



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	25-11-2022 09:00	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	09-12-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	307
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7506
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	21
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Verdigheit i palliasjon

Dignity in palliative care

Kandidatnummer: 307

Bachelor i sjukepleie, SYKS390

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

09. desember 2022

Samandrag

Bakgrunn: Bakgrunnen for val av tema er mine erfaringar eg har tileigna meg gjennom praksis og jobb på sjukeheim og sjukehus. På desse avdelingane har eg møtt menneske med kreftdiagnosar i palliativ fase, med ulike behov for hjelp og støtte. Møta med palliative kreftpasientar har forsterka mitt ønske om å skrive denne oppgåva.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiarar i samarbeid med pårørande fremme ein verdig palliativ fase for kreftpasientar?»

Metode: Dette er ein litteraturstudie med utgangspunkt i fem forskingsartiklar.

Resultat: Hovudfunna viser at kreftpasientar i palliativ fase har behov for kommunikasjon i form av samtale, relasjon, omsorg og tid saman med dei nærmaste. Dette kunne bidra til opplevd verdigheit. Pårørande la vekt på omlag det same, men med fokus på informasjon om sjukdom og informasjon når det oppstod endring i den palliative fasen. Dette var viktige faktorar som kunne føre til eit godt samarbeid saman med sjukepleiarar og pårørande.

Konklusjon: Kreftpasientar kan oppleve å kome i ein situasjon med mangel på kontroll. I ein sårbar situasjon i livet kan ein ha eit spesielt behov for å bli behandla med verdigheit. Å fremme ein verdig palliativ fase kan vere komplekst, fordi ein som person har ein individuell forståing av sin eigen verdi. Pårørande kan vere ein viktig ressurs ved at dei kan formidle pasientar sine ynskjer når dei ikkje har nok energi. Kommunikasjon, relasjon, samarbeid og evna til å sjå pasientane som individuelle personar. Alt dette kan vere med på å fremme ein verdig palliativ fase.

Nøkkelord: Palliativ fase, verdigheit, kreftpasient, samarbeid og pårørande

Abstract

Background: I chose to write about this topic because of my acquired experiences through placement and work in nursing homes and hospitals. I've met people with a cancer diagnosis in the palliative phase with needs for help and support. The meetings with palliative cancer patients have strengthened my desire to write this assignment.

Question: "How can nurses, in collaboration with relatives, promote a dignified palliative phase for cancer patients?"

Method: A literature review based on five research articles.

Results: My main findings show that cancer patients in the palliative phase require communication in the form of conversation, relationship, care, and time with their relatives. These factors can contribute to increasing patients' experienced dignity. Relatives also share a similar perspective, but wish to gain more information on the illness and information regarding changes in the palliative phase. These were important elements that may contribute to a good cooperation between the nurse and the relatives.

Conclusion: Patients may experience a lack of control and a feeling of vulnerability after being diagnosed with cancer. The patient may feel a heightened need to be treated with dignity. Every person has an individual understanding of their value, which can complicate the promotion of a dignified palliative phase. Relatives and family members can be an important resource when it comes to communicating patients' wishes. Communication, relationship, collaboration, and the ability to see patients as an individual and not just a patient, can promote a dignified palliative phase.

Key word: Palliative phase, dignity, cancer patients, collaboration, and relatives.

Innholdsliste

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Problemstilling	1
1.3	Avgrensingar og presisering	1
2	Teoretisk grunnlag	2
2.1	Katie Eriksson.....	2
2.1.1	Verdigheit beskrive av Katie Eriksson.....	2
2.1.2	Krenkelse av pasienten sin verdigheit i forhold til Katie Eriksson	2
2.2	Verdigheit.....	3
2.2.1	Krenke pasienten sin verdigheit	3
2.3	Palliativ fase.....	4
2.4	Kreft	4
2.5	Pårørande.....	5
2.5.1	Informasjon til pårørande.....	5
2.6	Kommunikasjon og relasjon.....	6
2.7	Retningslinjer innan palliasjon	6
3	Metode.....	7
3.1	Litteraturstudie som metode	7
3.2	Litteratursøk	7
3.3	Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur.....	10
3.4	Kritisk vurdering av forskningsetikk	10
4	Resultat	10
4.1	Artikkel 1	10
4.2	Artikkel 2	11
4.3	Artikkel 3	12
4.4	Artikkel 4	13
4.5	Artikkel 5	14

5	<i>Drøfting</i>	15
5.1	Kva handlar verdigheit eigentleg om?	15
5.2	Verdigheita blir satt på spel	16
5.3	Relasjon	17
5.4	Kommunikasjon	18
6	<i>Oppsummering</i>	20
7	<i>Litteraturliste</i>	21
	<i>Vedlegg 1: Oversiktstabell</i>	I
	<i>Vedlegg 2: Kritisk vurdering av artiklar</i>	VI
	Artikkel 1	VI
	Artikkel 2	VII
	Artikkel 3	VIII
	Artikkel 4	IX
	Artikkel 5	X

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for val av tema er mine erfaringar eg har tileigna meg gjennom praksis og jobb på sjukeheim og sjukehus. Eg har erfaring frå fleire somatiske kortids- og langtidsavdelingar. På desse avdelingane har eg møtt menneske med kreftdiagnosar i palliativ fase, med ulike behov for hjelp og støtte. Møta med palliative kreftpasientar har forsterka mitt ønske om å skrive denne oppgåva. Når ein får vite at livet går mot slutten, kjem det mange følelsar. Dette er komplekse situasjonar som førar med seg ein sorgprosess. I fleire samtalar med desse pasientane, har dei uttrykt sine siste ynskjer. Det som stadig kjem fram er behovet for ein samtale, samt besøk av sine nærmaste i den utfordrande tida. Desse situasjonane kan bli forstått som kreftpasientar sitt ynskje om å føle seg verdig gjennom heile den palliative fasen.

Pårørande til kreftpasientar i palliativ fase har ofte mange spørsmål. Dette har eg sjølv erfart. Pasienten har komet i ein sårbar situasjon med mangel på kontroll. Omgjevnadene kan vere nye og ukjente, sjølv om ein er på sjukeheim, sjukehus eller i eigen heim. Dette kan også føre til usikkerheit hos pårørande. Det er oftast dei som kjennar pasienten best, og kan derfor vere ein ressurs i den palliative fasen. Derfor ynskjer eg å belyse viktigheita av eit godt samarbeid med pasientar sine nærmaste pårørande i denne oppgåva

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar i samarbeid med pårørande fremme ein verdig palliativ fase for kreftpasientar?

1.3 Avgrensingar og presisering

Denne oppgåva skal omhandle eldre kreftpasientar i palliativ fase. Den palliative fasen kan strekke seg over dagar, månadar og år, og tidsrommet vil derfor ikkje bli avgrensa i oppgåva. Sentrale omgrep som verdigheit, krenkelse, palliativ fase og kreft vil bli gjort greie for i teoridelen.

2 Teoretisk grunnlag

Denne delen av oppgåva vil omhandle teori rundt omsorgsteorien til Katie Eriksson, palliativ fase, kreft, og verdigheit, samt samarbeid med pårørande.

2.1 Katie Eriksson

Katie Eriksson er ein av pionerane innan omsorgsvitskap i Norden. Eriksson vart født den 18. november 1943 og døde 30. august 2019. Ho vart sjukepleiar i 1965 og helsesøster i 1967. Deretter fullførte ho ein mastergrad i filosofi i 1974, samt ein doktorgrad i pedagogikk i 1982. Fokuset til professoren var hennar undervisning og forskning. Eriksson var svært dedikert til arbeidet og har dermed skrivet over 400 titlar som inkluderer blant anna lærebøker, fagartiklar i internasjonale tidsskrift, vitskapelege rapportar og short papers. Teorien hennar om tre typar lidningar: lidning av sjukdom, lidning av omsorg og lidning i livet vart sentral i arbeidet. Hennar omsorgsteori er med på å bevare verdigheita gjennom ord og tankar (Fagerström & Sandvik, 2019, s. 763-764).

2.1.1 Verdigheit beskrive av Katie Eriksson

I følge Eriksson (1995, s. 70) har omgrepet verdigheit fleire tydingar: den indre og ytre dimensjonen. Ordet kjem frå latin *dignitas*, *dignus* som vil seie truverdigheit og likeverdighet. Den indre dimensjonen framhevar ærekjensle, truverdigheit og moral. Den ytre dimensjonen framhevar ære, stilling, embete, verdig haldning, utsjånad og omdømme. Vidare beskriv ho at alle menneske skal ha same verdi og verdigheit, samtidig påpeiker ho at alle menneske har ein individuell forståing av sin eigen verdi (Eriksson, 1995, s. 70-71). Eriksson legger vekt på at det å grine ikkje er å miste sin verdigheit. Ein bør møte dette utan spørsmål og tvang (Eriksson, 1995, s. 63). Eit menneske kan også kjenne seg verdiløst ved å kjenne på skyld og skam (Eriksson, 1995, s. 71).

2.1.2 Krenkelse av pasienten sin verdigheit i forhold til Katie Eriksson

Den vanlegaste forma for krenkelse av pasienten sin verdigheit er gjennom pleieliding. Å krenke pasienten sin verdigheit vil seie å ta vekk hen moglegheita til å vere eit menneske. Dette kan oppstå under konkrete og direkte handlingar, til dømes gjennom personlege spørsmål eller berøring av intime soner. Eriksson påpeiker også at det å ikkje sjå mennesket og mangelfull etisk haldning kan vere ein form for krenkelse (Eriksson, 1995, s. 70).

2.2 Verdighet

«Verdighet er å bli elsket og respektert uansett hvordan livet ditt utvikler seg, uansett om du mister funksjoner, uansett om du ikke lenger kan betale skatt.» (Ranheim, 2006, s. 102). Døden kan vere ein verdig stund, når verdigheita kan følgje ein pasient til livets slutt (Ranheim, 2006, s. 104).

Unni Ranheim (2006, s. 102) framhevar at me er oppteken av å fremme det frisk, velfungerande menneske at ein derfor kan forbinde verdighet til det å vere på topp, vise lønnsamheit og effektivitet. Verdighet for eldre personar kan innebere å ha ein verdi som menneske, å bli sett, lytta til, tatt på alvor, trudd på, bli behandla med respekt og ærbødigheit. Relativ verdighet kan beskrivast med ein indre og ytre side. Den indre verdigheita kan ein knytte til verdiar som kan bli påverka av kultur og samfunn. Den ytre verdigheita kan komme til uttrykk ved hendingar, handlingar eller eigenskapar. Når nokon uforsiktig handterer desse handlingane kan det bli tolka som ein krenkelse av verdigheita (Edlund et al., 2013, s. 855-856).

Eldre personar kan oppleve situasjonar når verdiar som å klare seg sjølv ikkje kan bli realisert. Opplevinga av verdighet kan bli fremma når ein får friheita til å kunne akseptere situasjonen som oppstår, og la verdien av å vere verdig denne hjelpa. Menneskeleg sårbarheit kan vise seg i denne situasjonen, særleg når konkrete løysingar for å bevare verdighet ikkje er mogleg. Denne situasjonen kan også føre til at livet kan få ein ny meining (Edlund et al., 2013, s. 856).

2.2.1 Krenke pasienten sin verdighet

Ein kan krenke pasienten sin verdighet dersom sjukepleiarar snakkar over hovudet framfor den døande. Dersom andre beskriver kva behov du har utan å spørje deg, men tar for gitt at du ikkje veit ditt eige beste i situasjonen. Det kan oppstå krenkelse i situasjonar der sjukepleiarar ikkje har moglegheit og tid når pasienten føler seg redd. Ein kan også bli krenka dersom institusjonen ein oppheld seg på er nedsliten (Ranheim, 2006, s. 103).

Når ein oppheld seg i livets siste fase blir ein avhengig av andre menneske. Oppgåvene som kan bli utfordrande er til dømes å kunne ete sjølv og det kan vere mogleg å miste evna til å kommunisere verbalt. Dei mest intime oppgåvene treng ein også hjelp til. «Vi mister verdigheten, sier vi» (Ranheim, 2006, s. 102).

2.3 Palliativ fase

Ivaretaking av pasient og pårørende er sentralt når sjukdommen er inkurabel og pasienten nærmar seg ein palliativ fase. Mange pasientar kan beskrive sin situasjon som god i palliativ fase, til tross for ein kreftsjukdom. I nokre situasjonar kan pasientar trekkje fram at situasjonen kan føre til verdsetting av livet, moglegheiter og sterkare relasjon til dei nærmaste (Lorentsen & Grov, 2016, s. 424). Det er ein belastning å få ein kreftdiagnose, men denne belastninga blir større dersom ein får informasjon om at sjukdommen ikkje kan kurerast. Inkurabel sjukdom rammer både pasient og pårørende. Fokuset innan palliasjon retter seg mot å oppretthalde eller auke livskvalitet (Kaasa & Loge, 2016, s. 41).

Ein av sjukepleiaren sine oppgåver er å ivareta pasienten sitt grunnleggjande behov, samt å utøve hjelp til å utføre daglege aktivitetar (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). Når ein skal behandle pasientar i den palliative fasen trengjer man som sjukepleiar blant anna kunnskap om sjukdommen, samtidig som ein fokuserer på pasientane sine viktige ynskjer og mål. Ein kan også ha behov for etisk kunnskap, engasjement og refleksjon for å fremme verdigheit (Grov, 2020, s. 538). Sjukepleiarar kan oppleve at det ikkje er frykta for å døy som er hovudproblemet i palliativ fase, det kan rette seg meir mot frykta for å måtte lide i smerte. Smerte kan i denne samanhengen sjåast som fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell (Grov, 2020, s. 540).

Pasientar som er i palliativ fase kan ha varierende behov for hjelp og støtte frå sjukepleiarar. Mange pasientar har større behov for sjukepleie når dei er i ein palliativ fase enn tidlegare i sjukdomsbilete (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). For å fremme ein verdig palliativ fase kan man sette fokus på optimal livskvalitet, der man retter synet mot kva som er viktig for den enkelte i augeblikket. Ynskja kan vere svært ulike. Ein pasient kan ha behov for ein samtale med ein slektning eller prest, medan ein anna kan ha som ynskje å kunne ete eit spesielt måltid. Pasientar kan også ha som ynskje å ivareta autonomien (Grov, 2020, s. 540).

2.4 Kreft

Kroppen består av milliardar av celler. Kreft oppstår dersom det er ein feil som medfører at cellene deler seg ukontrollert og ikkje utfører dei oppgåvene friske celler ville ha gjort. Når kreftcellene fortsett å dele seg, oppstår det ein opphoping av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten byrja. Dette fører til at det blir danna ein kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399).

I 2021 fekk 36 998 kreft i Noreg. Blant desse var 19 684 menn og 17 314 kvinner (Kreftforeningen, 2021). Dei fire vanlegaste kreftformene for kvinner og menn i 2021 var prostatakreft, brystkreft, lungekreft, og tarmkreft i følgje kreftstatestikken (Kreftregisteret, 2022a). Omlag 11 000 nordmenn døyde av kreft i 2020 (Kreftregisteret, 2022b).

2.5 Pårørande

Alvorleg sjukdom og død vil påverke både pasienten og pårørande (Stensheim et al., 2016, s. 63). I dette arbeidet kan pårørande vere ein god ressurs for pasientar og sjukepleiarar. Pårørande tek ofte fri frå jobb, setter sin fritid til sides og prøver å vere til stede for pasienten. Dei bidrar til dømes med emosjonell og praktisk hjelp. Mange pasientar er svært taknemlege for denne støtta, men samtidig kan det føre til ein bekymring for at belastninga kan vere krevjande. Dei pårørande kan i nokre tilfelle oppleve at dei blir ansvarleg for å utøve emosjonell støtte til palliative kreftpasientar (Stensheim et al., 2016, s. 278). Pårørande som får moglegheit til å ta pausar for å tileigne seg tilstrekkeleg energi og ber om avlastning til å pleie den palliative kreftpasienten har mindre risiko for å sjølv bli sjuke (Stensheim et al., 2016, s. 282).

Dei pårørande er med på å fremme ivaretaking for pasienten (Stensheim et al., 2016, s. 63). Pasienten kan oppleve å kjenne på skyldfølelse for at dei til dømes sviktar familien, forlèt sine nærmaste og påfører belastning i kvardagen. Som sjukepleiar bør ein informere om slike emosjonelle reaksjonar for å blant anna redusere skyldfølelse av å ikkje strekkje til (Stensheim et al., 2016, s. 279).

Pasient og pårørande huskar forskjellige ting, dette kan bidra til å sette ord på det som har vore mykje å seie i livet. Som sjukepleiar må ein også ta stilling til å respektere dersom pasientane ikkje ønskjer å snakke om vanskelege emnar og vonde minner. Dette kan vere eit komplekst arbeid som krev tid, trygghet, nærvær og tillit (Kirkens Bymisjon Oslo, 2014, s. 10).

2.5.1 Informasjon til pårørande

Når det kjem til den utfordrande samtalen der ein må ta stilling til at døden nærmar seg, er det ein fordel at sjukepleiarar og pårørande har etablert ein relasjon. Den sjukepleiaren som er ansvarleg for å gi informasjonen bør finne eit egent rom og kjenne til pasienten sjukehistorie. Verktøy som kan vere aktuelt å nytte når ein skal gi slik informasjon er til dømes SPIKES protocol (Stensheim et al., 2016, s. 277).

Ein forhandssamtale om døden kan gi svar på å kartleggje pasienten sine ynsker for behandlingsnivå, sluttfasen og døden. Desse forhandssamtale kartleggje også kven som skal bli informert og korleis pårørande skal få tildelt informasjon. Pårørande sitt behov kan ofte vere aukande i slutten, medan pasienten opplever mindre interesse for informasjon om sjukdom og behandling når døden nærmar seg. Dersom pasienten ikkje føler seg god nok til å ta imot informasjon har pårørande ein moglegheit til å formidle pasienten sine ynskjer (Stensheim et al., 2016, s. 277-278).

2.6 Kommunikasjon og relasjon

Relasjon inneberer eit forhold mellom personar, der man kan bli påverka av den andre sin situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). For å etablere ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient i palliativ fase kan kommunikasjon vere ein nødvendig faktor. Sjukepleiarens kommunikasjon kan styre om ein kjem nærme pasienten. Kommunikasjon gir moglegheita for å sette ord på erfaringar, forhåpningar, draumar, prioriteringar, verdiar og behov. Nokon pasientar kan oppleve at det er utfordrande å snakke om tema i fare for at det kjem til å skje. Andre pasientar ynskjer ikkje å snakke om oppleving av tap, skyldfølelse og frykt, fordi ein kan til dømes føle seg forvirra (Kalfoss, 2016, s. 460).

Samtalen om livet kan vere ein viktig del i arbeidsfasen for å avslutte det. Ein kan til dømes tenke på kva som har vore det gode med livet, samt kva utfordringar og prøvelsar ein har vore gjennom. Samtaler og «mimring om gamle dagar» kan hjelpe pasientar på sjukeheim til å sjå livet, samtidig som det styrkar opplevinga av verdigheit (Kirkens Bymisjon Oslo, 2014, s. 9).

Å snakke om usemje og skyld, samt å få tatt avskjed med sine nærmaste står sentralt i den palliative fasen. Det kan opplevast sårbart å ta farvel med sine nærmaste, men det har som oftast stor betydning. Det å ha moglegheit til å rette ein takk for det man har opplevd og delt saman kan vere eit tilstrekkeleg farvel (Kirkens Bymisjon Oslo, 2014, s. 11).

2.7 Retningslinjer innan palliasjon

Døden er ofte tabubelagt for mange og skal helst ikkje snakkast om. Nokon ynskjer å holde seg unna den som skal døy, som kan føre til at pasienten i palliativ fase kan bli isolert. Denne einsamheita kan lindrast ved at til dømes sjukepleiar er til stades å prøvar å forstå situasjonen. Nærvær i forbindelse med omsorg kan vere ein viktig faktor i den palliative fasen (NOU 1999: 2, s. Kap. 5.5). Ein av FNs erklæringar av den døande sin rettigheit er som følgjande: «Jeg har rett til å slippe å dø alene.» (NOU 1999: 2, s. Kap 5.2).

«Verdier er noe som er grunnleggende verdifullt for mennesket.» (NOU 1999: 2, s. Kap. 5.1). Den palliative fasen er full av endringar og derfor vil omprioriteringar vere ein utfordring. Pasientar kan oppleve å prioritere annleis enn tidlegare i livet. Nokon verdier kan dermed føre til at dei er viktigare enn andre. Samfunnet sitt forhold til døden er med på å påverke grunnleggjande verdier og haldningar (NOU 1999: 2, s. 5.1).

Eksistensielle spørsmål kan førekomme dersom ein arbeidar med palliative pasientar. Sjukepleiarar kan få tildelt ulike spørsmål som til dømes om det er noko meining med livet, samt kvar me kjem frå og kvar me går (NOU 1999: 2, s. Kap. 5.4).

3 Metode

Metode inneberer ein systematisk framgangsmåte der ein innhentar informasjon og kunnskap for å svare på ein problemstilling. I denne delen beskriver ein presist korleis ein har gått fram for å utarbeide oppgåva (Thidemann, 2015, s. 74).

3.1 Litteraturstudie som metode

«En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele.» (Thidemann, 2015, s. 77). Hensikta med litteraturstudie er å gi lesaren ein oppdatert forståing på eit område, samt korleis man har kome fram til denne kunnskapen. Dette vil seie at ein litteraturstudie inneheld blant anna at ein skal vurdere artiklane sin relevans, kritisk vurdere, analyse og drøfte resultat frå artiklane, samt utarbeide ein litteraturmatrise (Thidemann, 2015, s. 78).

3.2 Litteratursøk

PiCo er eit verktøy som skal hjelpe med å formulere spørsmålet presist og tydeleg. Problemstillinga vart utarbeida ved hjelp av PiCo (Helsebiblioteket, 2021a). I denne oppgåva er Populasjonen (P) palliative kreftpasientar og pårørande, interessa (I) verdigheit knytt til palliative pasientar og konteksten (Co) sjukeheim, sjukehus eller heimesjukepleie.

For å komme fram til relevante forskingsartiklar har søket føregått i databasen CINAHL. Det har vore nytta engelske søkeord i databasen. For å avgrense søket har eg nytta søkeord som: «palliativ care», «human dignity», «dignity», «hospice and palliativ nursing», «cancer patients» og «relatives experience». Oversett til norsk blir dette: «palliativ pleie», «menneskeverd», «verdighet», «hospice

og palliativ sjukepleie», «kreftpasientar» og «pårørande sin erfaring». Ved å nytte desse søkeorda fann eg relevante forskingsartiklar for min problemstilling. Søket har blitt avgrensa til forskingsartiklar som er fagfellevurdert og som ikkje er eldre enn 10 år. Dette vil seie frå 2011.

Søk nummer 4 i CINAHL gav treff på forskingsartikkelen «The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer» (Missel & Bergenholtz, 2021).

Forskinsartikkelen vart sett på som relevant fordi den blant anna belyser korleis ein kan bevare verdigheita i palliativ behandling for kreftpasientar, noko som er relevant for min problemstilling. Sjå [Tabell 1](#).

Tabell 1: Søk i CINAHL 12.09.22

Søk i CINAHL 12.09.22			
Nummer:	Søkeord/Term:	Avgrensingar (limit)	Resultat:
S1	Human Dignity or dignity		13669,5
S2	Palliativ care or Hospice and Palliativ Nursing		9548,5
S3	Cancer patients	2011-2022	5427,5
S4	S1 AND S2 AND S3		1306,5

Frå søk i CINAHL vart artikkelen «Acting with dedicattion and expertise´ experience of nurses´ provision of care in a palliative unit» nytta frå søk nummer 4 (Grøthe et al., 2015).

Forskinsartikkelen vart sett på som relevant fordi, den beskriver korleis pårørande og pasienten opplev verdighetsterapi i ein palliativ avdeling. Dette kan ein lese i [Tabell 2](#).

Tabell 2: Søk i CINAHL 07.11.22

Søk i CINAHL 07.11.22			
Nummer:	Søkeord/Term:	Avgrensingar (limit)	Resultat:
S1	Palliativ care		41206
S2	Relatives experience		94
S3	S1 AND S2		5
S4	S1 AND S2	2014-2020	3

Søk nummer 4 i CINAHL gav treff på forskingsartikkelen «Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliativ care unit» (Nunziante et al., 2021). Forskinsartikkelen vart sett på som relevant, fordi den blant anna vurderer omgrepet verdighet i samband med kreftpasientar som mottar palliativ behandling. Dette er beskrive vidare i [Tabell 3](#).

Tabell 3: Søk i CINAHL 19.10.22

Søk i CINAHL 19.10.22			
Nummer:	Søkeord/Term:	Avgrensingar (limit)	Resultat:
S1	Palliativ care		41129
S2	Cancer Patients		46344
S3	Dignity		7665
S4	S1 AND S2 AND S3		56

Ved søk nummer 3 i CINAHL vart artikkelen «healthcare professionals’ perceptions of dignity-preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway» (Staats et al., 2022). Forskingsartikkelen belyser helsepersonellets oppfatning av verdibaserte prinsipp og organisatoriske forhold som fremmar verdigheitsbevarande omsorg for eldre heimebuande kvinner med inkurabel kreft. Sjå [Tabell 4](#).

Tabell 4: Søk i CINAHL 21.11.22

Søk i CINAHL 21.11.22			
Nummer:	Søkeord/Term:	Avgrensingar (limit)	Resultat:
S1	Dignity or human dignity		7719
S2	Cancer patients		46737
S3	S1 and S2		180

Søk nummer 4 i CINAHL gav treff på artikkelen «“We Are Here for You All the Way”—Patients’ and Relatives’ Experiences of Receiving Advanced Home Care”» (Wennman et al., 2020).

Forskingsartikkelen fremmer erfaringar ved å motta avansert heimesjukepleie til pasientar ramma av livstruande sjukdom og deira nærmaste pårørande. Sjå [Tabell 5](#).

Tabell 5: Søk i CINAHL 24.11.22

Søk i CINAHL 24.11.22			
Nummer:	Søkeord/Term:	Avgrensingar (limit)	Resultat:
S1	Palliative care		32761
S2	Relatives experience		61
S3	S1 AND S2		4
S4	S1 AND S2	2011-2022	4

3.3 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

Alt av litteratur som har blitt brukt i denne oppgåva er av nyaste utgåve, men med nokre unntak. Boka «Det lidende menneske» av Katie Eriksson er av originallitteratur og er derfor skriven i 1995. Innhaldet i boka vart sett på som relevant og svarer på nokre punkt av oppgåva sin problemstilling, sjølv om den er 27 år gammal. Boka «Tid for å leve – tid for å dø» av Unni Ranheim er skriven i 2006. Litteraturen vart sett på som relevant i oppgåva, fordi den tar opp tema som inneberer korleis pasientane opplev det å vere i ein palliativ fase.

Alderen på forskingsartiklane som er valt i denne oppgåva er frå 2015, 2020, 2021 og 2022. Resultatet på søket har blitt vurdert på om det har ein tydeleg IMRAD-struktur, samt at det er relevant for oppgåva sin problemstilling. Deretter har forskingsartiklane blitt kritisk vurdert ved hjelp av «sjekklister for vurdering av kvalitativ studie» frå Helsebiblioteket (2021b). Sjå [Vedlegg 2](#).

3.4 Kritisk vurdering av forskningsetikk

«Etikk handlar om kva som er rett og gale, godt eller vondt. Det handlar om korleis ein forhold seg til kvarandre for å fremme det gode og rette og for å unngå å krenke kvarandre» (Heggstad, 2018, s. 9). Videre baserer forskningsetikk seg på oppdatert kunnskap ved hjelp av forskning (Heggstad, 2018, s. 121). Når ein som forskar involverer menneske i forskinga, skal man søke inn til ein regional forskingskomité (REK). Forskingskomiteen avgjer om arbeidet er forsvarleg å arbeide vidare med (Heggstad, 2018, s. 132).

Artikkel 1, 2, 3, 4 og 5 har blitt etisk godkjent i arbeidet av ulike forskingskomitear. Intervjua i artikkel 1 vart halden på sjukehuset i eit uforstyrra rom, slik at deltakarane kunne føle seg komfortabel med situasjonen. Deltakarane fekk også moglegheit til å stille spørsmål om operasjon, sjukehusinnleggelsen og behandling. Pårørande som vart intervjuet i artikkel 2 fekk tilbod av palliativ avdeling om psykososialt oppfølging. Deltakarane i artikkel 5 fekk informasjon at deira deltaking var frivillig og at dei kunne trekke seg når som helst utan å fortelje årsak.

4 Resultat

Denne delen av oppgåva fokuserer på forskingsartiklar som har blitt utvalt for å kunne svare på oppgåva sin problemstilling. For å finne ein detaljert beskrivelse av artikkelane, sjå [Vedlegg 1](#).

4.1 Artikkel 1

The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer

Artikkelen beskriver ein kvalitativ studie skriven av Malene Missel og Heidi Maria Bergenholtz (2021). Studien undersøkte korleis ein kan bevare verdigheit som verdi i palliativ behandling for pasientar med inkurabel spiserørskreft. Det vart nytta kvalitativ metode i form av intervju. Det var 18 pasientar som deltok i studien. Artikkelen omhandla to tema: ein ærbødig respons i omsorgsforholdet, samt å ete som ein uverdig aktivitet.

Studien fann ut at ein kunne bevare verdigheita og følelsen av respekt til pasientane ved å finne ein balanse mellom helsevesenets system og pasienten sin livsverd. Ved å bruke ein dialogisk og forståelsefull tilnærming kan ein fremme pasienten sin følelse av verdigheit. Dette kan innebere ein samtale ved å bruke verbal og non-verbal kommunikasjon. Dersom kreftpasienten skulle få ein ubehageleg nyheit var det viktig for hen at sjukepleiaren kunne ha ein samtale med vedkommande. I studien bidra dette til kreftpasientane sin følelse av verdi (Missel & Bergenholtz, 2021).

Ein situasjon som blir beskriven i artikkelen er når krenkelse av kreftpasientane sin verdigheit oppstår når dei må gjenfortelle og oppsummere sjukdomsbilete. Dette kunne føre til at kreftpasientane satt med ein følelse av at ingen kjente deira sjukdomshistorie. Om pasientane ikkje lenger klarte å ete vanlege daglege måltid, kunne dette påverka eiga kropp og identitet, som vidare kunne føre til sosiale konsekvensar. Dersom det var lang ventetid opplevde pasientane å ikkje bli tatt på alvor (Missel & Bergenholtz, 2021, s. 429-433).

4.2 Artikkel 2

Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit

Artikkelen beskriver ein kvalitativ studie. Hensikta med studien var å fremme og tolke pårørande sine levde opplevsar av helsepersonellens omsorgstilbod på ein palliativ avdeling. Det vart tre tema som blei skriven om i studien: betydninga av relasjon, betydninga av handling, samt betydninga av ressursar (Grøthe et al., 2015).

Studien fann ut at pårørande kan legge vekt på betydninga av tid, nærheit, familieatmosfære og omsorg tilpassa situasjonen. For at pårørande kan få informasjon om kva som skjer med den palliative pasienten kan sjukepleiarar informere om sine observasjonar når det kjem til endringar i den palliative fasen. På denne måten kan ein fremme trygghet for dei pårørande. Kreftpasientar i ein palliativ avdeling såg betydninga av at sjukepleiarane opptredde med engasjement og ekspertise (Grøthe et al., 2015).

Betydninga av å forhalde seg sett i ein samanheng med korleis pårørande opplevde å bli sett og møtt av sjukepleiarane. Dette blei vidare beskrive som å vere «i sitt eige rom». For desse kunne det

opplevst som å vere i ein krise, med isolasjon frå omverden. Det indre fokuset påverka forholdet som dei pårørande hadde til sjukepleiarane. I ein situasjon vart sjukepleiarane beskrive som «bare å gå inn og ut av rommet». På dette tidspunktet hadde nok ikkje dei pårørande energi til å engasjere seg med sjukepleiarane. Pårørande framheva at sjukepleiarane viste tolmodigheit og respekt for deira behov for plass (Grøthe et al., 2015).

Pårørande i denne studien fremma viktigheita av informasjon. Ved å formidle sine observasjonar kunne det føre til ein følelse av trygghet for dei pårørande. Ein pårørande trekte fram at ein sjukepleiar spurte vedkommande: «Er det noko du lurar på?». Denne pårørande såg på dette som ein fantastisk situasjon. Dersom sjukepleiarane ikkje kommuniserte tilstrekkeleg kunne det føre til ein belastning for dei pårørande. Ein pårørande trekte fram at dei ikkje hadde fått noko informasjon om korleis sjukdommen kunne utvikle seg (Grøthe et al., 2015).

4.3 Artikkel 3

Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit

Artikkelen beskriver ein kvalitativ og kvantitativ studie i form av intervju. Hensikta med denne studien var å belyse og vurdere gjennomførbarheita av omgrepet verdigheit i samband med kreftpasientar som mottar palliativ behandling. 50 kreftpasientar med ein forventa levetid på tre månadar deltok i studien, derav 28 fullførte. Studien fokuserer også på å fremme tre sjukepleiarar sitt syn på verdigheit. Desse godtok å bli intervjuar (Nunziante et al., 2021).

Intervjuet med dei tre sjukepleiarane vart delt inn i to hovudtema som vil seie fasilitator og barrierar for implementering av verdighetsterapi i sjukehusmiljøet. Kwart deltema fokuserte vidare på sjukepleiarens personlege eigenskapar, sjukepleiar-pasientforholdet og sjukehusmiljøet. Det kom fram forslag for å kunne enklare introdusere verdighetsterapien i arbeidet.

Studien resulterte i at kreftpasientar synast det å bruke verdighetsterapi var tilfredsstillande og nyttig. Dette førte til at ein kunne byggje moglegheiter for personleg vekst og gi ein heilskapleg omsorg. Verdighetsterapien førte til at ein kunne akseptere diagnosen sin tilstand og dermed fekk kreftpasientane til å føle at livet hadde meir mening. Omtrent halvparten av kreftpasientane trekte fram at livskvaliteten og åndeleg velvære vart forbetra ved å utøve verdighetsterapi. I følgje kreftpasientane reduserte verdighetsterapien også liding, tristheit, depresjon eller følelsen av å vere ein belastning for andre. Kreftpasientane trekte også fram at verdighetsterapien hadde hjulpet dei pårørande. Verdighetsterapien fremma moglegheitene slik at pasientane huska positive opplevsar frå livet og fekk moglegheit til å utforske eksistensielle problemstillingar. Pasientane som deltok i

studien utrykte at dei var ukomfortabel med å snakke om private forhold med sjukepleiarar, grunna at dei var ukjente menneske (Nunziante et al., 2021).

Verdigheitsterapi spørsmåla frå studien resulterte til at sjukepleiarane fekk moglegheit til å oppleve kven pasienten var før og etter sin diagnose. Det gav også moglegheit til å reflektere over eget liv. For å kunne utøve ein heilhetleg omsorg var verdigheitsterapien eit viktig verktøy i arbeidet, samt at dette fekk fram pasientane sine ynskjer og behov. Under studien kom det spørsmål om eksistensielle problemstillingar, dette gav også moglegheit for pasientane å utrykke ynskjer som ellers ikkje hadde kome fram i følgje sjukepleiarane. Sjukepleiarane i studien følte seg overvelda og ukomfortabel når pasientane fekk sterke emosjonelle reaksjonar under verdigheitsterapi spørsmåla. Sjukepleiarane følte at dei mangla kompetansenivået som dei hadde behov for i møte med pasientane sine emosjonelle reaksjonar (Nunziante et al., 2021).

4.4 Artikkel 4

Healthcare professionals' perceptions of dignity- preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway

Artikkelen beskriver ein kvalitativ studie i form av intervju saman med kreftkoordinatorar, palliative sjukepleiarar i heimetenesta, samt fastlegar. Hensikta med denne studien var å utforske, samt identifisere helsepersonellens oppfatning av verdibaserte prinsipp og organisatoriske forhold som fremmer verdigheitsbevarande omsorg for eldre heimebuande kvinner med inkurabel kreft (Staats et al., 2022).

Resultatet i studien er basert på refleksjon av to verdibaserte prinsipp: akseptere viktigheita for å beskytte kvinner sin identitet og følelsen av å vere heime, samt akseptere kvinnene sin autonomi og personlege preferansar. I tillegg skildrar resultatata to organisatoriske forhold som påverkar praksisen med verdigheitsbevarande omsorg (Staats et al., 2022).

Det å ivareta kvinnene sin identitet var i følgje informantane nødvendig for å bli anerkjent som verdige menneske. Det var utfordrande for fastlegane å fortelje at pasientane var døande, samtidig belyste dei viktigheita av å fortelje det. Pasientane hadde nok ikkje nemnt det. Når fastlegar ikkje gav tilstrekkeleg informasjon og oversåg deira ønske og behov kunne dette føre til krenkelse av kvinnene sin identitet. Kreftkoordinatorane framheva viktigheita av å stille eksistensielle spørsmål, samt å respektere og bekrefte kvinnene sin identitet og anerkjenne deira liv som koner og mødrer. Kreftkoordinatorane fann også ut at det var avgjerande å fokusere mindre på framtida og meir på fortida, slik at kvinnene fekk moglegheit til å dele sine livshistorier og dermed beskytte sin identitet.

Ein av kvinnene var fornøgde med livet sitt og var derfor klar til den palliative fasen (Staats et al., 2022).

Ivareta kvinnene sin autonomi og eigenverd var viktige faktorar for å skape verdigheit. Å tilpasse miljøet var ein faktor som kunne bidra til dette. Fleire kreftsjukepleiarar beskrev situasjonar der kvinnene vart overstyrt og ikkje i stand til å kommunisere sine ynskjer. I ein situasjon vart ei kvinne pressa til å gi frå seg husnøkkelen til heimetenesta. I følge kreftkoordinatoren opplevde pasienten det som ein krenkelse å ha ein framand i huset når ho sov (Staats et al., 2022).

Fastlegane, kreftkoordinatorane og palliative sjukepleiarar i heimetenesta framheva det å møte kvinnene med mildskap og medvit som viktige faktorar for å skape ein omsorgskultur. For å kunne utøve dette var tilstrekkeleg tid og kunnskap om kvinnene sin situasjon avgjerande. Fastlegane opplevde at det oppstod ein avstand i omsorga og dette vart forbundet med manglande spesialkompetanse og sjukdomskompleksitet (Staats et al., 2022).

Fokusgruppeintervjua med kreftkoordinatorane og palliative sjukepleiarar i heimetenesta låg sterkare vekt på omsorgskulturen. Desse profesjonane fokuserte på å utrykke nærvær og ro for kvar enkelt kvinne. I tillegg var dei oppteken av at palliative sjukepleiarar i heimetenesta skulle besøke få kvinner. Videre utrykte desse at det kunne oppstå ein risiko for ein hektisk tid i den palliative fasen, som kunne føre til dårleg kvalitet på omsorga (Staats et al., 2022).

4.5 Artikkel 5

«We are here for you all the way» - Patients' and Relatives' experiences of receiving advanced home care

Artikkelen beskriver ein kvalitativ studie skriven av Ingela Wennman, Anna Ringheim og Helle Wijk (2020). Hensikta med denne studien var å belyse erfaringar ved å få avansert heimesjukepleie til pasientar ramma av livstruande sjukdom og deira nærmaste pårørande. Åtte pasientar vart intervjuar med anten ein eller to nære pårørande. Tre pasientar vart intervjuar aleine utan pårørande til stades. Nærmare 95% av pasientane innan palliativ behandling hadde hatt ein kreftdiagnose (Wennman et al., 2020).

Studien resulterte i tre tema: skape trygge omgivnader, sjå personen og korleis ein kan handtere omsorg i heimen. Behovet for å føle seg trygg vart nemnt av pasientar og pårørande som ein viktig faktor. For å føle seg trygg hadde desse behov for kommunikasjon og psykososial støtte. For å utøve dette utrykte heimetenesta at personalet og pasientar var forsikra om at dei kunne ringe heimetenesta for å møte deira behov. Pårørande belyste viktigheita av å få tydeleg informasjon om

kven ein skulle kontakte ved konkrete sjukepleiartiltak når pasienten sin evne til å ta vare på seg sjølv vart redusert, samt når helsebehovet økte. Nokon pårørande synast at det var avgjerande å sleppe å ta avgjerder når det kom til behandlingar. Dette gjaldt spesielt om pasienten skulle bli flytta til sjukehus. Dei pårørande belyste viktigheita av at omsorgsmiljøet til pasienten var trygt når dei til dømes opphaldet seg på arbeid. Dette kunne føre til at dei slepte å vere heime. Videre fortalte pasientar og pårørande om ein usikkerheit knytt til omsorgshandlingane som oppstod når det var mange profesjonar involvert frå sjukehuset, heimetenesta frå kommunen og fysioterapeutar frå primærhelsetenesta. Dette gjaldt overgangen til avansert heimeteneste (Wennman et al., 2020).

Alle pasientane som var med i studien, samt nære pårørande uttrykte viktigheita ved å sjå pasienten som ein person, ikkje berre «ein pasient». Personalet vart beskriven som støttande, empatisk og hjelpsame. Ein pasient hadde ein samtale med legen korleis det å døy ville bli. Legen sa: Me er her for deg heile vegen. For å utøve ein god relasjon mellom pasientar, nære pårørande og personalet, vart kvalitet beskriven som ein viktig faktor. Det som vart avgjerande for mange var å ha tilbod om ein fast omsorgs koordinator som til dømes kunne ta ansvar for spesielle behov. Videre fremma pasientar og pårørande viktigheita av at personalet kunne ivareta pasienten personlege integritet. Overhalde avtalte besøkstider eller opplyse om hendingar som har oppstått ved besøket vart beskriven som viktige faktorar for å oppretthalde pasienten sin personlege integritet (Wennman et al., 2020).

5 Drøfting

Denne delen av oppgåva kjem til å drøfte funna i forskingsartikkelen opp mot problemstillinga som omhandlar korleis sjukepleiarar kan i samarbeid med pårørande fremme ein verdig palliativ fase for kreftpasientar. Deretter blir problemstillinga drøfta opp mot Katie Eriksson sjukepleiarteori og relevant litteratur.

5.1 Kva handlar verdigheit eigentleg om?

Som tidlegare nemnt er det ein belastning å få ein kreftdiagnose, og denne belastninga blir større dersom ein får informasjon om at sjukdommen ikkje kan kurerast (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Omlag 11 000 nordmenn døyde av kreft i 2020 (Kreftregisteret, 2022b). Kreftpasientar kan oppleve å kome i ein sårbar situasjon med mangel på kontroll. I ein slik sårbar situasjon i livet kan ein ha eit spesielt behov for å bli behandla med verdigheit. Fokuset innan palliasjon retter seg derfor mot å oppretthalde eller auke livskvalitet for både pasient og pårørande (Kaasa & Loge, 2016, s. 41).

Det kan vere utfordrande å definere omgrepet verdigheit, fordi omgrepet kan ha fleire tydingar. Som tidlegare nemnt beskriver Eriksson (1995, s. 70) omgrepet verdigheit knytt til den indre og ytre dimensjon. Den indre dimensjonen framhevar ærekjensle, truverdighet og moral. Den ytre dimensjonen framhevar ære, stilling, embete, verdig haldning, utsjånad og omdømme. På si side forklarar Ranheim (2006, s. 104) verdigheit som at personar burde vore elska uansett korleis livet utviklar seg. Når verdigheita får følge pasienten til livets slutt, kan den palliative fasen vere ein verdig stund. Videre beskriver Edlund et al. (2013) at verdigheit for eldre personar kan inneholde å ha ein verdi som menneske, å bli sett, lytta til, tatt på alvor, trudd på, bli behandla med respekt og ærbødigheit.

Nunzianta et al. (2021) trekte fram i sin studie kordan pasientane opplevde verdigheitsterapi som ein moglegheit for personleg vekst og ein heilskapeleg omsorg. Rundt halvparten av kreftpasientane i studien rapporterte at livskvaliteten og åndeleg velvære vart forbetra ved å bruke verdigheitsterapi. Ein fekk moglegheit til å akseptere eigen diagnosen og tilstand, og samtidig førte dette til at livet kunne ha meir mening. Verdigheitsterapien kunne i tillegg redusere liding, tristheit, depresjon og følelsen av å vere ein belastning for andre. Kreftpasientane i studien trekte fram at verdigheitsterapien også hadde hjelpt dei pårørande.

5.2 Verdigheita blir satt på spel

Eriksson (1995, s. 70) beskriver at den vanlegaste forma for krenkelse av pasienten sin verdigheit er gjennom pleieliding. Ein kan oppleve lidelse når man er nødt til å be om hjelp til grunnleggande behov, samt oppleve at ingen forstår kva man har behov for (Eriksson, 1995, s. 38). Eriksson (1995, s. 70) påpeiker vidare at krenkelse kan oppstå under konkrete og direkte handlingar, til dømes gjennom personlege spørsmål eller berøring av intime soner. Det å ikkje sjå mennesket er også ein form for krenkelse. Missel & Bergenholtz (2021) fremhever at krenkelse av pasienten sin verdigheit kan oppstå dersom dei må gjenfortelle og oppsummere sjukdomsbilete. I artikkelen satt kreftpasientane igjen med at ingen hadde lest deira sjukdomshistorie. Ranheim (2006, s. 103) fortel at ein kan krenke pasienten sin verdigheit når sjukepleiarar snakkar over hovudet framfor pasienten i palliativ fase. Når andre beskriver dine behov utan å spørje, kan dette bli oppfatta som krenkelse. Krenkelse kan også oppstå dersom sjukepleiarar ikkje har moglegheit og tid når pasienten føler seg redd i situasjonen. Dette kan få ein til å tenke på om det er enklere for pasientane å utrykkje kva som krenker pasientar sin verdigheit, framfor å fortelle ynskjer og behov.

Staats et al. (2022) beskriver ein situasjon når ei kvinne var pressa til å gi frå seg husnøkkelen til heimetenesta. Kreftkoordinatoren beskreiv dette som at pasienten opplevde å ha ein framand i huset når ho skulle sove.

5.3 Relasjon

Staats et al. (2022) forteller i sin studie at ein faktor for å bli anerkjent som verdige menneske var å ivareta kvinnene sin identitet, samt autonomi. Vidare fortel Mathisen & Steindal (2021, s. 117) om opplevelsen av tap av identitet når pasienten sine møblar må vike for ei sjukehuseng, samt tekniske hjelpemiddel i heimen. Kreftkordinatorane i studien fremheva viktigheita ved å stille eksistensielle spørsmål, samt å anerkjenne deira liv som kone eller mødre.

Ein av oppgåvene til sjukepleiarar inneberer å ivareta pasienten sitt grunnleggjande behov (Lorentsen & Grov, 2016, s 426). I denne samanhengen kan man til dømes nemne nærheit. Ut i frå eigen praksis har eg erfart at berøring i form av å halde den palliative pasienten i handen kan vere med på å danne ein relasjon. Hørselen er det siste man mister og derfor er det viktig som sjukepleiar at ein informerer kva ein skal utøve i augeblikket. Dette kan til dømes vere stillingsendring i form av berøring. Vidare har eg fått erfart at ein brukar sjukepleiarprossesen aktivt i møte med desse pasientane.

Wennman et al. (2020) fortel at både pasientar, samt nære pårørande i studien opplevde viktigheita ved å sjå pasienten som ein person, ikkje berre «ein pasient». Dei opplevde at sjukepleiarane fremtrede som empatisk, støttande og hjelpsame i arbeidet. Med tilslutning til Eriksson (1995, s. 70) som skriver at det å ikkje sjå mennesket, samt mangelfull etisk haldning kan vere ein form for krenkelse. Nunziante et al. (2021) trekte fram at sjukepleiarane i studien vart ukomfortabel og overvelda når pasientane fekk sterke emosjonelle reaksjonar under verdigheitsspørsmåla. Sidan sjukepleiarane utrykte at dei mangla kompetansenivået som dei hadde behov for knytt til pasientane sine emosjonelle reaksjonar, hadde det vore ein fordel å få økt kompetanse innan dette arbeidet. Stensheim et al. (2016, s. 278) nemnar at pårørande i nokre tilfelle opplever at dei blir ansvarleg for å utøve følelsesmessige støtte til pasientar i palliativ fase. For å etablere ein god relasjon som vidare kan føre til eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og pårørande kan det vere avgjerande at pårørande får pausar. I praksis har eg sjølv erfart at det å gi pårørande pause kan føre til at både pasienten og pårørande får auka livskvalitet. Då får pårørande tid og rom til å vere seg sjølv, og dermed overskudd til å vere meir til stades i augeblikket.

Som Wennman et al. (2020) beskriver var kvalitet ein viktig faktor for å utøve ein god relasjon mellom pasientar, nære pårørande og sjukepleiarar. Videre kunne ein fast omsorgsordinator vere avgjerande for å kunne ta ansvar for spesielle behov. Studien til Staats et al. (2022) bekrefter dette synet. Der trekte profesjonane fram at ein kunne etablere nærvær og ro for kvar enkelt pasient når palliative sjukepleiarar besøkte færre pasienter. Kreftkoordinatorane og palliative sjukepleiarar i heimetenesta låg sterkare vekt på omsorgskulturen. Samtidig fremma Wennman et al. (2020) at pårørande og pasientar opplevde ein usikkerhet når det var mange profesjonar involvert.

Studien til Wennmann et al. (2020) beskriv vidare møtet ein pasient hadde med legen sin. Møtet handla om korleis det kom til å bli når hen døyde. Legen vart beskriven som ein person med ein roleg haldning som støtta pasienten ved å seie «vi er her for deg heile vegen». Kalfoss (2016, s. 460) seier at kommunikasjon gir moglegheiter for å setta ord på erfaringar, forhåpningar, drømmar, prioriteringar, verdiar og behov. Kommunikasjon kan dermed vere med på å fremme ein relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Nunziante et al. (2021) beskriver noko tilsvarande med at pasientane var ukomfortabel når dei skulle snakke om private forhold med sjukepleiarar, sidan dei var ukjente menneske. I fylgje Kalfoss (2016, s. 460) er det slik at nokre pasientar ikkje ynskjer å snakke om tapsopplevelse, skyldfølelse og frykt, fordi det kan medføre at ein føler seg forvirra i situasjonen. Stensheim et al. (2016, s.277) skriver at det er ein fordel at sjukepleiarar og pårørande har etablert ein relasjon når det kjem til den utfordrande samtalen som omhandlar den palliative fasen. Grøthe et al. (2015) skreiv om ein pårørande som synast det var ein fantastisk når hen fekk spørsmål frå sjukepleiaren om det var noko hen lurte på. Eriksson (1995, s. 70-71) beskriv av alle menneske skal ha same verdi og verdigheit, samtidig som ho påpeiker at alle menneske har ein individuell forståelse av sin eigen verdi. I praksis har eg sjølv erfart at spørsmål knytt til pårørande sitt behov, kan vere med å fremme ein trygghet. Pårørande kan dermed få moglegheit til å dele sine tanker, som kan føre til ein god relasjon, samtidig som det fremmar deira verdi.

5.4 Kommunikasjon

Wennman et al. (2020) fremmar at pårørande har behov for informasjon og psykososial støtte for å føle seg trygg. Heimetenesta vart forsikra om at dei pårørande var klar over at dei kunne ringje heimetenesta ved behov. Pårørande fremma vidare betydninga av å få tydeleg informasjon om kven ein skulle ta kontakt med når ein trengte hjelp. Nokre pårørande peikte også på at det var avgjerande å sleppe å ta beslutningar når det kom til behandlingar, og spørsmål dersom pasienten skulle bli flytta til sjukehus. Stensheim et al. (2016) fortel om at pårørande tek seg fri frå jobb, samtidig som dei setter sin fritid til sides og prøver å vere tilstades for pasienten. Nokre av bidragene dei kjem med

er emosjonell og praktisk hjelp. Dersom pårørende får moglegheit til å ta pausar, for å kunne tileigne seg tilstrekkeleg energi har dei mindre risiko for å sjølv bli sjuke.

Grøthe et al. (2015) trekte fram viktigheita av å formidla observasjonar til dei pårørende. Pårørende i denne studien belyste at det var viktig at sjukepleiarane tok hensyn til deiras spørsmål. På den andre sida kunne det føre til ein belastning for dei pårørende dersom sjukepleiarane ikkje kommuniserte tilstrekkeleg. Ein forhandsamtale kan vere nyttig i denne samanhengen for å kartleggje pasientane sine ynskjer for behandlingsnivå, sluttfasen og døden. Pårørende sitt behov kan ofte vere aukande i slutten, medan pasienten kan oppleve mindre interesse for informasjon om sjukdom og behandling når døden nærmar seg (Stensheim et al., 2016, s. 277-278). I eigen praksis har eg sjølv fått erfart at ein forhåndssamtale kan føre til at ein unngår misforståelsar.

Nunziante et al. (2021) skreiv at pasientane kunne få moglegheit til å huske positive opplevsalar frå livet og utforske eksistensielle problemstillingar. Med tilslutning til Staats et al. (2022) beskriver hen korleis kreftkoordinatorane fann ut at det var avgjerande å fokusere mindre på framtida og meir på fortida, slik at deltakerane fekk moglegheit til å dele sine livshistoriar og beskytte sin identitet. Kirkens Bymisjon Oslo (2014, s. 9-11) fortel at samtalen om livet kan vere ein viktig del i arbeidsfasen for å avslutte det. Samtalar og «mimring om gamle dagar» kan hjelpe pasientar til å sjå livet, samtidig som det styrkar opplevinga av verdigheit. Pårørende og pasient kan jobbe saman for å finne det som har mykje å seie i livet, ettersom dei huskar forskjellige ting. Eit tilstrekkeleg farvel kan involvere moglegheita til å seie takk for det man har opplevd og delt saman. Som sjukepleiar må ein respektere når pasientane ikkje ynskjer å snakke om vanskelege emner og vonde minner.

Missel & Bergenholtz (2021) fremmer behovet for ein samtale mellom pasient og sjukepleiar dersom hen skulle få ein ubehageleg nyheit. Som Staats et al. (2022) skriver er det utfordrande for fastlegane å fortelle at pasientane skal døy og at dei kjem i ein palliativ fase. Vidare fremmar studien at det kunne oppstå situasjonar når fastlegar ikkje gav tilstrekkeleg informasjon og oversåg pasienten sitt ynske og behov. Dette kunne føre til krenkelse av personen sin identitet, som kan gi utrykk for at verdigheita ikkje var ivaretatt. Livshjelp (NOU 1999: 2) fortel at døden ofte er tabubelagt og skal helst ikkje snakkast om. Nokon ynsker å holda seg unna den som skal døy, som kan føre til at pasienten i palliativ fase kan bli isolert. Samfunnet sitt forhold til døden er med på å påverke grunnleggjande verdiar og haldningar.

I eigen praksis har eg sjølv opplevd viktigheita av informasjon særleg til dei pårørende, samt kva innverknad ein samtale kan ha i den palliative fasen med pasientar. Pårørende ynskjer ofte ein

oppdatering om helsetilstanden til pasienten før dei kjem inn på rommet. Etter erfaring kan denne informasjonen til dømes bli gitt i ein spontan samtale saman med pårørande. Pårørande kan på denne måten føle sett og høyr.

6 Oppsummering

Hensikta med denne oppgåva var å svare på problemstillinga. Problemstillinga er korleis man som sjukepleiar i samarbeid med pårørande kan fremme ein verdig palliativ fase for kreftpasientar. Omlag 11 000 nordmenn døde av kreft i 2020. Kreftpasientar kan oppleve å kome i ein situasjon med mangel på kontroll. I ein sårbar situasjon i livet kan ein ha eit spesielt behov for å bli behandla med verdigheit.

Å fremme ein verdig palliativ fase kan vere komplekst, fordi ein som person har ein individuell forståing av sin eigen verdi. Verdigheit for eldre personar kan innebere å ha ein verdi som person, å bli sett, lytta til, tatt på alvor, trudd på, bli behandla med respekt og ærbødigheit. I denne fasen kan man som sjukepleiar rette synet mot kva som er viktig for den enkelte i augeblikket med fokus på optimal livskvalitet. Ynskja og behov kan dermed vere svært ulike. Ut i frå teori, artiklar og egne erfaringar belyser det å ivareta pasienten sitt grunnleggjande behov og kunnskap om sjukdommen som viktige faktorar som sjukepleiar. Sjukepleiarar har også moglegheit til å samarbeide med pårørande i denne fasen. Pårørande kan vere ein viktig ressurs ved at dei kan formidle pasientar sine ynskjer når dei ikkje har nok energi. For å ivareta pårørande kan man gi dei ein pause som kan føre til auka livskvalitet for begge parter. Då får pårørande tid og rom til å vere seg sjølv, og dermed overskudd til å vere meir til stades i augeblikket. Kommunikasjon, relasjon, samarbeid og evna til å sjå pasientane som individuelle personar. Alt dette kan vere med på å fremme ein verdig palliativ fase.

7 Litteraturliste

- Edlund, M., Lindwall, L., Post, I. v. & Lindström, U. Å. (2013). Cocept determination of human dignity *Nursing Ethics* 20(8), 851-860.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske* Tano.
- Fagerström, L. & Sandvik, A.-H. (2019). Professor Katie Eriksson - the loss of a pioneer in caring science 33(4), 763-764. <https://doi.org/10.1111/scs.12814>
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 536-557). Gyldendal Akademisk.
- Grøthe, Å., Biong, S. & Grov, E. K. (2015). Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit 13(6), 1547-1558. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000825>
- Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Det Norske Samlaget.
- Helsebiblioteket. (2021a, 30.09). 2.1 PICO. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021b, 17.09). 4.1 Sjekklistor. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* 2 (5. utg., s. 453-481). Gyldendal Akademisk
- Kirkens Bymisjon Oslo. (2014). *Omsorg ved livets slutt: en veileder til hjelp i det daglige arbeidet* (3. utg.). Kirkens Bymisjon Oslo.
- Kreftforeningen. (2021). *Kreft i Norge* Kreftforeningen <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>
- Kreftregisteret. (2022a). *Cancer in Norway 2021*. Kreftregisteret <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2021/>
- Kreftregisteret. (2022b). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling IN. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Akademisk

- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning IS. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (s. 34-50). Gyldendal Akademisk
- Loretsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. & Steindal, S. A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets avslutning IN. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 105-148). Gyldendal Akademisk
- Missel, M. & Bergenholtz, H. M. (2021). The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer *44*(6), 429-437.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000859>
- NOU 1999: 2. *Livshjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6?fbclid=IwAR19LahwkDUuPHOfUDxK_3_ODaq_lthMeWsd2eiqvlcAgaBGWj3VemCcjbs
- Nunziante, F., Tanzi, S., Alquati, S., Autelitano, C., Bedeschi, E., Bertocchi, E., Dragani, M., Simonazzi, D., Turola, E., Braglia, L., Masini, L. & Leo, S. D. (2021). Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit *20*(129), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12904-021-00821-3>
- Ranheim, U. (2006). *Tid for å leve - tid for å dø*. Uranus Forlag
- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende IS. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 274- 286). Gyldendal Akademisk
- Staats, K., Christensen, K., Grov, E. K., Husebø, B. S. & Tranvåg, O. (2022). Healthcare professionals' perceptions of dignity-preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway. *Journal of women & aging* *34*(5), 567-581.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08952841.2021.1946375>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wennman, I., Ringheim, A. & Wijk, H. (2020). "We Are Here for You All the Way"—Patients' and Relatives' Experiences of Receiving Advanced Home Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* *37*(9), 669-674. <https://doi.org/10.1177/1049909120905259>

Vedlegg 1: Oversiktstabell

Nr.	Artikkel	År	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
1	The Understanding of Dignity Among In- Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer Forfattarar: Malene Missel, Heidi Maria Bergenholtz	2021	Hensikta med studien var å undersøke korleis ein kan bevare verdigheit som verdi i palliativ behandling for pasientar med inkurabel spiserørskreft.	Det vart brukt kvalitativ metode i form av intervju.	18 pasientar deltok i studien.	Studien fann ut at ein kan bevare verdigheita og følelsen av respekt til pasientane ved å finne ein balanse mellom helsevesenets system og pasienten sin livsverd. Kommunikasjon i form av samtale var med på å bevare verdigheita til pasientane. Pasientane klarte ikkje å ete vanlege daglege måltid, noko som kunne påverka eiga kropp og identitet. Det kunne også føre til sosiale konsekvensar.
2	Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision	2015	Hensikta med studien var å fremme pårørande sine levde opplevsar av helsepersonellets omsorgstilbod på ein palliativ avdeling.	Det vart brukt kvalitativ metode.	I løpet av datainnsamlingsperioden døde 54 pasientar ved ein palliativ avdeling. Det vart sendt 30 informasjonsbrev til pårørande. To pårørande skreiv tilbake at dei ikkje ønska å delta, samt ein ønska ikkje å delta grunna	Studien fann ut at pårørande kan legge vekt på betydninga av tid, nærheit, familieatmosfære og omsorg tilpassa situasjonen. For at pårørande kan få informasjon om kva som skjer med den palliative

	of care in a palliative unit Forfattarar: Å. Grøthe, Stian Biong, E.K. Grov				utmattning. Seks familiemedlemmar ønska totalt å delta. Deltakarane i studien bestod av tre kvinner og tre menn i aldersgruppa 40 til 69 år. Tre var kjærastar, to var døtrer og ein var son av den avdøde.	pasienten kan sjukepleiarar informere om sine observasjonar når det kjem til endringar i den palliative fasen. På denne måten kan ein fremme trygghet for dei pårørande.
3	Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit Forfattarar: Francesca Nunziante, Silvia Tanzi, Sara Alquati, Cristina Autelitano, Enrica Bedeschi, Elisabetta Bertocchi, Matilde Dragani,	2021	Hensikta med denne studien var å belyse og vurdere gjennomførbarheita av omgrepet verdigheit i samband med kreftpasientar som mottar palliativ behandling.	Artikkelen beskriver ein kvalitativ og kvantitativ metode i form av intervju.	50 kreftpasientar med ein forventa levetid på tre månadar deltok i studien, derav 28 fullførte. Tre sjukepleiarar godtok å bli intervjuja.	Studien resulterte i at kreftpasientar synast det å bruke verdigheitsterapi var tilfredsstillande og nyttig. Dette førte til at ein kunne bygge moglegheiter for personleg vekst og gi ein heilskapleg omsorg. Verdigheitsterapien førte til at ein kunne akseptere diagnosen sin tilstand og dermed fekk kreftpasientane til å føle at livet hadde meir meining. Verdigheitsterapi spørsmåla frå studien resulterte til at sjukepleiarane fekk moglegheit til å oppleve kven pasienten var før og etter sin diagnose. For å kunne utøve ein heilhetleg omsorg var

	<p>Davide Simonazzi, Elena Turola, Luca Braglia, Luciano Masini, Silvia Di Leo</p>					<p>verdighetsterapien eit viktig verktøy i arbeidet, samt at dette fekk fram pasientane sine ynskjer og behov.</p>
4	<p>Healthcare professionals' perceptions of dignity-preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway</p> <p>Forfattarar: Kathrine Staats, Karen Christensen, Ellen Karine Grov, Bettina S, Husebø, Oscar Tranvåg</p>	2022	<p>Hensikta med denne studien var å utforske, samt identifisere helsepersonellens oppfatning av verdibaserte prinsippa og organisatoriske forhold som fremmer verdigheitsbevarande omsorg for eldre heimebuande kvinner med inkurabel kreft.</p>	<p>Det vart brukt kvalitativ metode som kombinerer deltakerobservasjonar, fokusgruppeintervju og djupintervju.</p>	<p>Det var kreftkoordinatorar, sjukepleiarar med fokus på palliasjon i heimetenesta, samt fastlegar som vart intervjuar i studien.</p>	<p>Resultatet i studien er basert på refleksjon av to verdibaserte prinsipp: Akseptere viktigheita for å beskytte kvinner sin identitet og følelsen av å vere heime, samt akseptere kvinnene sin autonomi og personlege preferansar. Det å ivareta kvinnene sin identitet var i følgje deltakarane nødvendig for å bli anerkjent som verdige menneske. Fastlegane, kreftkoordinatorane og palliative sjukepleiarar i heimetenesta framheva det å møte kvinnene med mildskap og medvit som</p>

						viktige faktorar for å skape ein omsorgskultur.
5	«We are here for you all the way» - Patients´and Relatives´ experiences of receiving advanced home care Forfattarar: Ingela Wennman, Anna Ringheim, Helle Wijk	2020	Hensikta med studien var å belyse erfaringar ved å få avansert heimesjukepleie til pasientar ramma av livstruande sjukdom og deira nærmaste pårørande.	Det var brukt kvalitativ metode	Åtte pasientar vart intervju med anten ein eller to nære pårørande. Tre pasientar vart intervju aleine utan pårørande til stades. Nærmare 95% av pasientane innan palliativ behandling hadde hatt ein kreftdiagnose.	Studien resulterte i tre tema: skape tryggje omgivnader, sjå personen og korleis ein kam handtere omsorg i heimen. For å føle seg trygg hadde pasientar og pårørande behov for kommunikasjon og psykososial støtte. Pårørande belyste viktigheita av å få tydeleg informasjon om kven ein skulle kontakte ved konkrete sjukepleiartiltak når pasienten sin evne til å ta vare på seg sjølv vart redusert, samt når helsebehovet økte. Dei pårørande framheva viktigheita av at omsorgsmiljøet til pasienten var trygt når dei til dømes oppheldet seg på arbeid. Deretter fortalte pasientar og pårørande om ein usikkerheit knytt til

						omsorgshandlingane som oppstod når det var mange profesjonar involvert frå sjukehuset, heimetenesta frå kommunen og fysioterapeutar frå primærhelsetenesta.
--	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 2: Kritisk vurdering av artiklar

Desse spørsmåla er henta frå «sjekklister for vurdering av kvalitativ studie» frå Helsebiblioteket (2021b). Tabellen tar for seg svara ja, nei, uklart og kommentar dersom dette er nødvendig.

Artikkel 1

The Understanding of Dignity Among In-Hospital Patients Living With Incurable Esophageal Cancer

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	X			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	X			
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	X			
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?	X			
5. Vart data samla inn slik at problemstillinga blei besvart?	X			
6. Vart det gjort greie for bakgrunn forhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	X			
7. Er etiske forhold vurdert?	X			
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	X			
9. Er funna klart presentert?	X			
10. Kvar nyttig er funna frå denne studien?	X			

Artikkel 2

Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	X			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	X			
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	X			
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?	X			
5. Ble data samla inn på ein slik at problemstillinga blei besvart?	X			
6. Vart det gjort greie for bakgrunn forhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	X			
7. Er etiske forhold vurdert?	X			
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	X			
9. Er funna klart presentert?	X			
10. Kvar nyttig er funna frå denne studien?	X			

Artikkel 3

Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	X			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	X			
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	X			
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?	X			
5. Ble data samla inn på ein slik at problemstillinga blei besvart?	X			
6. Blei det gjort greie for bakgrunn forhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	X			
7. Er etiske forhold vurdert?	X			
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	X			
9. Er funna klart presentert?	X			
10. Kvar nyttig er funna frå denne studien?	X			

Artikkel 4

Healthcare professionals' perceptions of dignity- preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	X			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	X			
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	X			
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?	X			
5. Ble data samla inn på ein slik at problemstillinga blei besvart?	X			
6. Vart det gjort greie for bakgrunn forhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	X			
7. Er etiske forhold vurdert?	X			
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	X			
9. Er funna klart presentert?	X			
10. Kvar nyttig er funna frå denne studien?	X			

Artikkel 5

«We are here for you all the way» - Patients' and Relatives' experiences of receiving advanced home care

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	X			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	X			
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	X			
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?	X			
5. Ble data samla inn på ein slik at problemstillinga blei besvart?	X			
6. Blei det gjort greie for bakgrunn forhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	X			
7. Er etiske forhold vurdert?	X			
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	X			
9. Er funna klart presentert?	X			
10. Kvar nyttig er funna frå denne studien?	X			