



« Medbestemmelse i livets slutfase »

« Shared decision-making in end-of-life »

Kandidatnummer: 20.

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Fordypningsoppgave

MAKSP-OS5400_1: Vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsetikk

Kull: Kreftsykepleie Deltid 2020

Antall ord: 4007

SAMMENDRAG

Innledning: Pasient medbestemmelse er en prosess der beslutninger om pasientbehandling tas i samarbeid med pasienten, helsepersonell og pårørende. Scenariet kan også være annerledes, spesielt for kreftpasienter i sluttfasen av livet. Døende kreftpasienter møter mange utfordringer. En av de mange utfordringer gjelder om konseptet til medbestemmelse.

Problemstilling: I en situasjon der en kreftpasient ikke er i stand til å uttrykke sitt totale ønske, kan helsepersonell og pårørende ha stor påvirkning i beslutningsprosesser, men det kan være problematisk at kreftpasientens medbestemmelse står i fare for å bli neglisjert. Det er derfor forskningen utfordres til å svare på følgende spørsmål: «*Hvordan tilrettelegge for kreftpasientens medbestemmelse i livets sluttfase?*»

Metode: Denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie hvor eksisterende litteratur har blitt brukt for å diskutere problemstillingen. Jeg har gjort systematiske søk i databaser som Google Scholar, PubMed og CINAHL. Jeg har inkludert relevante artikler ved bruk av inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Resultat: Fire hovedtemaer ble dannet ut fra litteraturkildene, og de er: god kommunikasjon i livets sluttfase, være talsmann gjennom objektiv og tydelig formidling av informasjon, det å utveksle tanker og komme til enighet i livets sluttfase og ha en pasientsentrert tilnærming.

Konklusjon: Oppgavens konkluderer med at kommunikasjon er viktig i medbestemmelsesprosessen. Selv om det kan oppstå ulike tilnærminger underveis, kan uenigheter dempes. Og til slutt, forståelsen av ordet å dele og enes, kan involvere kreftpasienter i beslutningsprosesser.

Nøkkelord: medbestemmelse, kreftpasient, livets sluttfase, kvalitativ litteraturstudie og kreftsykepleier

ABSTRACT

Introduction: Shared decision-making is a process in which decisions about patient treatment are made in collaboration with the patient, healthcare professionals and relatives. The scenario may also be different, especially for cancer patients in the final stages of life. Dying cancer patients face many challenges. One of the many challenges concerns the concept of shared decision-making.

Problem statement: In a situation where the cancer patient is not able to express his or her total wish, it is the health personnel and relatives who can have a great influence in decision-making processes, but it can be problematic that the cancer patient's shared decision-making is in danger of being neglected. This research is challenged to answer: "How to facilitate the cancer patient's participation in the end-of-life phase?"

Method: This thesis is a qualitative literature study where existing literature has been used to discuss the problem. I have done systematic searches in databases such as Google Scholar, PubMed and CINAHL. I have included relevant articles using inclusion and exclusion criteria.

Result: Four main themes were formed from literature sources, and they are: good communication in the end-of-life phase, being a spokesperson through objective and clear communication of information, "shared minds" in the end-of-life phase and patient-centered approach.

Conclusion: The thesis was concluded that communication is important in co-determination. Although different approaches may occur along the way, but it can be curbed. And finally, understanding the word "shared" can involve cancer patients in decision-making processes.

Keywords: shared decision-making, cancer patient, end-of-life phase, qualitative literature study and cancer nurse

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	i
ABSTRACT	ii
INNHALDSFORTEGNELSE	iii
1 INNLEDNING	1
1.1. Problemstilling	1
1.2. Hensikt og Omfang	1
2 METODE	2
2.1 Definisjon av begrepene	3
2.2 Litteratursøk	4
2.3 Utvelgelse av artikler	5
2.4 Analyse	5
3 RESULTAT	6
3.1 God kommunikasjon i livets slutfase	6
3.2 Å være talsmann gjennom objektiv og tydelig formidling av informasjon.	7
3.3 “Shared-minds” eller å dele tanker og enes i livets slutfase	8
3.4 Personsentrert tilnærming	8
4 DISKUJON	9
4.1 Et gjentakende tema: Det starter med kommunikasjon	10
4.2 Et kontrasterende tema: De ulike tilnærmingene av sykepleiere og legene	10
4.3 Et interessant tema: Det finnes mening i ordet “shared”	11
5 KONKLUSJON	12
REFERANSELISTE	14
Vedlegg 1: PICO skjema	16
Vedlegg 2: Litteraturmatriser	17-24
Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjons kriterier	4

1 INNLEDNING

Pasient medbestemmelse er en prosess der beslutninger om kreftpasientbehandling tas i samarbeid med kreftpasienten, helsepersonell og kreftpasientens familie. Pasientmedvirkning er et sentralt begrep i palliativ omsorg og vil derfor være viktig for kreftsykepleieren i praksis.

Å gjøre det mulig for pasientautonomi er av grunnleggende betydning i palliativ behandling (lindrende omsorg) og er nedtegnet i sykepleiernes etiske retningslinjer. Dette anses som en del av pasientsentrert omsorg (NOU 2017:16, s.9). Scenariet kan også være annerledes, spesielt for pasienter i sluttfasen av livet. Døende kreftpasienter møter mange utfordringer. En av de mange utfordringer handler om medbestemmelse. Derfor vil jeg i min oppgave ta for meg kreftpasientens medbestemmelse i livets sluttfase.

1.1. Problemstilling

Kreftpasientens autonomi står sentralt ved alle behandlingsavgjørelser i helseinstitusjoner. Når kreftpasienter selv ikke er i stand til å uttrykke hva de ville ha ønsket, blir formodet samtykke den sentrale utfordringen. I en slik situasjon er det helsepersonellet som må ta avgjørelser på kreftpasientens vegne, i dialog med pårørende. Dette scenariet kan være problematisk selv om vi mener at helsepersonellets avgjørelse fremmer det beste på vegne av kreftpasienten. Hvor sikker er vi på at meningene til helsepersonell reflekterer egentlig kreftpasientens ønske? I noen tilfeller kan også pårørendes ønsker for kreftpasienter ha gode intensjoner, men i situasjoner der kreftpasienter befinner seg i livets sluttfase, er det en sentral utfordring at kreftpasientens medbestemmelse står i fare for å bli neglisjert. Ut ifra dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan tilrettelegge for kreftpasientens medbestemmelse i livets sluttfase?»

1.2 Hensikt og Omfang

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan man tilrettelegger for kreftpasientens medbestemmelse i livets sluttfase som er i helseinstitusjoner. Oppgaven er

ikke kjønnsavgrenset. Jeg spesifiserer ikke hvilken kreftdiagnose personen har, men skriver om kreftpasienten generelt i livets slutfase.

Jeg har valgt å sette fokus på dette temaet på bakgrunn av to ting, faglig relevans og personlig interesse. I denne oppgaven vil jeg presentere hva som er hensikten med oppgaven, hvilke metoder jeg har brukt og utvelgelse av artikler. Videre vil jeg foreta en analyse av artiklene og vise resultatet av dette. Til slutt kommer det en drøfting som svarer på problemstillingen og konklusjon.

2 METODE

Metoden som skal brukes i denne fordypningsoppgave, er litteraturstudie. Jeg har benyttet litteraturstudie som en metode for å generere svar på min oppgave.

Ifølge Aveyard (2018), innebærer en systematisk litteraturstudie å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, og å gå kritisk gjennom disse og deretter sammenfatte det hele. I tillegg, sier Aveyard (2018): «*innebærer en litteraturstudie et omfattende studium og tolkning av litteratur som relaterer seg til et bestemt spørsmål*» (s.2). Når man foretar en litteraturstudie, identifiserer man et forskningsspørsmål og søker deretter å besvare dette spørsmålet ved å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Et grundig søk og analyse av litteraturen fører til ny innsikt som bare er mulig når all litteratur er gjennomgått og sammenholdt, og hver del av relevant informasjon ses i sammenheng med annen informasjon, forklarer Aveyard (2018, s. 2).

Målet med studien er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kreftpasientens medbestemmelse og samtidig belyse min problemstilling. Formålet til studien er å utdype forståelsen av hvordan man som kreftsykepleier kan tilrettelegge kreftpasientens medbestemmelse i livets slutfase. Dette er en kvalitativ forskning fordi problemstillingen begynner med spørsmålet «hvordan», og målet med studien er å utdype forståelsen ved å utforske så mange svar som mulig. I denne sammenhengen er prosess et nøkkelord. Det er ikke nødvendig med statistiske forklaringer eller kvantitet, men en kvalitativ tolkning av aktuell forskningslitteratur.

For at den aktuelle litteraturen skal ha høy relevans for min problemstilling, er det viktig å foreta grundige litteratursøk. Samtidig må jeg være systematisk slik at jeg kan forsikre meg om at resultatene er nyttige. For å kunne søke effektivt i databaser, velge ut aktuell litteratur og begrense et eventuelt omfattende materiale, er det viktig med nøyaktige og relevante søkeord. Jeg har valgt fire søkeord og de er alle hentet fra min problemstilling: **kreftpasient**, **livets slutfase**, **medbestemmelse** og **tilrettelegging**. Ved hjelp av disse fire søkeordene ønsker jeg finne fram til relevant litteratur som kan gi meg en utdypende forståelse av og et kvalitativt svar på den aktuelle problemstillingen.

2.1 Definisjon av begrepene

Kreftpasient – er person som har kreftsykdommer. I denne sammenhengen forstås kreftpasient som en døende pasient uavhengig av kreftdiagnose.

Synonym: bruker, terminal pasient, døende

Livets slutfase – «Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (NFPM og NPF, 2016).

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Synonym: terminal fase, livets siste dager, døende

Medbestemmelse – det betyr at pasienter og brukere medvirker til hvordan og hvilken helsehjelp som skal gis. Medbestemmelse i helse- og omsorgstjenesten innebærer at pasienter og brukere gis god informasjon om hvilke valgmuligheter de har. Medbestemmelse skal fremme reell pasientautonomi og godt samarbeid mellom brukere og helsepersonell.

<https://sml.snl.no/medbestemmelse>

Synonym: autonomi, samvalg, beslutningstaking

Tilrettelegging – å legge til rette, planlegge, organisere eller forenkle noe. Meningen med tilrettelegging er ikke å gjøre noe for andre, men å gjøre det mulig for personen å klare ting selv. (<https://www.aldringoghelse.no › ordbok › tilrettelegge>)

Synonym: forbedring, implementering, iverksetting, supplering og utbedring

2.2 Litteratursøk

Jeg startet mitt søk av litteratur den 23.mars 2022 etter at temaet for forskningen ble godkjent. Jeg har brukt PICO-skjema for å vise søkestrategi, se vedlegg 1. Ved å identifisere nøkkelbegrepene blir søkestrategien mer effektiv for å finne relevante artikler til min problemstilling, og nøkkelbegrepene må være til stede i artiklene.

Nøkkelord, begreper og emneoverskrifter som for eksempel “cancer patients”, “shared decision-making”, “end of life”, “palliative care”, “nurse”, “oncology nurse”, and “qualitative literature study”, og de boolske operatorene «AND» og «OR» har blitt brukt i ulike kombinasjoner i databasesøk, og jeg har brukt samme formuleringer på CINAHL, PubMed og Google Scholar. I tillegg har jeg gjort «snowballing» for å finne artikler i referanselister.

Jeg har valgt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for forskningen min:

<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier:</i>
<ul style="list-style-type: none">• Kvalitativ studie• Resultater av kvalitativ studie• Litteraturgjennomgang• Engelske eller norske artikler/litteratur• Synonymer til alle begreper/ord som brukes av forfatteren• Kreft pasienter > 18år av begge kjønn• Pasienter i livets slutfase• Artikler som har tema om medbestemmelse• Kreftpasienten som kan snakke, og ikke komatøse• Innstillingene er helseinstitusjoner (f.eks. sykehus, sykehjem, hospice)	<ul style="list-style-type: none">• Kvantitativ studie• Resultater av kvantitativ studie• Kreftpasienter som er barn, kan ikke snakke og komatøse• Artikler som er ikke relevante for pasientmedbestemmelse• Kreftpasienter som er ikke i livets slutfase• Ikke samtykkekompetente kreftpasienter

Tabell 1: Inklusjon- og Eksklusjonskriterier

2.3 Utvelgelse av artikler

Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble åtte artikler valgt ut for å belyse temaet i oppgaven. Samtlige utvalgte artikler var engelskspråklige primærstudier bygget på IMRAD struktur. IMRAD- strukturen står for Introduksjon – Metode – Resultater – og – Diskusjon, og er en mal som brukes for å bygge opp en vitenskapelig artikkel (Søk & Skriv, 2022).

De åtte aktuelle artiklene ble gjennomgått og vurdert. Åtte av artiklene har blitt godkjent fra forskningsetiske komité. De utvalgte studiene ble publisert i perioden 2008-2021, og studiene ble gjennomført og publisert i Norge, Canada, Frankrike, Australia, Nederland, USA og Danmark. Alle artiklene som ble valgt ut, var kvalitative studier. Det er studier som omhandler kommunikasjon, kreftsykepleiers rolle og funksjon, pasientsentrerte perspektiver, relasjonell tilnærming og intervensjoner og utfordringer i forhold til medbestemmelse. Dataene ble innhentet fra kreftpasienter, sykepleiere, leger og familiemedlemmer, og ble hovedsakelig innhentet ved intervjuer, lydopptakskonsultasjoner og observasjoner. Analysene ble utført ved bruk av kvalitative tilnærminger i henhold til forskningsmetoder.

2.4 Analyse

For å få en god forståelse av materialet i hver artikkel, ble alle resultatkapitlene gjennomlest flere ganger. Siden alle artiklene var engelskspråklige, var det helt nødvendig å bruke ordbok på enkelte ord, samt oversette artiklene til norsk. Jeg har identifisert nøkkelfunnene i hver studie og det resulterte i følgende temaer: (1) god kommunikasjon i livets slutfase; (2) Å være talsmann gjennom objektiv og tydelig formidling av informasjon; (3) «share minds» eller å dele tanker og enes i livets slutfase og (4) pasientsentrert tilnærming. Deretter har jeg drøftet og identifisert ulikheter og likheter mellom studiene. I selve drøftingen fant jeg også et interessant tema som er verdt å presentere.

3 RESULTAT

3.1. God kommunikasjon i livets slutfase

God kommunikasjon er viktig i forhold til medbestemmelsesprosessen. De fleste av artiklene understreker kommunikasjon som kritisk i dialogen med kreftpasienter. Basert på de artiklene har jeg sagt at god kommunikasjon er viktig fordi det åpner en potensiell mulighet for en bedre samtale. God kommunikasjon må gjøres på en måte som er komfortabel og ikke påtrengende for pasientene. For å fremme effektiv kommunikasjon, forklarer Wubben et al., (2021), at det er nødvendig *“to sit next to patient [cancer patient] and ask how are you?”* (s.5). Bortsett fra å sitte ved siden av kreftpasienten, er det også nødvendig at kreftsykepleiere er effektive lyttere under den interaktive prosessen. For å eksemplifisere den nevnte situasjonen, dokumenterte Kvåle & Bondevik (2008) følgende kommentar fra kreftpasienten: *“The nurses take me seriously and treat me as an adult and are very good listeners. They encourage me to tell them my wishes (and) listen to my questions”* (s.585). Derimot, forklarer andre artikler at det ikke bare er nok å sitte ved siden av pasienten og være en god lytter, men *“nurses make sure that information is clear”* (Wubben et al 2021, s.6), og *“honesty is important”* (Kvåle & Bondevik, 2008, s.585). Å være tydelig betyr å *“improve communication between [healthcare professionals]”* (Wubben et al., 2021, s.6), og ved å være ærlig, kan man unngå misforståelse som nevnt av Kvåle & Bondevik (2008, s.585).

Diskusjoner med kreftpasienter er ikke alltid enkle, og det krever tålmodighet. Beaussant et al., (2015) forklarer at *“[The] appropriate timing for initiating shared questioning with patients about treatment limitations . . . has been widely debated in the last few years”* (s.10).

Ut fra denne teksten er det nødvendig at kreftsykepleieren fremmer *“individualised communication about treatment decisions and communication about the patients’ and relatives’ hope, and other existential matters are of great importance”* (Gregersen et.al, 2018, s.273). På samme måte kan kreftsykepleiere *“may adopt various postures, depending on patients’ limits”* (Beaussant et al., 2015, s.10). Disse ulike holdningene innebærer å innta en *“ability to adjust the information and communication about the treatment and cure at a time when the patient is going through an existential crisis”* (Gregersen et.al, 2018, s.273).

Belanger et al., (2014), presenterer et annet synspunkt hvor det antydes at kreftsykepleieren

“start (the conversation) from the patient’s perspective, to use open-ended questions, to listen carefully, and to explore emotions” (s.10). Ved å kombinere alle disse ideene om kommunikasjon er det faktisk forstått at sykepleiepraksis i helseinstitusjoner må være *“predicated on communication, both verbal and nonverbal”* (Dahlin & Coyne, 2017, s.484).

3.2. Å være talsmann gjennom objektiv og tydelig formidling av informasjon

Tradisjonelt har kreftpasienter blitt plassert i rollen som passive mottakere av omsorg levert av leger. Denne observasjonen er fremhevet i Wubben et al., (2021) som sier: *“Physicians have final responsibility; physician determines treatment plan”* (s.4). Denne uttalelsen beskriver en *“paternalistic approach”* som kan betegne *“doctors know best”* som nevnt av Van Nistelrooij et al., (2017, s.639). Etersom legene får rollen til å ha det siste ordet på vegne av pasientene under medbestemmelse ved livets slutt, blir det på en eller annen måte skapt en ubalanse i medbestemmelsesprosessen hvor *“patients and families lack a feeling of control”* (Wubben et al., 2021, s.5). I motsetning til paternalistisk tilnærming blir en annen tilnærming nevnt av Dahlin & Coyne (2017) som sier: *“as the most trusted health care professional, patients and families rely upon nurses to offer objective information”* (s.484). Basert på dette utsagnet inntar kreftsykepleiere en annen tilnærming enn legene. Wubben et al. (2021) forklarer at i stedet for å forklare medisinske terminologier, kan kreftsykepleieren benytte en annen tilnærming ved *“translating medical world for patient”* (s.6), og *“make sure information is clear”* (s.6). For å styrke forståelsen av kreftsykepleiernes ulike tilnærminger, fremhever Dahlin & Coyne (2017) ideen om at *“nurses, unlike many physicians, do not have their work linked to care delivery incentives or the promotion of procedures. This affords nurses the opportunity to offer unbiased opinions on care across the illness trajectory”*(s.484). Her er det tydeliggjort at *“better information provision leads to better outcomes”* (Wubben et al., 2021, s.5). Kreftsykepleierens rolle i medbestemmelsesprosessen er *“significant . . . more often than others, they adopt the role decision coach and advocate for the patient”* (Laidsaar-Powell et al., 2016 s.1150-1151). Ved å gi en objektiv, klar og upartisk informasjon til kreftpasienter blir det i virkeligheten slik at kreftsykepleiere i helseinstitusjoner fungerer som en talsmann for at kreftpasienter aktivt kan engasjere seg i en fremtidig medbestemmelsesprosess.

3.3. “Shared-minds” eller å dele tanker og enes i livets slutfase

Noen ganger kan forståelsesnivået ved livets slutfase være utfordrende for kreftpasienter. For eksempel er informasjonen vanskelig å forklare, spesielt når det gjelder nær forestående død. Kreftsykepleiere, som en del av helsepersonellet, må forstå at alvorlige samtaler og informasjon kan skape varierende konsekvenser for kreftpasienter. Det er derfor som Laidsaar-Powell (2016) forklarer: *“healthcare professionals should take into consideration that patient’s capacity to comprehend new information might be limited and that too many options might lead to anxiety”*. Slik jeg forstår dette kan ny informasjon og for mange alternativer hindre aktiv involvering i medbestemmelse noen ganger. I samme artikkel fremheves det en idé om *“shared-minds”* (Laidsaar-Powell et al., 2016, s.1153). Dette kan betraktes som en mulig løsning på den overveldende opplevelsen kreftpasientene møter i slutten av livet. Begrepet *“shared-minds”* forklarer at *“decisions may be made within social networks where new ideas and perspectives may emerge through the sharing of thoughts and feelings between individuals”* (Laidsaar-Powell et al., 2016, s.1153). I tillegg forklarer Laidsaar-Powell et al., (2016) at *“relationships with family and friends can enhance a patient’s autonomy during the decision-making process by helping them to process complex information which may otherwise overwhelm an individual”* (s.1153). Basert fra dataene kan det å dele tanker (shared-mind) hjelpe til med å forstå kompleks informasjon bedre og det kan dermed fremme kreftpasientens autonomi ytterligere på slutten. Som Laidsaar-Powell et al., (2016) bruker begrepet *“shared mind”*, omtaler Kvåle & Bondevik (2008) denne ideen som *“partnership”* og *“partnership . . . can be practiced by inviting patients to be partners in all decisions”* (s.586).

3.4. Pasientsentrert tilnærming

Kreftpasienten må være i fokus i omsorgen ved i livets slutfase, og *“patients` needs center around communication and treatment”* (Wubben et al., 2021, s.5). Kvåle & Bondevik, (2008) støtter videre tanken om at kreftpasienten bør være i fokus ved å si *“patients are experts on their own lives and the role of healthcare professionals is to provide information and support”* (s.587).

I de situasjonene der kreftsykepleierne hjelper kreftpasienter ved hjelp av kommunikasjon og støtte, forklarer Gregersen et al., (2019), at *“they (oncology nurses) need to have a clear understanding of the patient’s suffering as it is experienced by the patient”* (side 275). Legenes innflytelse i behandlingsplanen bør også vurderes når man snakker om pasientens medbestemmelse. Ifølge Kvåle & Bondevik (2008, s 257) bør *“doctors take the time to find out from patients the nature and extent of participation each desire, and then give the information necessary to be a partner in care regardless of patient’s age, education, social class and stage of disease”* (Kvåle & Bondevik, 2008, s.586). Med andre ord, kreftpasienten må plasseres i sentrum ved livets sluttbehandling og man må sikre at kreftpasientene blir aktivt involvert i beslutningsprosessen, og dette baner vei til det som Van Nistelrooij, (2017) beskriver som *“shared decision-making”*.

Medbestemmelse har blitt et kjennetegn på pasientsentrert omsorg i helseinstitusjoner. Det er introdusert *“as a response to a former paternalistic practice (doctor knows best). The first movement has been the move towards “informed consent”, which transferred the responsibility of decision-making to the patients by informing them on the various options”* (Van Nistelrooij et al., 2017, s.639). Her betyr dataene at det å bli informert, er å gi ansvar tilbake til kreftpasienter slik at de kan ta avgjørelser på måter de tror er best for dem. Videre forklarer Dahlin & Coyne (2017), at kreftsykepleiere i helseinstitusjoner som aktivt fremmer en felles beslutningstaking sammen med kreftpasienter viser *“practices with compassion and respect for each person’s inherent dignity, value, and unique qualities. The nurse respects the patient’s right to self-determination”* (s.484). Fremfor alt, understreker disse funnene en og samme idé: *“to be listened to, believed and treated with respect as adults seemed to make the patients feel valued, increased their self-worth and gave them a sense of control”* (Kvåle & Bondevik, 2008, s.586).

4 DISKUSJON

I denne delen presenterer jeg min egen diskusjon basert på min forståelse av funnene. Det presenteres tre temaer for å gjøre hele diskusjonen klarere, og disse tre har til hensikt å svare på hovedspørsmålet: *«Hvordan tilrettelegge for kreftpasientens medbestemmelse i livets slutfase?»*

4.1. Et gjentakende tema: Det starter med kommunikasjon.

Ut fra dataene handler det mest gjentakende konseptet jeg ser på tvers av funnene, om kommunikasjon. Dette blir viktig spesielt på slutten av livet når kreftsykepleiere i helseinstitusjoner arbeider med kreftpasienter som kanskje har kort tid igjen. Som mennesker er det medfødt for oss at vi trekkes til hverandre og kommuniserer med hverandre. De involverte kan være kreftsykepleier, lege, andre helsepersonell, familie og venner i omsorgen for døende kreftpasienter. Disse spiller flere roller hver dag, og hver interaksjon trenger en klar og effektiv kommunikasjon. Det jeg tror er at kommunikasjon enten kan skape eller ødelegge situasjonen til hver enkelt kreftpasient. Det er derfor verdt å huske, spesielt for kreftsykepleiere som meg som bruker mesteparten av tiden på å ta seg av kreftpasienter, å være bevisst på hva man snakker om og deler. Min sykepleierpraksis bør alltid være basert på kommunikasjon, både verbal og non-verbal. Jeg har stor tro på at det å være tilstede og imøtekommende overfor kreftpasienter, ved å sitte ved siden av dem, kalle dem ved deres virkelige navn, snakke ærlig, og til og med bare lytte, betyr mye for dem. Gjennom disse tilfeldige og ærlige kommunikative handlingene kan man skape en behagelig atmosfære for kreftpasienter som får dem til å føle seg verdsatt, respektert og akseptert. Gjennom god kommunikasjon åpnes muligheten for at kreftsykepleiere blir en talsmann, familie og venner kan være støttende for kreftpasienten og viktigst av alt, vår omsorg blir pasientsentrert når vi lytter og informerer kreftpasienten. Disse gestene er enkle, men de påvirker de døende kreftpasientene til å involvere seg litt etter litt i medbestemmelsesprosessen.

4.2. Et kontrasterende tema: De ulike tilnærmingene hos sykepleiere og legene

I livets slutfase kan det være mange problemstillinger som kan oppstå, en av de mange problemene handler om de ulike tilnærmingene fra sykepleiere og leger. Ifølge mine funn har leger bedre kunnskap om behandlingsplanene, og ofte blir det oppfattet som om de har overordnet status. Dermed kan de forstås noen ganger som dominerende på grunn av en "doctor knows best" kultur. Dette kan begrense involveringen av pasient og familie i behandlingsplanen. Jeg forstår at dersom denne situasjonen oppstår, kan det være frustrerende for kreftpasienter og familiemedlemmer. Hva skjer dersom legenes beslutninger (uten å fordømme legene) som tas angående behandlingsplaner bare er basert på den nåværende medisinske statusen til kreftpasienter? Hva om legenes behandlingsplan

tilsynelatende er god, men resultatet ikke er lovende, kan det finnes et bedre alternativ enn det legen tenker er den beste måten?

Forskjellig fra mange leger, oppfattes kreftsykepleiere som omsorgsfulle overfor kreftpasienter og familiemedlemmer. De oppleves som mer humane. Hvis denne situasjonen oppstår, kan det implikere en motsetning mellom leger og kreftsykepleiere: leger er skurken og kreftsykepleiere er heltene. Jeg argumenterer for at dersom omsorgen skal være sentrert til kreftpasienter, bør alle behandlinger og pleieplaner forklares for kreftpasienter på en måte som de forstår. Bare da kan kreftpasienten reflektere og bestemme hva som er best for dem. Jeg argumenterer videre for at kreftsykepleiere ikke kan sammenlignes med leger og omvendt. I stedet bør de ses på som partnere, "partners" til kreftpasienten.

I dataene som jeg fant, gir setningen "*as the most trusted health care professional, patients and families rely upon nurses*", et hint om å dempe denne motsetningen. Jeg argumenterer for at det i den setningen ligger et levedyktig ønske om dempe denne antatte motsetningen mellom lege og sykepleier. Kreftsykepleiere som får tillit fra kreftpasienter og familie, ser virkeligheten og opplevelsene på første hånd. Uansett hvilke observasjoner kreftsykepleierne må ha, bør de deles med leger. Jeg tror at ved å dele observasjoner fra kreftsykepleiere, kan disse fungere som talsmenn på vegne av kreftpasienter og familie. Styrket av "informert samtykke", som nevnt i funnet kan kreftpasienter og familie overveie, reflektere og bestemme seg for det mulige resultatet av behandlingsplanen. På den måten legger det til rette for gradvis deltagelse av kreftpasienter i beslutningsprosessen.

4.3. Et interessant tema: Det finnes mening i ordet "shared"

Det jeg har sett i dataene som er interessant, er det nye ordet "shared", forstått som delte tanker i bestemmelsesprosessen. Ifølge funnene argumenterer jeg for at: "*the patients are experts of their own lives*" når det gjelder bestemmelsesprosessen. Det er med andre ord ingen andre som kan vite hva som er best, men bare kreftpasientene selv. Gjennom den konteksten er det en klisjé som sier, "sharing is caring".

Hvis vi virkelig bryr oss om kreftpasienter, deler vi informasjon som angår deres behandling og fremtid, vi kommuniserer alternativene, forteller dem sannheten, ved å være ærlige, og

forklare dem på et nivå de kan forstå. Ved å gjøre det argumenterer jeg for at vi aldri neglisjerer dem, men i stedet gir vi dem muligheten til å reflektere og lar dem veie for og imot og avgjøre hva som er best til slutt.

I situasjoner hvor informasjonen er kompleks i forhold til det jeg forstår om dataene, bør vi ønske velkommen til familiemedlemmer eller venner som kreftpasientene har nære relasjoner til. Sammen kan de hjelpe til med å sortere ut kompleks informasjon og dissekere alvorlige konsekvenser. Jeg hevder at dette er i sammenheng med "shared minds" som er nevnt i funnene. Familie og venner spiller en viktig rolle i det å hjelpe kreftpasienter og i en viss grad overvåke situasjoner. De har vært avgjørende for å støtte og kanskje har de også vært medredaktører sammen med kreftpasienter ved å komme med forslag til mulig hendelsesforløp. Det er viktig å huske at de ikke representerer en trussel, men i stedet er de uunnværlige i prosessen med å forstå sykdom og bestemme behandling. Fremfor alt må delt beslutningstaking og delt sinn være en ny kontekst som skal utdypes i omsorgen for livets slutt. Jeg tror at dette kun skjer innenfor et pågående partnerskap mellom kreftsykepleiere, leger, familie, venner og andre som deler tanker og som har samme intensjon om å tilby kreftpasientene uunnværlige forslag og gi dem selvkontrollen tilbake. Å kjenne kreftpasientene som personer og respektere deres autonomi er avgjørende i sykepleierpraksisen. Jeg har stor tro på at hvis vi forstår disse konseptene, kan vi være i stand til å legge til rette for at kreftpasienter kan involveres i en sunn diskusjon innenfor rammen av beslutningsprosesser.

5 KONKLUSJON

Døende kreftpasienter møter mange utfordringer i slutten av livet. En av utfordringene er pasientens medvirkning i beslutningsprosessen. I en situasjon der en kreftpasient ikke er i stand til å uttrykke sitt totale ønske, kan helsepersonell og pårørende ha stor påvirkning i beslutningsprosesser, men det kan være problematisk at kreftpasientens medbestemmelse står i fare for å bli neglisjert. Det er derfor forskningen utfordres til å svare på følgende spørsmål: «*Hvordan tilrettelegge for kreftpasientens medbestemmelse i livets slutfase?*»

For å finne svar har jeg gjort en kvalitativ litteraturstudie for å få en kvalitativ forståelse av det temaet som det ble forsket på. Med de åtte kvalitative artiklene fant jeg ut at det er mulig for kreftpasienter å delta i beslutningsprosesser gjennom god kommunikasjon, for kreftsykepleieren å være talsmann gjennom objektiv og tydelig formidling av informasjon, "shared minds" som kan forstås som å dele tanker og sinn i livets slutfase og ha en pasientsentrert tilnærming.

Gjennom funnene konkluderer jeg at kommunikasjon er viktig for kreftsykepleiere i utførelsen av omsorg til kreftpasienter ved livets slutt. Selv om det kan oppstå ulike tilnærminger underveis, kan motsetninger dempes. Og til slutt er det viktig å forstå ordet "shared" både i beslutningsprosess og i konseptet «shared minds» slik at kreftsykepleiere kan legge til rette en involvering av kreftpasienter i sunne diskusjoner innenfor rammen av beslutningsprosesser.

REFERANSELISTE

- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care – A practical guide* (4th ed.). Open University Press.
- Beaussant, Y., Mathieu-Nicot, F., Pazart, L., Tournigand, C., Daneault, S., Cretin, E., Godard-Marceau, A., Chassagne, A., Trimaille, H., Bouleuc, C., Cuynet, P., Deconinck, E., & Aubry, R. (2015). Is shared decision-making vanishing at the end-of-life? A descriptive and qualitative study of advanced cancer patients' involvement in specific therapies decision-making. *BMC Palliative Care*, 14(61), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0057-4>
- Bélangier, E., Rodríguez, C., Groleau, D., Légaré, F., Macdonald, M.E., & Marchand, R. (2014). Initiating decision-making conversations in palliative care: an ethnographic discourse analysis. *BMC Palliative Care*, 13(63), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-63>
- Dahlin, C., & Coyne, P. (2017). End of life: Reflecting on things that matter. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 483-488. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.006>
- Dysthe, K. (2016). PICO. Helsebiblioteket, <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Gregersen, T.A, Birkelund, R., Wolderslund, M., Netsey-Afedo, M.L., Steffensen, K.D., & Ammentorp, J. (2019). What matters in clinical trial decision-making: a systematic review of interviews exploring cancer patients' experiences. *Wiley Online Library*, 33(2), 266-278. <https://doi.org/10.1111/scs.12637>
- (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet, <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 582-589. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x>
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Fisher, A., & Juraskova, I. (2016). Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences. *Wiley Online Library*, 99(7), 1146-1155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.014>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

(2022). IMRaD-modellen. *Søk & Skriv*, <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>

Ursin, L. (2020). *Medbestemmelse*. I *Store norske leksikon*.

<https://sml.snl.no/medbestemmelse>

Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal Medical Ethics*, 43(9), 637-644. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103791>

Wubben, N., van den Boogaard, M., van der Hoeven, J.G., & Zegers, M. (2021). Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134>

Vedlegg 1. PICO skjema

I kunnskapsbasert praksis er det viktig å gjøre spørsmålet (problemstillingen) tydelig og presis. Jeg har brukt PICO strategi som hjelper meg med dette. Det gjør forskningen min enklere. Når jeg har formulert et spesifikk spørsmål bør jeg bestemme hvilket kjernespørsmål jeg står overfor. Dette vil hjelpe meg når jeg skal søke etter forskning om mitt spørsmål.

PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål.

P:	Population/problem	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?
I:	Intervention	Hva er det med denne populasjonen eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?
C:	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
O:	Outcome	Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i?

Hentet fra: Helsebibliotek.no

<i>Populasjon</i>	<i>Interest</i>	<i>Comparison</i>	<i>Outcome</i>
kreft pasienter	medbestemmelse		prosesser inkludert som fremmer tilrettelegging av medbestemmelse

Tabell 1: PICO - skjema

Jeg har bevisst valgt tre databaser i min litteraturstudie det er CINAHL, PubMed og Google Scholar.

Vedlegg 2. Litteraturmatriser

Litteraturmatrise: ARTIKKEL 1

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Kvåle, K. and Bondevik, M., 2008</p> <p>«<i>What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer</i>»</p> <p>Scandinavian Journal of Caring</p>	<p>Målet var å få innsikt i pasienter med krefts oppfatning av viktigheten av å bli respektert som partnere og delaktighet i beslutninger om intervensjoner og håndtering av deres helseproblemer og årsakene bak deres ønsker.</p>	<p>Informantene var kreftpasienter på en onkologisk avdeling på et regionsykehus i Norge.</p>	<p>Kvalitativ metode. Giorgi's tilnærming til fenomenologi ble valgt som forskningsmetode.</p>	<p>De identifiserte meningsenhetene kan grupperes i tre temaer med betydning for pasientsentrert behandling fra pasientens perspektiv:</p> <p>Tema 1.</p> <p>Empowerment (bli respektert, lyttet til, gitt ærlig informasjon, bli verdsatt);</p> <p>Tema 2.</p> <p>Delt beslutningstaking om behandling av sykdommen (diskutere behandlingen, men la legen bestemme til slutt); og</p> <p>Tema 3.</p> <p>Partnerskap i sykepleie.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til min studie fordi det handler om viktigheten av respekt til kreftpasienten og de må bli hørt og verdsatt i forhold til medbestemmelse i livets slutt.</p>

Litteraturliste: ARTIKKEL 2

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
Bélanger, E., Rodríguez, C., Groleau, D., Légaré, F., Macdonald, M.E. and Marchand, R., 2014 « <i>Initiating decision- making conversations in palliative care: an ethnographic discourse analysis</i> » BMC Palliative Care	Å utforske hvordan helsepersonell og deres pasienter diskursivt konstruerer pasientdeltakelse i beslutninger om palliativ behandling	18 pasienter, 6 fastleger og 2 pivotsykepleiere	Kvalitativ studie kombinert diskursanalyse med etnografiske metoder.	Tema 1. Organiseringen av omsorgen og dens innvirkning på beslutningssamtaler. Tema 2. Initiere beslutningssamtaler om symptomhåndtering. Tema 3. Initiere beslutningssamtaler om pasientdød	Denne studien er relevant til min studie fordi det identifiserer de diskursive praksisene som initierer alle beslutningssamtalene som er identifisert, og søker etter forskjeller og konsistens, samt deres funksjon og konsekvenser.

Litteratormatrise: ARTIKKEL 3

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Beaussant, Y., Mathieu-Nicot, F., Pazart, L., Tournigand, C., Daneault, S., Cretin, E., Godard-Marceau, A., Chassagne, A., Trimaille, H., Bouleuc, C., Cuynet, P., Deconinck, E. and Aubry, R., 2015</p> <p>« <i>Is shared decision-making vanishing at the end-of-life? A descriptive and qualitative study of advanced cancer patients' involvement in specific therapies decision-making</i> »</p> <p>BMC Palliative Care</p>	<p>Å fokusere på pasientens involvering i spørsmål og tenkning i felles refleksjoner og dialog om usikkerhet og grense</p>	<p>Studien ble utført i fem institusjoner i Paris og Øst-Frankrike: 2 universitetssykehus 1 generelt sykehus 1 kreftsenters 1 privat sykehus</p> <p>Inklusjonskriterier var som følger: voksne pasienter, med avansert kreft eller hematologisk malignitet og innlagt på sykehus under studien.</p> <p>Det ble gjennomført intervjuer med alle leger og 21 avanserte kreftpasienter. Tidspunktet for dette avhøret skjedde oftest når legene estimerte forventet levealder mellom 15 dager og 3 måneder.</p>	<p>Studien omfattet to ulike stadier. (1) Epidemiologisk og beskrivende stadium og (2) Kvalitativ analyse. Kvalitativ metode ble valgt for å få tilgang til informasjon om legen og pasientens erfaringer som ikke kunne oppnås gjennom et kvantitativt design, samt for å sammenligne deres synspunkter. Kvalitativ design var basert på dybdeintervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp på taleopptak og anonymt transkribert, med hensyn til ikke-verbale følelsesuttrykk. Kvalitativ analyse ble utført i henhold til grounded theory-modellen.</p> <p>Studien ble godkjent av den regionale uavhengige etiske komiteen (Comité de Protection des Personnes Grand Est II) under nummer 10/580.</p>	<p>3 Hovedfunn: Tema 1: første «no choice»-modell: å prøve å løse dilemmaet med et teknisk svar eller en «vent-og-se»-posisjon, i stedet for å involvere pasienter i spørsmålene deres. Tema 2: Andre «no choice»-modell: gir pasienten et «last minute»-valg. Tema 3: Tidlig engasjement i delte refleksjoner og dialog om usikkerhet og grenser med pasienter, advokater og team: kompleksiteten og subtiliteten i delt beslutningstaking.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til min studie fordi pasienten er deltatt i felles refleksjoner, og hans forståelse ble beriket i beslutningsprosessen.</p>

Litteraturliste: ARTIKKEL 4

Referanse (forfatter, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Fisher, A. and Jeraskova, I., 2016 « Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences » Wiley Online Library	Å kvalitativt utforske australske onkolog, pasienten og familiemedlemmers holdninger til og erfaringer med familieinvolvering i beslutningstaking.	Ble gjennomført med 30 kreftpasienter, 33 familiemedlemmer, 10 kreftsykepleiere og 11 onkologer. Tre grupper av deltakere, som hadde rapportert erfaring med familieinvolvering i beslutningstaking om kreftbehandling, ble tatt ut: onkologiske klinikere (leger og sykepleiere), kreftpasienter og FM-er fra kreftpasienter.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer. Rammeanalysemetoder ble brukt.	Tema 1. Deltakernes opplevelser av familieatferd under beslutningsprosessen; Tema 2. Deltakernes holdninger til familieinvolvering i beslutningsprosessen; og Tema 3. Deltakernes oppfatning av faktorene som påvirker familieengasjement	Denne artikkelen er relevant for min studie fordi den gir omfattende, triangulert innsikt i et relativt utforsket område av beslutningstaking. Den gir ny og dyptgående innsikt i familiens spesifikke atferd på tvers av flere stadier av beslutningstaking, og holdningene til ulike interessenter til involvering av familien i behandlingsbeslutninger.

Litteratormatrise: ARTIKKEL 5

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A. And de Lange, J., 2016</p> <p>« How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family</p> <p>BMJ Palliative Care</p>	<p>Denne artikkelen tar sikte på å tjene et etisk så vel som et meta-etisk mål, det vil si å utvikle et relasjonelt-etisk syn på SDMogåtgjøre det ved å utvikle en «hybrid» slags etikk som trekker på teori og praksis.</p>	<p>Pasienter med alvorlig sykdom og deres erfaringer med beslutningstaking.</p>	<p>Kvalitativ-empirisk forskning på levd opplevelse av SDM hos pasienter med kreft.</p> <p>Eksemlene er hentet fra en kvalitativ-empirisk studie som besto av to fenomenologiske case-studier og ble utført fra et omsorgsetisk perspektiv, og undersøkte den levde opplevelsen av SDM hos pasienter med metastatisk, uhelbredelig kreft og hva de anser som god omsorg.</p>	<p>Tema 1. Behovet for å omformulere autonomi i SDM. Tema 2. En spenning mellom to måter å påvirke «autonomi» Tema 3. Etske teorier om relasjonell identitet og avhengighet Eva Feder Kittays syn på avhengighet og nestet relasjonellitet. Annelies van Heijsts syn på gjensidig avhengighet i profesjonell omsorg Tema 4. Paul Ricoeurs relasjonelle selv -snakker om den tredje dimensjonen → partnere og familier Tema 5. Koble teori med praksis: å ha relasjoner ved å være relasjonell</p>	<p>Denne artikkelen avdekker den viktige rollen til partnere og familien i praksiser for delt beslutningstaking, som er avgjørende for mitt valg av studie.</p>

Litteraturliste: ARTIKKEL 6

Referanse (forfatter, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
Dahlin, C. and Coyne, P., 2017 « End of Life: Reflecting on Things That Matter» Seminars in Oncology Nursing	Å fremme kreftsykepleierkommunikasjon som er basert på prinsipper om etikk, individuell omsorg og delt beslutningstaking.	Kreftsykepleiere, kreftpasient og familie	Kvalitativ litteraturstudie.	Hovedtemaer: Tema 1.Nåværende status for onkologiske sykepleieres komfort med kommunikasjon Tema 2.Oversikt over kreftsykepleierkommunikasjon Tema 3.Eksistensielle aspekter ved omsorg Tema 4. Kommunikasjonsbehov hos pasienter og pårørende Tema 5.Kliniske implikasjoner Tema 6.Fremtidige behov	Denne artikkelen er relevant til min studie fordi det handler om kreftsykepleierens unike roller i livets slutfase av kreftpasienter. En god kommunikasjon mellom kreftpasient og kreftsykepleier kan styrke pasienten til å bruke sin stemme og mening når vi snakker om medbestemmelse i livets slutfase.

Litteraturliste: ARTIKKEL 7

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Gregersen, T.A., Birkelund, R., Wolderslund, M., Netsey-Afedo, M.L., Dahl Steffensen, K. and Ammentorp, J., 2019</p> <p>« What matters in clinical trial decision-making: a systematic review of interviews exploring cancer patients' experiences »</p> <p>Wiley Online Library</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er som følger: 1. Å systematisk gjennomgå og tematisk syntetisere pasienter og pårørendes erfaringer når de bestemmer seg for å delta i en klinisk onkologisk studie og</p> <p>2. Å gi kunnskap om beslutningsprosessen.</p>	<p>Kreftpasient</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ systematisk litteratur gjennomgang basert på metoder for tematisk syntese av Thomas og Hardens. 1. Søkestrategier og utvalgsriterier Litteratursøket inkluderte engelske og skandinaviske fagfellevurderte artikler, rapporter fra det danske helsetilsynet og vitenskapelig litteratur. Følgende elektroniske databaser ble brukt: PubMed, CINAHL, Embase og Bibliotek.dk (en dansk bibliotekdatabase). 2. Datainnsamling og analyse Utvalg av studier, beskrivelse av inkluderte artiklene og vurdering av kvalitet. 3. Tematisk syntese Den systematiske litteraturgjennomgangen var basert på den tematiske syntesen beskrevet av Thomas og Harden. Data ble hentet ut fra resultatdelen av artiklene, og syntesen ble utført i tre faser: (1) gratis linje-for-linje koding, (2) utvikling av beskrivende temaer og (3) generering av analytiske temaer</p>	<p>RESULTATER</p> <p>1. Inkluderte artikler</p> <p>2. Beskrivende temaer</p> <p>Beskrivende temaer er gruppert under to analytiske temaer: Tema 1. Individuelle beslutninger – Pasienter beskrev sine preferanser som viktige for beslutningsprosessen</p> <p>- Erfaringer med helsepersonell. Viktigheten av preferanser selv om valgmulighetene er begrenset. To forskjellige pasientperspektiver: (a.) Akseptører (pasienter som bestemmer seg for å delta i en klinisk studie) (b.) Avisere (pasienter som sa nei til å delta i kliniske studier). Tema 2. Håp og eksistensielle problemer - En kur er nøkkeltemaet som diskuteres i de inkluderte artiklene når pasienter bestemmer seg for om de skal delta i en studie eller ikke.</p> <p>Livet med kreft - Kliniske studier høres ut som håp. - Vilhaenkur.</p>	<p>Artikkelen tar for seg pasienters erfaringer med å bestemme seg for å delta i en klinisk studie eller ikke. Gjennomgangen viser at det avhenger av hver enkelt pasients livssituasjon. Helsepersonell er i stand til å ta opp rollen til eksistensielle spørsmål i pasienters beslutningstaking for deltakelse i kliniske studier. Å ta hensyn til hver enkelt persons eksistensielle problemer kan være av stor betydning i medisinske beslutninger for å hjelpe pasienter med å ta behandlingsbeslutninger ut fra pasientenes preferanser i stedet for helsepersonell. Dette er relevant for min studie fordi det snakker om relasjonell tilnærming av helsepersonell til pasienten og hans familie.</p>

Litteratormatrise: ARTIKKEL 8

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
Wubben, N., van den Boogaard, M., van der Hoeven, JG and Zegers, M., 2021 «Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study» BMJ Palliative Care	Å identifisere synspunkter, erfaringer og behov for medbestemmelse i livets slutfase i henhold til leger, sykepleiere, pasienter og deres nære familiemedlemmer.	Deltakere: Det ble holdt 19 intervjuer med 29 deltakere: syv med lege fra to tertiære sentre, fem med sykepleiere fra ett tertiærcenter og ni med tidligere pasienter, hvorav syv tok med en eller to av deres nære familiemedlemmer.	Kvalitativ studie.	3 Hovedfunn: Tema 1. Legens kamp 8 kategorier: 1. usikkerhet og uforutsigbarhet av langsiktige utfall, 2. ansvar, 3. pasientenes manglende vilje til å delta i beslutningstaking, 4. leger prioriterer medisinske fasetter, 5. tillit til pasienter og familier, 6. leger frykter en tap av kontroll, 7.tid og 'handling i behandlingsmodus' ved akutte eller 8. langtidsinnleggelse. Tema 2. Behov til tidligere pasienter og familiemedlemmer Tema 3. Sykepleierens rolle	Denne artikkelen er relevant for min studie fordi den snakker om de nødvendige skritt som bør tas for å iverksette medbestemmelse på en måte som tilfredsstillt leger, sykepleiere og pasienter og deres familiemedlemmer. Studien deres gir flere anbefalinger for å sikre at alle tre interessentgruppene kan oppfylle sin rolle i medbestemmelsesprosessen.