er med på å fremme håpet til pasientene. I min yrkesutøvelse har jeg erfart at det kan fremme håp hos pasienter om sykepleier legger til rette for at de pårørende kan være sammen med pasienten. På sykehus kan dette eksempelvis løses ved at man tilbyr at pårørende kan ha en seng ved siden av pasienten inne på pasientrommet. Eller noe så enkelt som å høre med de pårørende om de vil ha et måltid de også. Et måltid sammen med pårørende kan bety mye for pasientene i denne fasen av sykdommen. Jeg har opplevd at

slike spørsmål har betydd mye både for pasienten og for de pårørende. Dette er tiltak som kan få de pårørende til å føle seg mer velkommen på avdelingen, og at de dermed er mer til stede for pasienten.

Utne og Rustøen (2010) påpeker at relasjoner er viktig for håpet hos kreftpasienter. Det kommer også frem i Verdens helseorganisasjon at «Palliativ behandling ... har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom ...» (Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Denne definisjonen påpeker også at pasientens familie er en del av sykepleiers ansvarsområde knyttet til den palliative fasen.

5.2.4 Unngå unødvendig lidelse

Helsepersonell som deltok i studien til Nierop-van Baalen et al., (2018) mener unødvendig lidelse hos pasientene bør unngås. De påpeker at dette eksempelvis kan løses ved å stoppe behandling som ikke har medisinsk fordel, og som fører til plagsomme bivirkninger (Nierop-van Baalen et al., 2018, s. 5). Erfaringsmessig kan det være vanskelig å avgjøre når palliativ behandling som cellegift skal stoppes. Dette er ikke en sykepleieroppgave å avgjøre, men sykepleier har en viktig observerende funksjon her. Knyttet til når behandlingen gir mer bivirkninger enn hva pasienten orker å håndtere i sin situasjon. I slike tilfeller er det viktig å reflektere rundt om pasienten vil ha flere «dårlige» dager eller færre «bedre» dager med mindre bivirkninger. Reitan (2010) påpeker at det er viktig at sykepleier legger til rette for god symptomlindring i den palliative fasen. Behandling av plagsomme symptomer er av vesentlig betydning for at pasienter kan oppleve en så høy grad av håp som mulig (Busch, Jensen & Oved, 2002, s. 139-140). Jeg har selv erfart at pasienter kan få svekket sitt håp om de er smertepåvirket eller plaget av andre symptomer. I studien til Sachs et al., (2012) rapporterte flere av deltakerne at utilstrekkelig kontrollert smerte, depresjon og nedsatt funksjonsevne svekket håpet deres. Som sykepleier er det viktig å legge til rette for god symptomlindring, i samarbeid med andre yrkesgrupper, eksempelvis leger. Her har sykepleier også en observerende funksjon knyttet til virkning og bivirkning av medikamenter, og ansvar knyttet til å kommunisere dette videre til lege.

Deltakerne i studien til Sachs et al., (2012) og studien til Nierop-van Baalen et al., (2016) beskriver at lindring av smerter og andre ubehagelige symptomer gjorde at de opplevde økt håp. Travelbee (2001) påpeker at det ikke er mulig å «gi» håp til pasientene, men at

sykepleier kan legge til rette for at pasienter kan føle på håp. Dette kan eksempelvis løses ved å lindre smerter og andre ubehagelige symptomer. Min erfaring er at når pasientene får lindret sine symptomer, fremmes håpet. Om pasienter derimot ikke får lindret sine symptomer, kan håpet svekkes. Det er derfor viktig at sykepleier kartlegger og lindrer pasientene sine plagsomme symptomer. Kartlegging av pasientens smerter og andre symptomer kan eksempelvis gjennomføres ved bruk av ESAS-skjema. ESAS-skjema er et skjema hvor pasienten fyller ut ulike grader av symptomer (Norsk helseinformatikk, 2021). Skjemaet er et relevant tiltak for å lindre unødvendig lidelse og dermed fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase. Ved bruk av skjemaet kan man se hvilke områder pasienten scorer høyt på, eksempelvis da smerte eller ensomhet. Det kan da settes inn tiltak for å lindre de respektive områdene, og skjemaet kan brukes igjen for å se om pasientene selv vurderer at de har fått det bedre.

5.2.5 Konklusjon

Det kommer frem i ulike bakgrunnsteori og i forskningsgrunnlaget for oppgaven at sykepleier-pasient relasjonen, akseptasjon av livssituasjon, familiære relasjoner og å unngå unødvendig lidelse fremmer håpet hos kreftpasienter i palliativ fase. Ved å kombinere de ulike resultatene, og å se de i en sammenheng vil sykepleier kunne fremme håp hos kreftpasienter i palliativ fase på en god måte.

6.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Gjennom arbeid med oppgaven har jeg fått en bredere forståelse for håpet hos kreftpasienter i palliativ fase, og føler selv at jeg er bedre rustet til å møte denne pasientgruppen på en god måte. Håp som fenomen er omfattende, særs individuelt og vanskelig å definere. Det kommer tydelig frem at å fremme håp er en sykepleieroppgave, og at håpet er av stor betydning for pasientene i den palliative fasen. Dette tyder på at de sosiale og psykososiale aspektene bør likestilles med de fysiske aspektene ved sykdommen. Kompetanseheving er et relevant tiltak som kan være nyttig for å øke både kunnskapen rundt temaet, og å øke fokuset på å fremme håp. Det er nødvendig at sykepleier har kunnskaper om at håpet endres kontinuerlig, og at det må tilpasses pasientens individualitet og situasjon.

Som sykepleier er det viktig å legge til rette for relasjonsbygging sammen med pasienten, da det er lettere å fremme håp hos pasienter når det er skapt en god relasjon. For å skape en god relasjon er det viktig at sykepleier er tilgjengelig, pålitelig og er villig til å hjelpe pasienten. Når en god relasjon er skapt er det lettere for sykepleier å fremme håp. Et organisatorisk tiltak som kan legge til rette for å bygge en relasjon, er om det praktiseres primærsykepleie. Ved praktisering av primærsykepleie legges det til rette for at de samme sykepleierne har ansvar for de samme pasienten. Det vil dermed legges til rette for at sykepleier og pasient kan skape en relasjon.

Det er viktig at sykepleier ser nytten av nære relasjoner pasienten har, eksempelvis de pårørende. Et tiltak er at sykepleier kartlegger pasientens nettverk. Det er også viktig at sykepleier legger til rette for at pasienten og de pårørende får tid sammen om de ønsker dette. Dette kan eksempelvis løses på sykehus ved at de pårørende får inn en ekstra seng på pasientrommet, de kan da være sammen hele døgnet om de har behov for det. Ett annet tiltak for at de pårørende skal føle seg velkommen er å tilby de måltider når de er på avdelingen.

Fokus på god lindring av pasientens fysiske plager er viktig i den palliative fasen. Her er det en nødvendighet med godt tverrfaglig samarbeid, eksempelvis med lege for å lindre plager med medikamenter. Her har sykepleier en viktig funksjon knyttet til om pasienten eksempelvis er godt nok smertelindret, og videreformidle denne informasjonen til legen. Slik at legen kan endre på dose eller eventuelt medikament ved behov. Kartleggingskjema som eksempelvis ESAS-skjema er hensiktsmessig å bruke slik at sykepleier kan kartlegge smerte og lidelse hos pasienten. Ved å kartlegge dette kan sykepleier lettere lindre smerte og annen lidelse, og dermed fremme håp.

I denne oppgaven har fokuset vært voksne pasienter over 18 år med en kreftdiagnose i palliativ fase. Det kan tenkes at håp som fenomen oppleves ulikt for unge voksne pasienter sammenlignet med eldre pasienter. Forskjellen på håp mellom disse to gruppene er noe jeg synes hadde vært interessant om det hadde blitt forsket på. Jeg har selv opplevd at eldre pasienter lettere aksepterer sin livssituasjon grunnet at de har levd ett langt liv. Derimot har yngre pasienter på sett og vis hele livet foran seg, og det kan tenkes at akseptasjon av livssituasjonen vil kunne arte seg annerledes sammenlignet med eldre pasienter.

REFERANSER

Buckley, J. & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard (through 2013)*, 19(10), 33-41.

<http://ezproxy.uis.no/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/fostering-hope-terminally-ill-patients/docview/219828283/se-2?accountid=136945>

Busch, C. M., Jensen, T. & Oved, M. (2002). Samtale om håb og håbløshed. I J. Hertz, B. Scharff-Smith & E. Zäll (Red.), *Religion, eksistens og sygepleje* (s. 130-140). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats*. Studentlitteratur AB.

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (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.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt--a-skape-liv-til-dagene/id2400892/>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Kreftforeningen. (2022, 27. januar). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>

Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

- Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 187-235). Gyldendal Akademisk.
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., bind 2, s. 110-126). Cappelen Damm Akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., bind 2, s. 397-436). Gyldendal Akademisk.
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2016). Hope dies last ... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *European Journal of Cancer Care*, 25(4), 570-579.
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/ecc.12500>
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2018). Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12889>
- Norsk helseinformatikk. (2021, 19. oktober). *ESAS symptomskjema*. <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>
- NOU 1999: 2. (1999). *Livshjelp: behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?ch=3>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 21-34). Akribe.

- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2012). On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(2), 121-127. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177%2F1049909112445371>
- Store medisinske leksikon. (2018, 24. september). *Kurativ*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/kurativ>
- Svartdal, F. (2020, 11. juni). *Håp (psykologi)*. Store norske leksikon. https://snl.no/håp_-_psykologi
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Universitet i Stavanger. (s.a.). *Helse, sykdom og sykepleie del 2: BSY261*. https://www.uis.no/nb/student/course/BSY261_1
- Utne, I. & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 62-71). Akribe.
- Utne, I. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., bind 2, s. 305-326). Cappelen Damm Akademisk.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
18/03/22	SveMed+	hope AND cancer	Ingen	30	2	1	
21/03/22	Cinahl	(hope OR hopefulness OR meaning of hope) AND (cancer OR neoplasms OR oncology) AND (nurs*) AND (communication)	Siste 10 år Voksne	21	3	2	
21/03/22	British Nursing Index	(cancer OR neoplasm) AND (hope OR hopelessness) AND (nurs*) AND (relationship)	Siste 10 år Peer review	189	3	0	
22/03/22	Oria	(cancer) AND (meaning) AND (hope)	Fagfelleurdert tidsskrift Siste 10 år Engelsk	34 517	2	0	
22/03/22	Oria	Patients AND dealing AND hope AND cancer	Fagfelleurdert tidsskrift Siste 10 år Engelsk	12 073	3	1	1
22/03/22	Oria	(Sustaining hope) AND cancer AND nurs*	Fagfelleurdert tidsskrift Siste 10 år Engelsk	3669	2	1	

[Kandidatnummer: 5173]

24/03/22	Cinahl	Hope AND hopelessness AND cancer	Peer review Siste 10 år	44	2	1	1
24/03/22	Oria	Cancer AND palliative AND (hope OR hopelessness)	Fagfellevurdert tidsskrift Siste 10 år Norsk/engelsk	16229	3	1	1
24/03/22	Cinahl	(Terminally ill OR palliative) AND cancer AND hope	Peer review Siste 10 år	280	2	1	
24/03/22	British Nursing Index	(Terminally ill OR palliative) AND cancer AND hope AND nurs*	Peer review	3094	2	1	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

	Artikkel 1:	Artikkel 2:	Artikkel 3:	Artikkel 4:
Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Nierop-van Baalen, Grypdonck, van Hecke & Verhaeghe (2018). European Journal of Cancer Care, Nederland og Belgia	Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld & Breitbart (2012). American Journal of Hospice and Palliative Medicine, New York, USA	Nierop-van Baalen, Grypdonck, van Hecke & Verhaeghe (2016). European Journal of Cancer Care, Nederland og Belgia	Buckley & Herth (2004). Nursing Standard, Storbritannia
Artikkeltittel	Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research	On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer	Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase	Fostering hope in terminally ill patients
Hensikt med studien	Utforske hvordan nederlandske helsepersonell tar hånd om palliative pasienter som håper på forlengelse av livet. Avdekke utfordringer knyttet til møte med pasienter i palliativ fase knyttet til fenomenet håp.	Hensikten med studien var å undersøke forholdet mellom håp og håpløshet i inkurabel kreftsykdom. (For å identifisere faktorer som opprettholder håp og øker sårbarheten for håpløshet	Hensikten med studien var å undersøke meningen med håp for kreftpasienter i palliativ fase, og avdekke faktorer som påvirket håpet.	Hensikten med studien var å undersøke strategier terminale pasienter bruker for å opprettholde håp den siste delen av livet
Perspektiv	Helsepersonell (hovedsakelig sykepleiere)	Pasientperspektiv	Pasientperspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ studie.	Kvalitativ studie.	Kvalitativ studie.	Kvalitativ studie.

	<p>Helsepersonell som til daglig jobbet med kreftpasienter i palliativ fase deltok. De ble delt i tre ulike grupper, henholdsvis en gruppe med hjemmesykepleiere, en gruppe med sykepleiere fra sykehus og en tverrfaglig gruppe. Gruppene besto av 5-10 deltakere. Det ble gjennomført gruppediskusjoner på omtrent 90 minutter, hvor deltakerne diskuterte rundt fem ulike problemstillinger og spørsmål.</p>	<p>Semistrukturert intervju med 22 kreftpasienter i palliativ fase, med forventet levetid under ett år. Intervjuet ble gjennomført ved bruk av tolv spørsmål som var formulert på forhånd.</p>	<p>Det ble gjennomført sekundæranalyse av eksisterende intervju, de fleste intervju er gjennomført av studiens forfattere. Det ble brukt råmateriale fra intervjuene uten noen form for tolkninger av andre. Totalt 76 intervju av kreftpasienter i palliativ fase ble analysert.</p>	<p>Det ble gjennomført intervju med fem spørsmål. Intervjuene ble tatt opp, og deretter analysert. De første intervjuene ble gjennomført hjemme hos pasientene, hvor noen av pasientene hadde med seg pårørende. Intervjuene ble startet med en samtale hvor pasienten kunne fortelle fritt, og komme med sine tanker rundt temaet.</p>
Utvalg	<p>Totalt 22 helsepersonell, hvorav 17 sykepleiere, og fem deltakere med annen helsefaglig bakgrunn.</p>	<p>Totalt 22 kreftpasienter i palliativ fase.</p>	<p>76 kreftpasienter i palliativ fase.</p>	<p>16 kreftpasienter i palliativ fase.</p>
Hovedfunn	<p>Det kommer frem flere punkter knyttet til håp i resultatene. De punktene som utmerket seg var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sannheten må fortelles 	<p>Det kom frem tre hovedkategorier knyttet til faktorer som fremmet håp.</p> <p>Akseptasjon – deltakerne beskrev at akseptasjon av</p>	<p>I resultatene kommer det frem funksjonen til håp, hva pasienten håper på og faktorer som fremmer og svekker håpet.</p>	<p>Det kom frem at håpet levde helt til slutten. Håpsfremmende og håpshindrende kategorier ble identifisert basert på intervjuene.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Døden må møtes - Unødvendig lidelse må unngås - Å kjempe til døden bør unngås - Pasient og familie må være forent til slutten - Urealistiske mål må byttes ut med realistiske mål 	<p>situasjonen kunne tillate dem å kunne nyte andre aspekt ved livet. Eksempelvis livskvalitet, viktige personlige mål eller familiære begivenheter.</p> <p>Familiære relasjoner – deltakerne beskrev at familiære relasjoner spilte en stor rolle knyttet til å opprettholde håp, utvikle akseptasjon og unngå håpløshet.</p> <p>Fysisk smerte og depresjon – de fleste deltakerne beskrev at fysisk smerte og depresjon førte til håpløshet. De beskrev også at symptomlindring fremmet håp.</p>	<p>Faktorer som fremmer håp er eksempelvis å få behandling, tillit til helsepersonell og reduksjon av smerte og andre plagsomme symptomer. Faktorer som svekker håpet er eksempelvis smerte, plagsomme symptomer og nedlatende beskjeder.</p>	<p>De håp-fremmede kategorier som utmerket seg var, relasjoner til familie og venner, positive relasjoner til helsepersonell og oppløftende minner. De håp-hindrende kategorier som utmerket seg var ukontrollerbar smerte og ubehag.</p>
--	---	--	---	---