



SPL 3903

Bacheloroppgave

SYKEPLEIE TIL PALLIATIVE KREFTPASIENTER

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Bachelor i Sykepleie

Kristin Hoff Gjendem
Tonje Mariann Granum
Linn-Elise Avdem Ruud

Våren 2014

Sammendrag

Sykepleie til palliative kreftpasienter

Bakgrunn

Hvert år rammes nordmenn av ulike kreftsykdommer. Å få beskjeden om at man har en inkurabel kreftsykdom, kan for mange oppleves som traumatisk, og utløse en krise for dem som blir rammet. Mennesker i krise trenger medmenneskelig kontakt og støtte gjennom god kommunikasjon. Allikevel er sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter og dens betydning for pasientens livskvalitet lite forsket på.

Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å sette fokus på hvordan kommunikasjon til palliative kreftpasienter kan bidra til økt livskvalitet i hjemmet.

Metode

Databasene Ovid Nursing Database og Google Scholar ble brukt i søket etter litteratur fra februar til april 2014. Søkeord som Communication, quality of life, nurse-patient relationship, palliative care og cancer ble blant annet brukt for å finne relevante artikler.

Diskusjon

Det er mange faktorer som bidrar til økt livskvalitet hos pasienten. Det er ingen klare holdepunkter for at kommunikasjon alene øker livskvaliteten, men forskning viser at kommunikasjon indirekte bidrar til økt livskvalitet.

Nøkkelord: Kommunikasjon, livskvalitet, palliativ omsorg.

Summary

Palliative nursing to cancer patients

Background

Every year, many Norwegians are affected by cancerous diseases. For the average person, receiving the message about having an incurable cancer can be traumatic, and oftentimes trigger a crisis from within. People in crises require compassionate contact and support through good communication. Despite this necessity, a nurse's ability to communicate and its impact on a patient's quality of life are rarely studied or focused on.

Purpose/Aim

The aim of this literature review is to focus on how communications with palliative cancer patients may improve their quality of life at home.

Method

The Ovid Nursing Database and Google Scholar were used to search for literature pertaining to this topic from February to April 2014. Keywords such as communication, quality of life, nurse-patient relationship, palliative care and cancer were used to find relevant articles.

Discussion

Many factors contribute to increased quality of life for these patients. There is no clear evidence that communication alone can increase quality of life, but research has shown that communication with patients can indirectly help and improve their lives in a noticeable and significant way.

Keywords: Communication, Quality of life, Palliative care.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Summary	3
Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Seksjonens forskningsområde og sykepleiefaglig relevans	7
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Palliasjon.....	9
2.2 Livskvalitet	10
2.3 Hjemmebasert kreftomsorg.....	11
2.4 Krise.....	12
2.5 Kommunikasjon.....	13
2.6 Håp.....	15
2.7 Hensikt med oppgaven.....	16
3.0 Metode.....	17
3.1 Om litteraturstudien	17
3.2 Søkestrategier.....	18
3.3 Forskningsetikk.....	19
3.4 Kvalitative og kvantitative studier	21
3.5 Kildekritikk.....	22
3.6 Sterke og svake sider ved et litteraturstudie	23
4.0 Resultater.....	24
4.1 Presentasjon av artikler	24
4.2 Analyse av resultat.....	29
4.2.1 Relasjonsbygging.....	29
4.2.2 Profesjonalitet.....	29
4.2.3 Trygghet.....	30
4.2.4 Kommunikasjonsferdigheter	31
4.2.5 Tid.....	32

5.0 Drøfting	33
5.1 Faktorer som påvirker livskvaliteten	33
5.2 Kommunikasjonens betydning.....	36
5.3 Ærlig kommunikasjon.....	39
5.4 Relasjonsbygging – å etablere relasjon gjennom kommunikasjon	40
5.5 Omsorg.....	41
5.6 Å jobbe i team.....	43
5.7 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser	44
6.0 Konklusjon	45
7.0 Litteraturliste	46
Vedlegg 1	50

Antall ord: 13 272

1.0 Innledning

Hvert år blir nordmenn rammet av ulike kreftsykdommer. Tall fra kreftregisteret viser at 29 907 personer fikk diagnosen kreft i 2011, samme år døde 10 970 av kreft i Norge. Tallene fra tidligere år viser at det er en nedgang i antall dødsfall som skyldes kreft, men at tallet fortsatt er høyt (Kreftregisteret 2013).

Statistikken fra 2010 viser i følge Husebø (2012) at 35% døde på sykehus, 44% på sykehjem, mens kun 15 % døde i sitt eget hjem. Her ser man en stor endring enn for hundre år siden, da flesteparten av pasientene døde i hjemmet. De fleste dør i dag på institusjon, men allikevel er det mange som ønsker å dø i sitt eget hjem (ibid).

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) kreves det ulik kunnskap i forskjellige situasjoner. I tillegg må man ha faglig kunnskap om hvordan man kan bruke ulike tilnærminger og metoder for å utøve god pleie og omsorg. Ved livets slutt er som regel god pleie det viktigste. Målet med pleien og omsorgen man gir er at den blir gjort med verdighet og respekt, og at man ivaretar pasientens fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Hovedmålet er at pasienten opplever den siste tiden som meningsfull og trygg. For å klare dette er det viktig at pleien og omsorgen er preget av trygghet, fleksibilitet og forutsigbarhet. Hvordan man blir ivaretatt i denne perioden kan ha store følger for både den døende og deres nærmeste. Det er derfor viktig at de blir møtt med empati, omsorg og respekt, og at deres stemmer blir hørt slik at de føler seg ivaretatt (ibid). Det å kommunisere med mennesker i krise krever mye, og det finnes ingen fasit på om det man gjør er riktig eller galt, men det er viktig at pasienten og pårørende opplever at man er til stede og viser empati. Det som gjør kommunikasjon ekstra vanskelig er at den påvirkes av ens egen personlighet, hvordan man formulerer seg og at kroppsspråket blottlegges (ibid).

Erfaringer fra praksis har gjort oss nysgjerrige på hvordan man på best mulig måte skal møte pasienter som har fått beskjed om at de har en inkurabel kreftdiagnose. I tillegg har vi gjort andre erfaringer omkring utfordringer i forhold til kommunikasjon og hvilken betydning måten man kommuniserer på har for pasienten.

McCabe (2004) hevder i sin studie at tidligere litteratur beskriver sykepleierens kommunikasjonsferdigheter som dårlige. McCabe (2004) hadde dette som bakgrunn for sin studie, men konkluderte med at sykepleiere har evnen til å kommunisere godt med pasientene, dersom de bruker en pasientsentrert tilnærming.

1.1 Seksjonens forskningsområde og sykepleiefaglig relevans

Oppgaven kan relateres til seksjonens forskningsområde helse i dagliglivet. Dette deles inn i to fokusområder: kritiske livshendelser og det å leve med helsesvikt. Disse fokusområdene omfatter mennesker som er i ulike livssituasjoner og hvordan man kan utvikle kunnskap og forståelse overfor disse menneskene (Struksnes 2007). Vi mener at vår oppgave er relevant i forhold til fokusområdet kritiske livshendelser.

Dette fokusområdet kan ses i sammenheng med Benner og Wrubels sykepleieteori. Teorien går ut på at omsorg er grunnleggende i pasientens liv, men også sykepleierens. Den sier noe om hva det vil si å være menneske, og hvordan vi mennesker opplever å mestre stress og sykdom. Benner og Wrubel beskriver at en sykepleier ikke kan lindre eller helbrede plagene til pasienten hvis de ikke viser at de bryr seg og involverer seg i pasienten (Konsmo 1995).

Sykepleieren har mange ulike funksjoner som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområdet. Sykepleierens grunnleggende funksjonsområder er:

1. Helsefremming og forebygging
 2. Behandling
 3. Lindring
 4. Rehabilitering og habilitering
 5. Undervisning og veiledning
 6. Organisering, administrasjon og ledelse
 7. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning
- (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

De grunnleggende funksjonsområdene som er rettet mot pasienter og pårørende er punktene 1-5. Punkt fem er i tillegg rettet mot studenter, kolleger og elever, mens punkt seks og sju er knyttet mot administrasjon og ledelse av sykepleierpersonalet og til utvikling av sykepleiefaget (ibid).

Et av de grunnleggende funksjonsområdene er lindring. Den lindrende delen har som mål å redusere eller begrense omfanget av ulike belastninger av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Et annet av de grunnleggende funksjonsområdene er undervisning og veiledning. Dette punktet handler om å bidra til læring, utvikling og mestring ovenfor blant annet pasienter og deres pårørende. Gjennom undervisning og veiledning gir man også informasjon og støtte (ibid).

Med dette forstår vi at palliativ pleie til kreftpasienter inngår i både sykepleierens lindrende funksjon og undervisning og veiledning. Vi mener derfor at vår hensikt med oppgaven har en sykepleiefaglig relevans.

2.0 Bakgrunn

2.1 Palliasjon

Palliasjon defineres av helsedirektoratet (2013a) som:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (Under underskriften «definisjon av palliasjon»)

Med dette forstår vi at palliasjon handler om å gi pasienter og pårørende muligheten til et liv med best mulig livskvalitet, til tross for en inkurabel sykdom. Dette skal gjøres mulig gjennom behandling, pleie og omsorg, knyttet mot både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.

I følge Iversen (2012) er ikke palliasjon et nytt fag, men feltet har i nyere tid måtte gjenoppdages og videreutvikles til et eget fagområde. Medisinsk behandling gikk før i tiden ut på lindring, men kreftbehandling er i dag under stadig utvikling. Siden 1970-tallet har fagfeltet palliasjon vokst frem, men det var først i 2011 at norske leger fikk muligheten til å søke om formell anerkjennelse av sin kompetanse, gjennom forsøksordningen kompetanseområdet palliativ medisin (ibid).

Vi har i vår oppgave valgt å avgrense den palliative fasen til den første tiden etter pasienten har fått beskjed om at det ikke finnes noen kurativ behandling.

I følge Den Norske Legeforeningen (2012) er det mange ulike komponenter som kjennetegner den palliative kultur. Blant dem er fokus på åpen kommunikasjon og informasjon. Vi ser ut ifra de andre punktene at de ulike områdene som kjennetegner den palliative kultur går mye over i hverandre. For eksempel: «helhetlig tilnærming til den alvorlige syke og døende pasient og hans/hennes pårørende» og «respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på

pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.» (Under overskriften «den palliative kulturen kjennetegnes ved»)

I oppgaven har vi valgt å legge fokus på kommunikasjon i den palliative fasen. Vi kommer ikke til å gå inn på de andre ulike områdene innenfor palliasjon, selv om vi ser at de påvirker hverandre i stor grad.

Vi har valgt å ikke begrense oppgaven vår til en spesiell type kreftsykdom, men tar sikte på at sykdommen utvikler seg raskt, og at pasienten har begrenset med tid igjen å leve.

2.2 Livskvalitet

Ifølge Kristoffersen (2011) sier Næss og Eriksen at følelsesmessige og vurderingsmessige opplevelser har betydning for ens livskvalitet.

Ordet livskvalitet kan forstås som det gode i livet, og det er overraskende mange kreftpasienter i den palliative fasen som beskriver sin livskvalitet som god, til tross for mye smerter og andre plager (Yan og Kin-Fong i følge Lorentsen og Grov 2011).

Mystakidou m.fl. mener ifølge Lorentsen og Grov (2011) at det kan være ulike årsaker til dette. Langtkommen kreftsykdom er en traumatisk hendelse som kan få en til å se på livet med større verdsettelse, muligheter og sterkere tilknytting grunnet den nye situasjonen man er blitt satt i.

Ifølge Lorentsen og Grov (2011) sier Sprangers og Schwartz at en annen årsak til den gode livskvaliteten til disse pasientene kan være responskift, som handler om deres endrede perspektiv på tilværelsen og nyorientering. Dette kan forklares med at pasientens tilpasningsdyktighet og mestringsstrategier er forandret, som er med på bidra til at pasienten får et endret syn på hva som er viktig og gir mening i livet.

2.3 Hjemmebasert kreftomsorg

Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) lagde i 2013 en Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 som de har kalt Sammen- mot kreft. Denne strategien tar for seg fem nasjonale målsettinger som er:

1. En mer brukerorientert kreftomsorg
2. Norge skal bli et foregangs land for gode pasientforløp
3. Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
4. Flere skal overleve og leve lengre med kreft
5. Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Under det første målområde «en mer brukerorientert kreftomsorg», tas informasjon og kommunikasjon opp som et område det må arbeides med. Tilbakemeldinger fra pasienter viser at god kommunikasjon med helsepersonell kan være med på å bidra til bedre helse i tillegg til at det vil forbedre behandlingsresultatene.

Det femte målområdet «best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende» omfatter blant annet målsettingen om at det palliative tilbudet skal styrkes og at det skal være i tråd med Verdens helseorganisasjons målsetting om: «Lindring av smerter og andre fysiske symptomer sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.» (Helse og omsorgsdepartementet 2013a, under overskriften «målområde fem: best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende»)

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) gjør kortere liggetid og mer poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten at flere og sykere kreftpasienter tas hånd om av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det betyr at mer og mer av omsorgen pasienten får i livets siste fase gis enten i pasientens hjem eller ved institusjoner i kommunene. De hevder også at flere og flere døende ønsker å dø i eget hjem. En forutsetning for at en pasient kan få en planlagt hjemmedød er et godt faglig team rundt pasienten og pårørende, som kan trygge og støtte (ibid).

Vi har på bakgrunn av dette valgt å legge fokus på de kreftpasientene man som sykepleier møter i hjemmetjenesten.

Årsakene til at mange allikevel ikke dør i eget hjem kan være manglende trygghet hos pårørende, i tillegg til at det kan være begrensede ressurser i hjemmesykepleien. Det kommer frem i Stortingsmelding 29: Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b) at ved å la de som ønsker å dø hjemme få muligheten til det, vil det kunne føre til et mer naturlig forhold til døden. Det kan også føre til at pasienten føler mer kontroll over eget liv, enn at det er noe helsepersonellet tar seg av på sykehus.

Studien til Melin-Johansson m.fl. (2008) handler om betydningen av livskvalitet, fortalt av pasienter med uhelbredelig kreft i palliativ hjemmetjeneste. Funn i studien viser at det å bo hjemme fører til en følelse av selvstendighet og trygghet. Pasientene i studien beskriver det som positivt å få pleie hjemme, og følelsen av å være hjemme oppleves som trygt og privilegert.

2.4 Krise

Krise er en psykologisk reaksjon som oppstår når man blir utsatt for situasjoner som man ikke klarer å håndtere ved hjelp av de vanlige mestringsstrategier (Håkonsen 2010).

Den kjennetegnes ved at de vanlige og kjente metodene for å finne løsninger på en bestemt situasjon ikke er tilstrekkelig. Begrepet krise deles inn i to: traumatisk krise og utviklingskrise. Det å skille disse klart fra hverandre kan være vanskelig (ibid).

I forhold til vår hensikt med oppgaven er det den traumatiske krisen som er mest relevant.

Traumatisk krise utløses av ytre begivenheter, som for eksempel en alvorlig sykdom som kan oppleves truende for menneskets integritet (ibid).

Kriseforløpet deles inn i fire ulike faser:

Sjokkfasen: Etter en alvorlig hendelse i livet eller en traumatisk opplevelse vil personen den første tiden befinne seg i denne fasen. Varigheten av fasen er veldig individuell og kan variere fra timer til dager. Han eller hun kan være preget av sterke benektelser. Personen bruker all sin energi på å prøve å forstå det som har skjedd og er ikke i stand til å bearbeide hendelsen. Vi reagerer ulikt i denne fasen. Noen kan virke lite berørt utad, mens andre viser sorgreaksjonen sin ved fortvilelse og angst. Sjokkfasen er et emosjonelt kaos hvor det føles umulig å forstå hensikten og meningen med det som har skjedd (ibid).

Reaksjonsfasen: Etter en tid vil sjokkfasen gå over til reaksjonsfasen. Her vil personens reaksjoner komme tydeligere frem. Atferdsendringer som vi forbinder med reaksjoner på en krise vil ofte vise seg når personen tar virkeligheten innover seg. Tegn på dette kan være depresjon, sorg, gråt og fortvilelse i tillegg til søvnvansker, dårlig matlyst og manglende initiativ (ibid).

Bearbeidingsfasen: Det å finne tilbake til de grunnleggende elementene som skaper trygghet og stabilitet i tilværelsen er noe man søker til i denne fasen. Det at personen nå ønsker å bearbeide krisen innebærer at man aksepterer det som har skjedd. Denne fasen kan vare i opptil flere år (ibid).

Nyorienteringsfasen: Personen har i denne fasen akseptert hendelsen og har ikke lenger de sterke emosjonelle reaksjonene som er knyttet til krisen. Det innebærer allikevel ikke at sorgen og fortvilelsen er borte. Det finnes mange traumatiske situasjoner eller livshendelser som aldri blir ordentlig bearbeidet. I denne fasen vil ikke lenger alle de negative opplevelsene og følelsene knyttet til krisen dominere personens oppmerksomhet og heller ikke stjele all den psykiske energien. Kriser skal ikke glemmes eller fjernes, men heller bli en del av livet (ibid).

2.5 Kommunikasjon

Pasientinformasjon har blitt en lovpålagt oppgave, men det er ikke ensbetydende med at kommunikasjonen har blitt bedre. Om man legger for mye vekt på kun pasientinformasjon kan det være lett å glemme at kommunikasjon mellom mennesker også handler om å skape relasjoner. Relasjoner er det som skaper grunnlaget for mening og fellesskap (Ekeland 2007). Gode relasjoner er ikke bare viktig i forhold til å få støtte i vanskelige situasjoner. Det er også viktig når informasjon skal overbringes. Man kan gi mye informasjon, men uten en god relasjon til pasienten kan det være lite av det man sier som pasienten oppfatter (ibid).

For å kunne utøve god sykepleie er samhandling og god kommunikasjon til pasienter med kreft og deres pårørende svært viktig. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel for å bli kjent med, forstå og møte pasientens behov. Det er også viktig i forhold til å hjelpe pasienten med å mestre sykdom, ensomhet og lidelse (Reitan 2010).

Kommunikasjon foregår både verbalt og non-verbalt. Den verbale kommunikasjonen oppstår ved hjelp av både tekst og tale, mens den non-verbale foregår ved for eksempel av kroppsspråk, kroppsholdninger, stemmeføring, kremting og ansiktsuttrykk. Allikevel er det ingen klare grenser mellom disse to kommunikasjonsformene (ibid).

I praksis er kommunikasjon og etikk to sider av samme sak. Kommunikasjonsetikk går mer på hvordan man ønsker å være som hjelper, kollega og som representant for institusjonen. Altså sin profesjonelle identitet. Mens spørsmål som retter seg mot holdninger og verdier i praksis er etisk relatert (Eide og Eide 2013). Hvordan vi uttrykker de sentrale verdier i hjelpeyrker som respekt, omsorg, kvalitet og fagkunnskap i praksis har stor betydning. Er vi aktive og deltakende i det faglige eller trekker vi oss unna og lar andre gjøre jobben? Og hva gjør vi når vi ser at enten pasienter eller kollegaer har behov for hjelp? For å oppnå god kommunikasjon er det derfor viktig å kunne vise den andre parten respekt (ibid).

En samtale kan komme spontant eller den kan være planlagt. De kan være lange eller korte, følelsesmessige nøytrale eller sterkt emosjonelle. Samtalene kan deles inn i tre deler. En begynnelse, en midtdel og en avslutning.

I begynnelsen innebærer det viktigheten av å hilse, etablere god relasjon til den man ønsker å ha en samtale med og å klargjøre hensikt, ramme og eventuelt mål med samtalen (ibid).

Midtdelen er her delt inn fem punkter der hovedtemaene er å:

- A. Utforske problemet/temaet
- B. Forstå den andres perspektiv
- C. Strukturere samtalen
- D. Utvikle relasjon og allianse
- E. Forklare og informere

Den avsluttende delen tar for seg å ta initiativ til å avslutte samtalen, la den andre oppsummere innholdet og eventuelt avtale tid for nye avtaler (ibid).

Nonverbal kommunikasjon er en stor del av måten vi kommuniserer på, og er med på å skape tillit, trygghet og motivasjon. Det er viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter, noe som kan samles i seks hovedpunkter:

1. Ha øyekontakt med pasienten, unngå å stirre
2. Ha en åpen, mottakende kroppsholdning, unngå kryssede bein og armer
3. Ha en framover lent holdning, være henvendt mot pasienten
4. Komme med bekreftende "mm", forstående nikk og beroligende berøring
5. Prate med en naturlig, vennlig og avslappet stemme, og være rolig i bevegelser
6. La ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse

(ibid).

2.6 Håp

Busch og Hirsch (2007) definerer håp på følgende måte:

«En dynamisk, fremtidsorientert prosess som reaksjon på vanskelige livsbegivenheter, og innebærer blant annet troen på at man vil være i stand til å håndtere og motvirke vanskeligheter.» (s.126)

Begrepet håp er helt sentralt for pasienter, pårørende og behandlere i møte med uhelbredelig sykdom. Håp er viktig for å skape drivkraft, opprettholde troen på at alvorlige symptomer kan lindres og at livet kan forlenges. Uten håp vil trolig ikke pasient, pårørende og behandlere som er omgitt av sykdom holde ut lenge. Begrepet håp er ikke kun knyttet til håpet om helbredelse, men kan forbindes med andre forventninger (Busch og Hirsch 2007).

Håp er et kompleks begrep og kan variere fra alder og livssituasjon. Hos yngre mennesker handler håp ofte om forventninger om en personlig framtid. Hos middelaldrende mennesker er det vanlig å knytte håp opp mot positive forventninger som går ut over synlige fakta. Det kan være snakk om forventninger om å få feire bursdagen enda en gang, eller oppleve at sønnen gifter seg (ibid). Uhelbredelige syke, som denne oppgaven handler om, vil beskrive håp som en motiverende styrke for å nå et mål. Gjennom god og tilstrekkelig behandling, pleie og omsorg kan det være mulig å fremme håp hos disse pasientene. I tillegg er det kjent gjennom palliative programmer at ved optimal symptomlindring og god kommunikasjon, vil det være mulig for pasienten å justere sine forventninger til et realistisk nivå og at følelsen av håp er i vekst (ibid).

2.7 Hensikt med oppgaven

I følge helsedirektoratet (2013b) er det overordnede målet for palliativ behandling og pleie best mulig livskvalitet. For å få til dette må man aktivt bruke kommunikasjon som verktøy for å kartlegge hva god livskvalitet er for hver enkelt. Det foreligger flere studier som tar for seg kommunikasjon mellom behandlere og kreftpasienter, men i de fleste tilfeller er det da rettet mot lege – pasient. Studiene gir heller ingen spesifikk støtte til ulike prosedyrer eller teknikker (ibid).

På bakgrunn av dette og andre funn vi har gjort har temaet palliativ sykepleie til kreftpasienter ledet frem til en tydelig hensikt med oppgaven.

Vår hensikt er å finne ut hvordan god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient vil bidra til økt livskvalitet hos hjemmeboende pasienter.

3.0 Metode

3.1 Om litteraturstudien

Et litteraturstudie har en viktig funksjon innen forskning og kan ha stor betydning for sykepleiere som jobber for en forskningsbasert praksis. Formålet med et litteraturstudie kan være å inspirere til nye forskningsideer i tillegg til at det kan legge grunnlaget for andre studier. Når man skal gjennomføre et litteraturstudie kan man søke etter ulike typer litteratur og kunnskap (Polit og Beck 2010). Det man kan finne av litteratur varierer i kvalitet. Når man skal skrive et litteraturstudie må man derfor bestemme seg for hva slags litteratur man vil ha med. Funn fra tidligere forskning er kilden til informasjon i et litteraturstudie og det bør tas utgangspunkt i primærkilder. Det vil si at artikkelen er skrevet og publisert av forfatteren som har gjennomført studiet (ibid). Sekundærkilder er derimot artikler som baserer seg på andre artikler. Et litteraturstudie er dermed en sekundærkilde. Slik forskning kan på den måten være et fint sted å starte for å få en oversikt over hva slags litteratur som finnes om temaet man søker etter. På den andre siden bør slike artikler ikke regnes som en kilde når man skal skrive et nytt litteraturstudie, da de ofte kan ha mistet flere detaljer fra det opprinnelige studiet i tillegg til at det kan være vanskelig å være helt objektiv (ibid).

Vi har i vår litteraturstudie valgt å se på sekundærkilder for å danne et bakteppe for det vi ønsker å skrive om, i tillegg til at det har gjort oss oppmerksomme på hva slags informasjon som allerede finnes. Vi har i resultatdelen valgt å ha med fem artikler som alle er primærkilder.

Vi har valgt å følge Polit og Beck (2010) sine steg i et litteraturstudie. De sier at man skal starte med et spørsmål, deretter formulere en plan for å samle informasjon, for så å analysere og sammenfatte informasjonen til et skrevet produkt.

3.2 Søkestrategier

Når man skal starte å søke etter litteratur er det viktig å ha en søkestrategi. Det er utviklet ulike strategier. Polit og Beck (2010) viser til Cooper som har beskrevet ulike strategier og trukket frem tre av disse. Den første er å søke i bibliotekets databaser. Den andre går ut på å finne basis artikler for deretter å se hvilke artikler disse igjen henviser til som bakgrunnsinformasjon. På den måten kan man finne eldre artikler. Den tredje og siste strategien går ut på at man igjen finner basis artikler for så å finne artikler som siterer basis artiklene. På denne måten finner man nyere artikler om temaet (ibid).

Vi startet søket i februar og søkte frem til begynnelsen av april. Vi startet å søke i Google Scholar med noen av følgende søkeord som: communication, quality of life, nurse-patients relationship, palliative care og cancer. Vi så igjennom titlene på artiklene og leste gjennom sammendragene på de artiklene vi mente var relevante i forhold til vår oppgave. Deretter så vi igjennom artiklene, og fant ut hva vi manglet for å besvare vår problemstilling. Vi fikk inspirasjon til nye søkeord gjennom de artiklene vi allerede hadde funnet og valgte å kombinere tidligere søkeord med ord som: home, dying patient, end of life, nurses experiences, cancer patient, conversations, good care og communication skills.

Videre har vi gått i litteraturlisten til relevante artikler og funnet andre artikler der. Vi har i tillegg funnet gamle bacheloroppgaver og sett på deres litteraturliste, og funnet artikler der som vi så som relevante for vår oppgave.

Vi gjorde også søk i Ovid Nursing database hvor vi blant annet brukte søkeordene:

Communication, palliative care, nurse-patient relationship og quality of life. Disse søkeordene i kombinasjon ga 29 treff. Vi valgte å lese igjennom sammendragene til de artiklene vi mente hadde en interessant tittel, men etter å ha lest sammendragene følte vi ikke at de kunne være med å belyse vår problemstilling. Vi har derfor valgt å ikke bruke noen av artiklene vi fant gjennom litteratursøk i databasen Ovid Nursing database.

Når vi hadde funnet relevante artikler for vår oppgave sjekket vi opp at de fulgte IMRAD struktur. De fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter IMRAD struktur, det vil si at artiklene inneholder disse delene:

- **I**ntroduksjon (hvorfor vil forfatteren gjøre studien)
- **M**etode (Hvordan ble studien gjennomført, og hvordan resultatene ble analysert)
- **R**esultat (Funn)
- **A**nd
- **D**iskusjon (Betydning av resultatene)

(Nortvedt m.fl. 2012).

For å kvalitetssikre tidsskriftet som har publisert artiklene vi har valgt å bruke, har vi søkt opp navnet på tidsskriftet eller ISSN nummeret på internett siden: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/>.

Tidsskriftet kan være nivå 1 eller nivå 2. I følge Database for høgre utdanning (2013) må følgene krav være tilfredsstilt for at artikkelen skal være vitenskapelig:

1. Publikasjonen må presentere ny innsikt
2. Resultatene må kunne etterprøves eller at de er anvendelige i ny forskning
3. Ha et språk og distribusjon som gjør den lett tilgjengelig for forskere
4. Publikasjonen må være i en publiseringskanal, som for eksempel et tidsskrift, en bok, nettsted med rutiner for fagfelleevaluering

Ordinære vitenskapelige publiseringskanaler er nivå 1, mens Vitenskapelige publiseringskanaler med høy prestisje er nivå 2 (Database for Høgre utdanning 2013).

Vedlegg 1 inneholder en matrise som detaljert viser hvordan vi har funnet to av artiklene.

3.3 Forskningsetikk

I all forskning som involverer mennesker må forskeren ta stilling til etiske problemstillinger. Etiske utfordringer er spesielt fremtredende i sykepleieforskning fordi grensen mellom hva som utgjør den forventede sykepleiepraksisen og samlingen av forskningsdata kan bli noe uklar. Videre kan etikk skape særlige utfordringer fordi etiske krav kan komme i konflikt med behovet for å finne ny forskning for sykepleiepraksisen (Polit og Beck 2010).

I følge Dalland (2012) handler etikk om normene for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi oss et grunnlag for å kunne foreta vanskelige valg. Videre sier han at «forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene.» (s. 96) Målet med forskning er å fremskaffe ny kunnskap, men det må ikke skje på bekostning av deltakernes integritet og velferd. For å kunne fremskaffe ny kunnskap er man avhengig av mennesker som ønsker å dele sine kunnskaper om deres livssituasjon eller måter de tenker og forholder seg til situasjoner på. For å klare dette er man avhengig av deres tillit slik at de ønsker å bidra. Man kommer til stadighet ovenfor situasjoner hvor man behandler personopplysninger. Dette stiller spesielle krav både i forhold til regler man må overholde og til menneskene man har med å gjøre, som stiller sine kunnskaper og erfaringer til disposisjon (Dalland 2012). I planleggingsfasen av en studie er det viktig at man tenker over hvilke nytte deltakerne vil ha av den nye kunnskapen. Deretter må man ta en vurdering av om det man vil oppnå med studien kan oppveies i forhold til belastningen det kan medføre å delta (ibid).

Det er etablert forskningsetiske komiteer som skal ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning. Ved all forskning som involverer mennesker, innen medisinsk og helsefaglig forskning må det på forhånd av studien søkes om godkjenning hos en av de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. «Komiteenes oppgave er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet.» (Dalland 2012 s. 98)

I følge De forskningsetiske komiteene (2013) er spørsmål man må stille seg før man starter et forskningsstudie der forsøkspersoner er involvert: «Blir informert samtykke fra forsøkspersonene innhentet på en forsvarlig måte? Er det klart at det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan tenkes å påvirke forsøkspersonenes samtykke?» (Under overskriften «forskning der forsøkspersoner er involvert») I tillegg til dette legges det vekt på hvilke måte personvern blir ivare tatt og om man klarer å anonymisere deltakerne tilstrekkelig (De forskningsetiske komiteene 2013).

3.4 Kvalitative og kvantitative studier

Da vi startet søket etter artikler ønsket vi å finne både kvalitative og kvantitative studier, men vi endte opp med kun kvalitative studier. Dette fordi vår hensikt med oppgaven har et tema hvor forskerne har ønsket å gå mer i dybden i sine artikler, det har derfor vært vanskelig å finne kvantitative studier.

I følge Dalland (2013) gir en kvantitativ metode informasjon i form av målbare enheter. Mens den kvalitative metoden går mer mot å få frem en mening eller opplevelse man fanger opp, som ikke kan måles i tall. Felles med metodene er at målet er å bidra til å oppnå en lettere forståelse av samfunnet vi lever i, samt samhandling og handling av enkeltmennesker, institusjoner og grupper. Den kvalitative metoden blir nevnt som myke data i motsetning til kvantitativ metode som enkelte ganger blir nevnt som harde data (ibid).

Kjennetegn ved kvantitativ metode er nøyaktighet hvor målet er å få frem en konkret avspeiling av den kvantitative variasjonen. Studien skal gå i bredden og innhente et lite antall opplysninger om mange deltakere som deltok i undersøkelsen. Metoden skal få fram det som er felles, det representative, og studien skal være systematisk med spørreskjema med faste svaralternativer. Observasjonene som blir gjort skal være systematiske og strukturerte (ibid). Datainnsamlingen skjer uten å ha direkte kontakt med deltagerne. Data som er samlet inn er knyttet til avgrensede temaer. Metoden tar sikte på å formidle forklaringer. Forskeren for studiet ser på temaet utenifra og arbeider med å oppnå nøytralitet og avstand. Forskeren har et jeg-det forhold til undersøkelsespersonene (ibid).

Kjennetegn ved en kvalitativ metode er følsomhet, hvor man best mulig prøver å fremstille den kvalitative variasjonen. Studiene går i dybden og det er fremskaffet mange opplysninger om få deltakere. Denne metoden viser fram det spesielle, og eventuelt det som er avvik (ibid). Intervjuene som blir foretatt er uten faste svaralternativer og er fleksible. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med deltakerne det skal forskes på, og framstillingen av dataene formidler forståelse. Forskeren ser på temaet innenifra og erkjenner påvirkningskraft og delaktighet. Forholdet mellom forsker og undersøkelsesperson er et du-jeg forhold (ibid).

3.5 Kildekritikk

Alt som bidrar i en oppgave er kilder. Før en kilde kan brukes må man sjekke om den er brukbar både i forhold til kvalitet og om den er relevant for oppgaven. For å klare dette trenger man informasjonskompetanse. Det er en samling ferdigheter som gjør at man klarer å se og avgjøre når informasjonen er nødvendig, i tillegg til å lokalisere, vurdere og bruke informasjonen. Internett er en mye brukt kilde, men for å kunne bruke det på en forsvarlig måte er det viktig at man klarer å finne tilbake til de som har skrevet det man ønsker å bruke. Det kan være en utfordring å skille ut det fagstoffet som er relevant blant all den litteraturen som finnes, i tillegg er det tidkrevende (Dalland og Tygstad 2012). Det er derfor viktig at man strukturerer søket etter litteratur på internett. Det kan være lurt å lage kriterier som vil være med å begrense det søket man gjør (ibid). Vi valgte derfor å sette opp inklusjonskriterier:

- Kreftpasienter i palliativ fase
- Alder: 40 +
- At det er overførbart til Norge
- Omhandler hjemmet, eller er overførbart til hjemme
- At artiklene er maks 15 år
- Artiklene følger IMRAD-struktur
- Artiklene er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til vitenskapelig nivå 1 eller 2.

I en oppgave som dette er det viktig at det tydelig kommer frem hvorfor man har valgt den litteraturen man har valgt, og hvordan man har foretatt dette valget. I følge Dalland og Tygstad (2012) sier Leth og Thurèn at kildekritikk er en metode for å skille kontrollerte opplysninger og spekulasjoner. Kildekritikk brukes altså for å finne ut om en kilde er sann eller ikke. Gjennom kildekritikk skal man vise at man er i stand til å være kritisk til den litteraturen man finner. Man skal også vise litteraturen man har hatt til rådighet og hvilke kriterier man har lagt til grunne for å velge å bruke den litteraturen man har brukt. I tillegg skal man også kunne si noe om i hvilke grad det man finner er overførbart ifra sammenhengen det står i til vår hensikt (Dalland og Tygstad 2012).

Vi har i søkeprosessen funnet mye litteratur i form av forskningsartikler, fagartikler og bøker. Mye av litteraturen har vært utgitt for mer enn 15 år siden og vi har derfor vært kritisk til om mye av det fortsatt er aktuelt. I gjennomgangen av litteraturen har vi fått et inntrykk av at kommunikasjon ikke er et emne hvor det skjer store endringer fra tiår til tiår. Vi har derfor valgt å inkludere noe av litteraturen som er utgitt sent på 90-tallet. Vi har bevisst valgt å la dette være en veldig liten del av litteraturen og har hatt fokus på å finne nyere relevant litteratur. Vi har kritisk gransket alle våre funn, og har valgt å ha egne kommentarer/kildekritikk som et eget punkt på matrisen, som viser en oversikt over alle forskningsartiklene vi har inkludert i resultatdelen.

3.6 Sterke og svake sider ved et litteraturstudie

En sterk side ved et litteraturstudie er ifølge Polit og Beck (2010) at den kan inspirere til nye forskningsideer, og kan være til hjelp når grunnlaget for nye studier skal dannes.

Litteraturstudier kan også være med å bidra til at forskere lettere kan tolke sine funn.

Det er viktig å sette i gang en litteraturgjennomgang tidlig i forskningen, da det kan bidra til å danne nye forskningsspørsmål og argumenter for behov for ny forskning. Ved å gjøre en grundig gjennomgang av litteraturen kan forskere enklere finne hull i tidligere forskning. (ibid).

Et litteraturstudie er en sekundærkilde. Det kan derfor være en utfordring å bruke sekundærlitteratur som en kilde. Dette fordi det som presenteres ikke er skrevet av den opprinnelige forfatteren. Litteraturen kan være oversatt og fortolket, og viktige perspektiver fra den opprinnelige oppgaven kan derfor være borte (Dalland og Tygstad 2012).

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) er det opp til forfatteren av litteraturstudie hvilke studier man klarer å finne og hva slags krav de stiller til studiene de ønsker å ha med.

Derfor kan litteraturstudiene ha ulik kvalitet sett i forhold til de krav som er stilt til de inkluderte studiene.

4.0 Resultater

Å finne relevant litteratur er bare begynnelsen på et litteraturstudie. Når man har funnet nok artikler må man lage seg en strategi for hvordan man skal klare å lage en mening ut av all informasjonen. Det kan være til hjelp å lage et system hvor man skriver inn informasjonen fra hvert studie. Polit og Beck (2010) anbefaler å lage en matrise for å systematisere informasjon, dette har vi valgt å gjøre.

4.1 Presentasjon av artikler

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer/kildekritikk
Barry Quinn (2003) <i>Exploring nurses` experiences of supporting a cancer patient in their search for meaning.</i> I: European journal of Oncology Nursing. England.	Hensikten med denne studien var å se på sykepleierens erfaringer med å støtte kreftpasienter i deres søk etter mening. De ønsket også belyse temaer som videre kan bli brukt til å få mer kunnskap og bevissthet rundt temaet.	En kvalitativ studie. 11 sykepleiere som jobbet ved London Universitetssykehus ble intervjuet. De jobbet ved en medisinsk onkologisk avdeling og en avdeling for beinmargstransplantasjon. Hver av intervjuene ble spilt inn på tape med sykepleierens tillatelse og senere transkribert.	Resultatene viser at etter å ha analysert intervjuene ble seks temaer fremhevet: - Verdien av erfaring - Å forstå søket etter mening - Verdien av tid - Relasjoner - Omsorg og de ferdigheter sykepleierne har tatt i bruk - Vanskeligheter sykepleierne opplever og støtten de trenger for å fortsette i denne rollen	- Kun kvinner som er med i intervjuet. - Gir bare et innblikk i hva sykepleierne delte - Inkluderer eksempler fra praksis som sykepleierne selv har opplevd - Er på sykehus, men vi ser på det som overførbart til hjemmet - Publisert i et nivå 1 tidsskrift - Følger IMRAD-struktur - Utført i England, overførbart til norsk kultur - Fått innhentet tillatelse fra Etisk komité for å utføre studie - Studien er fra 2003

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Stajduhar, K.I., S.E. Thorne, L.McGuinness og C. Kim-Sing (2010) <i>Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer</i>. I: Journal of Clinical Nursing. Canada.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hva pasienter med kreft ser på som hjelpsomt i forhold til kommunikasjon i møte med helsepersonell.</p>	<p>Sekundæranalyse av en kvalitativ studie. Baseres på 18 individuelle intervjuer og 16 deltakere i fokusgruppeintervjuer. Det opprinnelige studiet involverte til sammen 200 deltakere, men i dette studiet har de valgt å kun inkludere de deltakerne som mottok palliativ behandling. Deltakerne var i alderen 34-79 år, 26 kvinner og 8 menn.</p>	<p>Fire hovedelementer kom frem: - Respekt for betydningen av tid - Fysisk omsorg - Å gjenkjenne frykt - Å balansere håp og ærlighet når man informerer</p> <p>Studiet belyser at å jobbe med pasienter med kompliserte kreftdiagnoser krever høy kompetanse om kommunikasjon og mellommenneskelig engasjement. Dersom pasientene har et udekket behov for kommunikasjon med helsepersonellet, spesielt i den palliative fasen kan dette ha store konsekvenser for både pasienten og dens pårørende.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skjev fordeling av kvinner og menn - Utført i Canada, vi mener dette er overførbart til norsk helsevesen - Deltakerne som ikke snakket canadisk som morsmål hadde med seg tolk - Følger IMRAD-struktur og er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 2 - Relevant for litteraturstudiet da det belyser pasientens behov knyttet til kommunikasjon - Deltakerne er inneliggende på sykehus, men vi mener den er overførbart til kommunikasjonen man har med pasienter som bor hjemme - Studien er fra 2010 - Både den opprinnelse studien og sekundæranalysen har fått etisk godkjenning

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Mok, E., Chiu, C, P (2004) <i>Nurse-patient relationship in palliative care. I: Journal of Advanced Nursing. Kina.</i></p>	<p>Formålet med studien er å undersøke ulike aspekter innen sykepleier-pasient forholdet i palliativ pleie.</p>	<p>Kvalitativ studie. 10 sykepleiere og 10 pasienter ble intervjuet. Kriteriene for å være med i studien for sykepleieren var: - Må ha jobbet i direkte kontakt med den palliative pasienten, og må ha jobbet i minst to år Kriteriene for pasientene var: - Være diagnostisert med uhelbredelig kreft - Må få palliativ pleie enten i hjemmet eller på sykehus (innlagt på sykehus i minst en uke og ha hjemmesykepleie i minst 4 uker) - Klare å uttrykke seg verbalt</p>	<p>Studien kom fram til fire hovedkategorier fra sykepleier og pasient perspektivet: - Skape et forhold basert på tillit - Bli en del av familien - Påfyll av energi - Skape erfaringer Funn i studien viser at sykepleierens personlige egenskaper og ferdigheter har stor betydning for å klare å skape et godt forhold til pasienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tar for seg både sykepleier og pasient perspektivet. - Følger IMRAD-struktur og er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 2 -Den er fra Kina, men mye av litteraturen de refererer til er fra den vestlige verden. Vi mener derfor at den er relevant og overførbar - Mye av bakgrunns litteraturen studiet referer til er fra 1990-tallet - Studien er 10 år gammel - Etisk komité har gitt tillatelse til å utføre studien -Deltakerne ble informert om at du når som helst kunne trekke seg, og deltakelsen var frivillig - Behandlingen av kreftsykdommen pasientene fikk ville ikke bli påvirket av studien

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer/kildekritikk
Appelin, G., Berterö, C. (2004) <i>Patient's experiences of Palliative Care in the Home: A Phenomenological Study of a Swedish Sample. I: Cancer Nursing. Sverige.</i>	Hensikten med studien er å få en forståelse av hvordan pasienter opplever å få palliative pleie i hjemmet.	Kvalitativ studie. 18 pasienter ble spurt om å være med i studien, men kun seks pasienter fullførte. Disse seks pasientene hadde hjemmesykepleie og intervjuene foregikk hjemme hos pasientene.	Funnene viser at pasienten opplevde en utrygg sikkerhet, som kunne sees i sammenheng med fire temaer: - Sikker, men utrygg i eget hjem - En følelse av maktesløshet - Endring av hverdagen - Håp og tro på fremtiden Studien viser viktigheten av et godt samarbeid mellom pasient og sykepleiere for å få pasienten til å føle seg trygg hjemme.	- Følger IMRAD-struktur og er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 2 - Studiet er fra Sverige og vi mener derfor at det er svært overførbart til Norge - Studien er 10 år gammel - Studien er svært relevant for å belyse og besvare vår hensikt - Studien er godkjent av komité for forskningsetikk

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer/kildekritikk
Melin-Johansson, C., Axelsson, B., Danielson, E (2006) <i>Living with incurable cancer at the End of Life- Patient's perception on Quality of Life</i> . I: Cancer Nursing. Sverige.	Undersøke uheldredelige kreftpasienters oppfatning av livskvalitet.	Kvalitativ studie. Fem pasienter fra en gruppe på 25 ble valgt ut til å delta på tre fokusgruppe-møter på en periode på seks uker. Intervju.	Denne studien kommer frem til fem ulike temaer som har stor betydning for deres livskvalitet. - Å leve et ordinært liv - Redusere lidelse - Opprettholde et positivt liv - Relasjoner - Organisere livet med sykdom Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient skapte trygghet og pasienten følte seg bedre ved hjelp av kommunikasjon.	- Svensk studie, derfor svært overførbart til Norge - Belyser vår hensikt med oppgaven - Inkluderer pasienter som mottar hjemmesykepleie - Har IMRAD-struktur og er publisert i et vitenskapelig nivå 2 tidsskrift - Kun 5 av 25 pasienter ble inkludert i fokusgruppemøtene, det kommer ikke tydelig frem hvorfor nettopp disse fem ble valgt ut - Etisk komité har godkjent studien - Intervjuerne legger til rette slik at pasientene selv bestemmer hvor mye de vil fortelle under fokusgruppe møtene, og det ble skapt en trygg atmosfære for å oppnå trygghet hos pasienten. Slik at pasientene skulle oppleve situasjonen som meningsfull.

4.2 Analyse av resultat

Vi skal nå presentere en sammenfatning av resultatene fra de fem forskningsartiklene vi har presentert i matrisene. Vi har valgt å trekke ut de hovedpunktene fra artiklene som vi mener har betydning for å kunne belyse vår hensikt, slik at vi kan drøfte og besvare den senere i oppgaven. Vi vil presentere resultatene under fem undertitler: Relasjonsbygging, profesjonalitet, trygghet, kommunikasjonsferdigheter og tid.

4.2.1 Relasjonsbygging

Det å skape tillitsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier er viktig for å optimalisere den palliative omsorgen (Mok og Chiu 2004). Funn i studien til Mok og Chiu (2004) sier at ved å danne sterke relasjoner med sykepleieren følte pasienten at han hadde noen å stole på, og som han kunne uttrykke sine dypeste følelser til. Sykepleierne hadde som hovedmål å skape maksimal komfort for pasienten gjennom å opptre på en pålitelig måte og å vise interesse og initiativ til å bli kjent. Da pasienten så at sykepleieren oppfylte deres behov, skapte det en følelse for pasienten at han betydde noe som menneske. Funn i studien viste at pasienten sammenlignet forholdet med sykepleieren som å dra til en bensinstasjon å fylle drivstoff. Sykepleieren bidro med å finne en følelse av fred, sikkerhet og å gi dem en indre styrke og pågangsmot (ibid).

4.2.2 Profesjonalitet

I studien til Stajduhar m.fl. (2010) fremkommer det at deltakerne forstår og forventer at helsepersonell opptre profesjonelt og at de har sine profesjonelle grenser. Flere av deltakerne forventet allikevel at de skulle fremstå komfortable og sensitive i forhold til de problemene som oppstod knyttet til deres sykdom og død. Videre i studien beskrives det at empati og fysisk omsorg er en viktig del av omsorgen og støtten som gis (ibid).

I studien til Mok og Chiu (2004) kommer det fram at gjennom å skape tillitsfulle relasjoner med pasienten bidro dette til å utvikle et vennskapelig forhold mellom dem, og sykepleiere følte seg i tillegg som en del av familien (ibid).

I Quinn (2003) sin studie kommer det og frem at forholdet mellom sykepleier og pasient er viktig, men sykepleieren må passe på at forholdet ikke blir for tett ved å ta ledelsen. Samtidig kommer det fram at et godt forhold mellom sykepleier og pasient er viktig slik at sykepleieren få en bedre forståelse av pasientens opplevelse av sin sykdom (ibid).

4.2.3 Trygghet

I studien til Melin-Johansson, Axelsson og Danielson (2006) viser funn at det er fem temaer som pasienten selv ser som betydningsfulle i forhold til livskvalitet. Et av temaene var betydningsfulle relasjoner med undertemaene: viktig nettverk og resonans i kommunikasjonen. Det kommer frem i studien at pasienten så på det som svært betydningsfullt å ha et nettverk av venner, familie og fagfolk rundt seg. Med fagfolk menes leger og sykepleiere. Studien viser at det å ha støtte fra hjemmesykepleien hadde stor betydning for pasienten. Pasienten beskrev en følelse av trygghet ved å vite at det var enkelt å komme i kontakt med sykepleieren, og at de kunne komme hjem til pasientene hvis de hadde behov for det. Pasienten opplevde at sykepleieren hadde kontroll på situasjonen og var engasjert og positiv. Videre i studien kommer det frem at kontinuerlig kontakt på telefon med sykepleier, gjorde det lettere for pasienten å gjenkjenne stemmene deres, noe som førte til en følelse av trygghet (ibid).

I studien til Appelin og Berterö (2004) kommer det frem at det å få bo hjemme ga mange en følelse av trygghet. For at denne tryggheten skulle opprettholdes var det viktig å ha pårørende og omsorgspersoner rundt seg, i tillegg til sykepleierne som daglig var innom. Det at pasienten følte at han hadde et godt samhold rundt seg og at pårørende ble tatt godt vare på var spesielt med på å øke trygghetsfølelsen.

Samtidig kommer det frem at utryggheten ofte kom mot kvelden og ga en følelse av rastløshet og angst, noe som igjen var med på å påvirke nattesøvn negativt (ibid).

I studien til Stajduhar m.fl. (2010) beskrives det at frykten for å bli forlatt i kreftomsorgen var stor, spesielt etter at de hadde fått beskjed om at deres sykdom ikke kunne kureres. De beskrev at når helsepersonell ga bekreftelser om at et kjent personale ville følge de videre, var dette til stor hjelp og skapte trygghet. Frykten knyttet til denne overgangen ble beskrevet til å komme av at de fryktet misforståelser og at det personalet de etterhvert skulle forholde seg til ikke hadde nok kunnskap om deres tilstand. Videre beskrev deltakerne at dersom det nye helsepersonellet de skulle forholde seg til ga inntrykk av at de hadde lest om deres sykdomsforløp skapte dette trygghet (ibid).

4.2.4 Kommunikasjonsferdigheter

Stajduhar m.fl. (2010) viser i sin studie at flertallet av deltakerne assosierte frykt med sin inkurabile diagnose og at ingenting annet en erkjennelse av frykt gjennom dialog hjalp. Deltakerne beskrev at erkjennelse av frykt gyldiggjorde deres opplevelse og tillot dem å snakke om deres bekymringer. Videre beskrev deltakerne at dersom en slik samtale skulle være til hjelp så måtte den være i samsvar med deres generelle emosjonelle tilstand. Dersom dette ikke ble balansert ville ikke kommunikasjonen ha noen hensikt. Videre ble også humor nevnt som et virkemiddel som kunne gjøre det enklere å snakke om frykten man hadde, men at det da var spesielt viktig at tid og sted var riktig (Stajduhar m.fl. 2010).

Videre i studien blir balansering av ærlighet og håp belyst. En av deltakerne beskrev at den verste følelsen rundt kreftdiagnosen var mangel på kontroll og at hun alltid lurte på hva hun ikke ble fortalt. Dette utsagnet ble støttet opp av flere deltakere som beskrev at de var avhengige av hvordan informasjonen de fikk ble formidlet. Diagram og bilder var eksempler på virkemidler som gjorde at de forstod mer av informasjonen som ble gitt. Videre beskrev deltakerne at de ville vite mest mulig om sin sykdom, men at de også ville kontrollere hvor mye de fikk vite i forhold til hva de følte de hadde behov for (ibid). Et område som studien beskriver som spesielt følsomt er tilgangen til informasjon og tolkning av prognoser og progresjon av sykdommen. Deltakernes beskrivelse av behovet for informasjon rundt dette varierte. Noen beskrev at de følte de fikk formidlet falskt håp og det ville være den verste kommunikasjons-feilen, andre følte derimot at deres håp ble ødelagt fordi de ikke fikk konkret informasjon om dette (ibid). Noen beskrev også at de syntes det var fordelaktig at de ikke fikk informasjon omkring progresjon og prognose. Fellestrekkene med deltakernes beskrivelse rundt dette er viktigheten av at helsepersonellet klarer å balansere håp og ærlighet i informasjonen de overbringer. De påpekte blant annet at mye bruk av fagterminologi, den non-verbale kommunikasjonen og følelsen av at samtalen var preget av dårlig tid, ofte knyttet seg opp mot dårlige opplevelser rundt kommunikasjonen når informasjon skulle overbringes (ibid).

Studien til Melin-Johansson, Axelsson og Danielsson (2006) forteller at sykepleierens kommunikasjonsferdigheter kan oppleves som utilstrekkelige fordi samtalen ofte kun handler om hverdagslige ting. Allikevel har kommunikasjon i kreftomsorgen en svært viktig betydning, fordi den kan være med på å skape en positiv og munter atmosfære (ibid).

Det kommer frem i studien til Mok og Chiu (2004) at pasientene satt stor pris på at sykepleierne viste kjærlighet gjennom deres myke stemmer, og at de tok seg tid til å lytte til det pasienten hadde behov for å snakke om. I Appelin og Berterö (2004) sin studie sier flere pasienter at de ofte fikk en følelse av maktesløshet når de opplevde at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon fra sin lege. Mange fikk også følelsen av at legen unngikk å fortelle om ulike temaer som pasienten ønsket svar på.

4.2.5 Tid

I studien til Mok og Chiu (2004) kommer det frem at et sykepleier-pasient forhold er basert på kontinuitet. Funn i studien viser at selv om sykepleieren vet at det kan ha en positiv effekt for pasienter å få luftet følelsene sine og sine indre tanker, skal man gi pasienten tid. Dette for at pasienten kan snakke når han eller hun føler seg klar for det, og at sykepleieren ikke skal trekke seg tilbake, men være tilstede og reagere raskt, slik at pasienten opplever en følelse av betydning (ibid).

I studien til Stajduhar m.fl. (2010) fremkommer det at deltakerne opplevde at tiden til helsepersonellet ikke strakk til, og at det derfor var viktig hvordan tiden ble brukt for at den skulle bli verdifull. Videre sa deltakerne at helsepersonellet gjennom direkte øyekontakt, aktiv lytting, rolig tale og kroppsspråk, samt at de satt seg ned i stedet for å stå, kunne gi de en følelse av at de hadde all tid i verden. Det fremkommer også at perioden hvor deltakerne beskriver at de er mest følsomme for hvordan tiden med helsepersonellet oppleves, er i overgangen mellom aktiv behandling og palliativ behandling (ibid).

I studien til Quinn (2003) sier sykepleierne som ble intervjuet at de følte at de ikke hadde nok tid til kreftpasienten. Sykepleierne la merke til at når de skulle hjelpe pasienten med å dusje, åpnet de seg og tok initiativet til å prate. Sykepleierne tolket dette som at pasienten nå merket at de var mer tilstede og hadde en oppgave de skulle utføre sammen. Sykepleierne beskrev at tiden de brukte hos pasientene ofte var rettet mot praktiske oppgaver som å administrere pasientens medikamenter. Sykepleierne følte at de ikke var mentalt tilstede når de holdt av noen minutter for å prate med pasienten, fordi tankene om alle oppgavene de burde gjort var dominerende (ibid). Videre kom det frem at det var om natten pasientene ofte fikk prate med pleierne, da det var mye roligere på avdelingen. Noe som viser til at stresset på en avdeling på dagen innvirker på pasienten (ibid).

5.0 Drøfting

Vi skal nå drøfte funnene i de fem vitenskapelige artiklene fra resultatdelen opp mot hverandre, andre vitenskapelige artikler og annen faglitteratur. Vi har valgt å dele drøftingen i seks underoverskrifter: faktorer som påvirker livskvaliteten, kommunikasjonens betydning, ærlig kommunikasjon, å etablere relasjon gjennom kommunikasjon, omsorg og å jobbe i team.

5.1 Faktorer som påvirker livskvaliteten

Siri Næss (2011) definerer livskvalitet som «psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt.» (s.15) Videre defineres livskvalitet som psykologisk og subjektivt. Det vil si at når det handler om å ha det godt, så er det opplevelsen av å ha det godt det refereres til, og dette oppleves forskjellig av hver enkel person (Næss 2011).

Sykdom påvirker livskvaliteten på ulike måter og mange begynner å reflektere over hva livskvalitet egentlig betyr når man blir rammet av sykdom. For mange friske mennesker er kreft det motsatte av livskvalitet fordi sykdommen har negativ betydning som utløser tanker om enorme smerter, en uhyggelig død og avhengighet (Melin-Johanson, Axelsson og Danielson 2006).

Pasienter med kreft kan allikevel oppleve god livskvalitet. En årsak til dette kan være at de får et endret perspektiv på livet, som igjen kan føre til at man får et endret syn på hva som er viktig og gir mening i livet (Melin-Johanson, Axelsson og Danielson 2006, Lorentsen og Grov 2011).

I følge Cohen og Leis (2002) sin studie er det flere faktorer som medvirker til økt livskvalitet hos kreftpasienter sett fra pasientens perspektiv. Resultatene i denne studien ble organisert i fem kategorier:

1. Pasientens egen status
2. Kvalitet på den palliative pleie
3. Fysiske miljø
4. Relasjoner
5. Framtidsutsikter

Pasientens fysiske-, psykiske-, psykososiale- og kognitive funksjon blir lagt vekt på som medvirkende til hvordan pasienten opplever sin livskvalitet, og ved brist i en av disse funksjonene ville dette påvirke deres livskvalitet negativt. I likhet med Cohen og Leis (2002) har Melin-Johansson, Axelsson og Danielson (2006) kommet fram til fem punkter i sin studie som medvirker til økt livskvalitet:

1. Å leve et ordinært liv
2. Redusere lidelse
3. Opprettholde et positivt liv
4. Relasjoner
5. Organisere livet med sykdom

Til sammenligning sier Næss i følge Rustøen (2009) at det er fire punkter som tilsammen utgjør livskvalitet, og alle punktene har like stor betydning.

1. Å være aktiv
2. Å ha samhørighet
3. Å ha selvfølelse
4. Å ha en grunnstemning av glede

Næss beskriver i følge Rustøen (2009) at det å være aktiv blant annet er å ha energi og overskudd til å gjøre ting pasientene selv interesserer seg for, og at de ikke føler seg slitne og utmattet. I studien til Cohen og Leis (2002) har pasientene med egne ord beskrevet at de føler sterkt på at den fysiske tilstanden ikke lenger er slik den var før de fikk sykdommen. De uttrykker et sterkt ønske om å bli seg selv igjen og å kunne gjøre ting de var vant med å gjøre. Appelin og Berterö (2004) hevder at pasientene i sin studie var opptatt av å ha et håp om å leve livet så normalt som mulig. Melin-Johansson m.fl. (2007) mener også at pasientens livskvalitet kan påvirkes av kroppens fysiske tilstand.

En pasient som deltok i studien beskrev at kroppen ble svekket når det oppstod uventede fysiske komplikasjoner, noe som bidro til at pasienten følte en usikker tilstedeværelse som igjen ledet til at livskvaliteten ble svekket. Pasienten kunne ligge i sengen sin om morgenen og tenke ut hva han ønsket å gjøre i løpet av dagen, men kjente raskt at kroppen ikke hadde krefter til det. Bare å komme seg opp av sengen var vanskelig. Dette var noe som førte til at pasienten følte han hadde en dårlig livskvalitet (ibid).

Kvaliteten på pleien har stor betydning for livskvaliteten hos pasientene. Det gir trygghet å vite at helsepersonell er å få tak i 24 timer i døgnet syv dager i uken (Cohen og Leis 2002). Heldøgntjeneste fra hjemmesykepleien er nødvendig for de pasientene som bor hjemme, og man skal til enhver tid påse at pasienten har et telefonnummer de kan ringe når de har behov for det (Den Norske Legeforening 2012). Det skaper trygghet for pasienten at de har mulighet til å ringe å få hjelp når de trenger det og at de gjennom kontinuitet av personalet etterhvert klarer å gjenkjenne stemmene til sykepleierne (Melin-Johansson, Axelsson og Danielson 2006). Melin-Johansson m.fl. (2007) mener i likhet med Cohen og Leis (2002) og Melin-Johansen, Axelsson og Danielson (2006) at det var lett å komme i kontakt med palliativt team og hjemmesykepleie og at de var ærlige, var med på å øke tryggheten til pasienten. Videre kommer det frem at vissheten om at helsepersonellet hadde tid til å være hos dem når de trengte noen å snakke med utenom familien ble høyt verdsatt (Melin-Johansson m.fl. 2007).

Miljøet pasientene oppholder seg i har også innflytelse på livskvaliteten, og at pasientene føler at de er på riktig sted er viktig (Rowlands og Nobels 2008, Cohen og Leis 2002).

Peters og Sellick (2006) hevder i sin studie at hjemmeboende pasienter statistisk sett har mindre symptomer, lavere depresjonsscore og bedre psykisk helse og livskvalitet. I tillegg viste det seg statistisk sett at de følte at de hadde bedre kontroll over egen sykdom og den medisinske behandlingen de fikk. Videre viser studien at det er flere faktorer som må være til stedet for at det å bo hjemme skal være et godt alternativ. Pasientene med bedre helse, et stabilt nettverk rundt seg og et ønske om å føle mer uavhengighet er de som vil ha best utbytte av det (ibid).

Studien til Melin- Johansson m.fl. (2007) støtter Peter og Sellick (2006) sin påstand om at å bo hjemme kan øke pasientens livskvalitet. Melin-Johansson m.fl. (2007) hevder i sin studie at å gi pasienten muligheten til å bo hjemme har en positiv effekt. Det ble satt stor pris på å ha ektefelle, barn og barnebarn som kunne hjelpe når de hadde behov for det og å selv kunne bestemme når de ønsket besøk (ibid). Følelsen av å bo hjemme ga de en form for trygghet samt at de var godt kjent i miljøet med alle sine personlige eiendeler som igjen ga de en følelse av velvære (Melin- Johansson m.fl. 2007, Appelin og Berterö 2004).

5.2 Kommunikasjonens betydning

I følge Eide og Eide (2013) sier Ong m.fl., Holen og Weisæth at personer som befinner seg i en krise trenger støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. De mener at god kommunikasjon kan være avgjørende for hvordan pasienten bearbeider reaksjoner knyttet til sykdommen og krisen de befinner seg i.

McCabe (2004) hevder i sin studie at litteratur ofte beskriver sykepleieres kommunikasjonsferdigheter som dårlige. McCabes (2004) studie viser derimot at sykepleiere kommuniserer bra med pasientene, dersom de bruker en pasientsentrert tilnærming. Dette gikk ut på at sykepleieren behandlet hver pasient individuelt ved å ha en personlig tilnærming i stedet for kun å fokusere på praktiske oppgaver når de er hos pasienten (ibid). I likhet hevder Quinn (2003) at mye av tiden sykepleiere bruker hos pasienten er knyttet til praktiske oppgaver, men de er bevisste på at de burde bruke mer tid hos pasienten. De føler at tiden ikke strekker til og dersom de setter seg ned hos pasienten føler de at de ikke er tilstede mentalt, men at tankene er på alle de oppgavene som egentlig burde vært gjort (ibid).

Tilstedeværelse blir beskrevet som en grunnleggende del av sykepleie og at man gjennom non-verbal kommunikasjon viser at man er tilgjengelig ovenfor pasienten. Gjennom den nonverbale kommunikasjonen kan man vise ektehet, varme og empati som igjen kan styrke pasientens opplevelse av tilstedeværelse fra sykepleier (McCabe 2004). I likhet med McCabe (2004) sier Eide og Eide (2013) at også Sterns intersubjektivitetsteori hevder at nonverbal kommunikasjon er avgjørende for relasjoner. Den nonverbale kommunikasjonen gjenspeiler våre holdninger og man kan tydelig vise om man er tilstede for å lytte og hjelpe. Måten pasienten oppfatter sykepleiers nonverbale kommunikasjon på har stor betydning for om pasienten føler seg trygg og ivaretatt (ibid). Dette sees også i studien til Quinn (2003) der sykepleierne så på viktigheten av å ha erfaring når de var hos kreftpasienter. Med lite erfaring følte sykepleierne at de hele tiden måtte ha noe å si og lette ofte etter de riktige svarene. Etter å ha skaffet seg mer erfaring forstod de at det ikke alltid er nødvendig å si noe. Det var ofte nok å sitte ned hos dem, og pasientene forventet ikke alltid svar på spørsmålene de hadde (ibid).

Tiden pasienten får med sykepleier oppleves viktig for pasienten, men det er ikke hvor god tid de har som er det viktigste, men hvordan tiden blir brukt. Øyekontakt, aktiv lytting og at

sykepleieren satte seg ned gjorde at pasienten følte at de hadde god tid til dem (Stajduhar m.fl. 2010). Eide og Eide (2013) støtter Stajduhar m.fl. (2010) om at øyekontakt er en viktig del av den nonverbale kommunikasjonen og at på hvilke måte man blir sett på vil ha en avgjørende funksjon i forhold til hvordan man føler seg.

Empati og fysisk kontakt er tegn på omsorg og støtte, men hvordan pasientene opplever dette er individuelt og man må alltid være bevisst på situasjonen man er i (Stajduhar m.fl. 2010 og Eide og Eide 2013). I følge Stajduhar m.fl. (2010) opplevde flere av deltakerne i studien en positiv effekt av en liten berøring av hånden eller at noen satt seg ned ved siden av dem. Eide og Eide (2013) støtter dette og skriver at berøring kan ha funksjoner som å formidle forståelse, trøst og støtte, spesielt i vanskelige tider.

For pasienter som får kreft blir dagene for mange fylt med angst, frykt, usikkerhet og spørsmål om døden (Stajduhar m.fl. 2010). I likhet sier studien til Cohen (2002) at usikkerhet knyttet til fremtiden og følelsen av og ikke ha kontroll over eget liv har en negativ innvirkning på livskvaliteten. Når livet forandrer seg kan det være vanskelig å vite hvordan man skal takle situasjonen (Konsmo 1995). I følge Konsmo (1995) beskriver Benner og Wrubel at dette sammenbruddet kalles stress, og kan utløses av sykdom. Hva man gjør med stresset kaller mestring. Benner og Wrubel beskriver mestring i følge Konsmo (1995) slik:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp, og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensinger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende. (s.84)

Med dette forstår vi at mestring er å finne ny mening i livet når livet sånn vi kjente det er blitt forandret, og man blir nødt til å få nye perspektiver. I følge Konsmo (1995) mener Benner og Wrubel at det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten på best mulig måte med å finne en mening. For at pasienten skal være i stand til å mestre sin nye situasjon og utfordringer er kunnskap viktig (Eide og Eide 2013). Selv om en pasient trenger hjelp til mestring er det allikevel kun pasienten som kan stå i sentrum av situasjonen og utføre arbeidet (ibid).

Flertallet av pasientene som deltok i Stajduhar m.fl. (2010) sin studie assosierte frykt med sin inkurabile diagnose og at det kun var gjennom dialog med helsepersonell at de klarte å

erkjenne denne frykten. Dette var med på å gyldiggjøre deres opplevelser og tillot dem å snakke om deres bekymringer. For at en slik samtale skulle være til hjelp måtte de være emosjonelt klare for det. De opplevde det som utfordrende å ha et høyt stressnivå, samt å tolke informasjonen de fikk om sin helsesituasjon (ibid). Ifølge Stajduhar m.fl. (2010) sier Von Gunten m.fl. at helsepersonell bruker kommunikasjon på en sensitiv måte som gir en god terapeutisk tilnærming og tillit mellom pleier og pasient.

Sykepleierne unngår ofte de vanskelige og følelsesmessige samtalene med pasientene, noe som kommer av manglende kommunikasjonsferdigheter. Samtalene handler derfor ofte om mer enkle og hverdagslige ting (Skilbeck og Payne 2003, Melin-Johansson, Axelsson og Danielson 2006). Melin-Johansson, Axelsson og Danielson (2006) fremhever at kommunikasjonen rundt hverdagslige ting har stor betydning innen kreftomsorgen fordi den er med på å skape en positiv og munter atmosfære. Allikevel mener Skilbeck og Payne (2003) at sykepleiere trenger mer trening på kommunikasjonsferdigheter. Eide og Eide (2013) støtter dette og mener at dårlig kommunikasjon vil øke faren for profesjonelle feil og mangler, og god kommunikasjon er med på å kvalitetssikre det helsefaglige arbeidet. Pasientene i studien til Melin-Johansson, Axelsson og Danielson (2006) hadde ingen negative tanker om sykepleierne og mente de var ordentlige mennesker som var positive, til å stole på og viste at de hadde kontroll på situasjonen. God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient påvirket pasienten slik at de positive tankene ble dominerende (ibid). Appelin og Berterö (2004) støtter dette og sier at pasientene i studien satte pris på å ha et godt forhold til sykepleierne og at de klarte å fjerne mye av pasientenes usikkerhet gjennom god kommunikasjon. Ved at helsepersonellet hadde gode kommunikasjonsferdigheter skapte dette trygghet og tillit for pasientene. For å klare dette må informasjonen og kommunikasjonen være en kontinuerlig prosess (ibid).

Det viser seg at teoretiske kunnskaper alene ikke har stor effekt på hvordan man kommuniserer (Eide og Eide 2013). Fellowes, Wikinson og More hevder ifølge Eide og Eide (2013) at etter å ha gjennomført systematisk kommunikasjonstrening, kunne man se at sykepleierne ble bedre på fokuserte og åpne spørsmål. De ble også bedre til å møte pasientenes bekymringer og vise empati, samt vise egne følelser. Systematisk kommunikasjonstrening i praksis vil si å øve på enkelt ferdigheter som å bekrefte pasienten nonverbalt eller verbalt, være en aktiv lytter, stille spørsmål, utfordre pasienten til refleksjon, gi informasjon og strukturere samtaler (ibid).

5.3 Ærlig kommunikasjon

I følge McCabe (2004) sier McCann og Baker at åpen og ærlig kommunikasjon gjør pasienten mer i stand til å håndtere sin sykdom. Pasientene satt pris på åpen og ærlig kommunikasjon fra sykepleierne og stolte på at de brukte et språk det var lett å forstå. Dette kan relateres mot studien til Stajduhar m.fl. (2010) som sier at når legene og sykepleierne viser pasienten at de bryr seg, er det med på å åpne døren til kommunikasjon. Om de var tilbakeholden med viktig informasjon og ikke var åpne på temaer som pasienten ofte lurte på, kunne dette være med på å svekke forholdet mellom pleier og pasient og dermed kommunikasjonen dem imellom (ibid). Flere pasienter føler at de ikke får tilfredsstillende informasjon fra sin lege og at legen unngår å fortelle om temaer som pasienten ønsker svar på. Dette får dem til å føle seg maktesløse (Appelin og Berterö 2004). Kvåle (2002) mener i likhet med Appelin og Berterö (2004) at det kan være vanskelig for leger å avgjøre hvor mye informasjon de skal gi til pasienten og pårørende, spesielt angående spørsmål knyttet til progresjon av sykdommen. Dette fordi det ofte kan føre til misforståelser og at det kan være vanskelig for pasient og pårørende å forstå at de tallene legen gir kun er et gjennomsnitt (Kvåle 2002).

For mange er følelsen av å miste kontrollen etter å ha fått kreft noe av det verste. Flere føler at de ikke får all informasjon som de egentlig burde hatt, noe som forverrer situasjonen. At helsepersonell er åpne og ærlige med pasientene gjennom kommunikasjon når de manglet kunnskap, forandret pasientenes forventninger til helsepersonellet. Det gjorde at pasientene fikk et mer menneskelig syn på dem og dette førte igjen til at flere av pasientene ønsket å finne ut mer om sin sykdom på egenhånd (Stajduhar m.fl. 2010).

Som sykepleier står man i dag ovenfor nye utfordringer når det gjelder pasientens behov for informasjon og undervisning. Mange har ofte søkt opp informasjon og kunnskap på internett, og er derfor mer kritiske til om den informasjonen de får av helsepersonell er tilstrekkelig (Kvåle 2002). Det er legen som har ansvaret for å informere pasienten om deres sykdom og behandling, men sykepleier som ofte har den tette kontakten med pasient vil måtte svare på spørsmål som pasient og pårørende har i det daglige (ibid). For å møte pasient og pårørende på en profesjonell måte sier Eide og Eide i følge Kvåle (2002) «at sykepleier må ha kunnskap om fag og kommunikasjon, være empatiske, ha en plan og et mål for hva de ønsker å få ut av en samtale, i tillegg til å ha evnen til etisk refleksjon og et bevisst menneskesyn.»

(s. 43)

5.4 Relasjonsbygging – å etablere relasjon gjennom kommunikasjon

Pasienter har visse krav til helsepersonellet. De ønsker at det skal være et profesjonelt forhold mellom dem, fordi kommunikasjonen ofte kan føre til at det sosiale forholdet blir for nært (Stajduhar m.fl. 2010). Også Quinn (2003) understreker at sykepleier- og pasientforholdet er viktig, men at det ikke må bli for nært. Derfor er det viktig at sykepleieren tar ledelsen slik at kontakten blir på et profesjonelt plan. I følge Eide og Eide (2013) kan forholdet mellom sykepleier og pasient ofte bli personlig, men det bør ikke utvikles til et privat forhold. Det er derfor viktig å kunne skille jobb og privatliv. Forholdet mellom pasient og helsepersonell skal ikke benyttes for å dekke egne behov for å skape vennskap eller kjærlighet. Til sammenligning sier Mok og Chiu (2004) at sykepleieren i deres studie følte at relasjonene til pasientene ble sterke og utviklet seg til et vennskap. Vennskapet til pasienten førte til at sykepleieren følte seg som en del av familien (ibid).

I møte med kreftpasienter er sykepleierens mål å redusere lidelser og å gi maksimal komfort for pasienten. For å oppnå dette må sykepleieren ta initiativet til å bli godt kjent med pasienten. God relasjon med sykepleier kan få pasienten til å føle at de har noen å stole på og noen de kan utdype sine følelser til (Mok og Chiu 2004). I likhet med Mok og Chiu (2004) mener Cohen (2002) at pasientene kan føle at det er godt å kunne snakke med sykepleierne om følelser rundt døden. Pasientene i Cohens (2002) studie følte i tillegg at sykepleierne ikke alltid var like ærlige mot dem.

Sykepleierens personlige egenskaper danner grunnlaget for å skape et tillitsfullt forhold til pasienten (Mok og Chiu 2004). I deres studie tilnærmet sykepleierne seg pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov, de viste gjennom sine handlinger og tilstedeværelse at de var til å stole på og lyttet hvis pasienten følte for å snakke. Dette førte til at pasientene opplevde en følelse av at sykepleierne var svært interessert i dem, noe som igjen var med på å styrke sykepleier-pasient forholdet (ibid). Benner og Wrubel mener i følge Konsmo (1995) at å bry seg om noen er omsorg, og man kan hverken lindre eller lege uten omsorg.

Sykepleierne i studien til Mok og Chiu (2004) sier at å få jobbe med pasienter som var så nær døden førte til refleksjon og personlig vekst blant dem. I tillegg kom det frem at sykepleierne gjennom kontakt med pasientene lærte å bli mer åpen og verdsette de små gledene i livet.

I følge Eide og Eide (2013) mener Travelbee at kommunikasjon er et hjelpemiddel for å opprette et menneske-til-menneske forhold som igjen vil påvirke i hvilke grad man klarer å gjennomføre sykepleiens mål. Kommunikasjon er en vanskelig prosess og man aldri vil bli helt utlært. Gjennom kommunikasjon er det viktig at man som sykepleier klarer å forstå hva pasienten uttrykker både gjennom sin verbale og nonverbale kommunikasjon, for deretter å bruke den informasjonen man får videre i sine sykepleiehandlinger (ibid).

Travelbee har sammenfattet en modell som viser stegene i prosessen for å klare å utvikle et menneske-til-menneske forhold. Gjennom prosessen vil man som sykepleier etterhvert ha klart å skape en relasjon til pasienten basert på gjensidig forståelse og kontakt. Under hele prosessen er kommunikasjon viktig, slik at man lærer å forstå hverandre og at man klarer å kommunisere denne forståelsen til den andre (ibid).

Som sykepleier står man ovenfor en utfordring når man møter mennesker som befinner seg i en krise. Sykepleier vil møte utfordringer knyttet til hendelsen eller sykdommen, følelsene og de psykologiske reaksjonene pasienten får og relasjonene pasienten har til omgivelsene. I slike situasjoner er god informasjon det viktigste å formidle til pasienten og pårørende. For at dette skal ha noe hensikt er det viktig at man har etablert en relasjon og at pasienten føler seg trygg ovenfor sykepleier (Eide og Eide 2013).

5.5 Omsorg

Omsorg er nødvendig for at kreftpasienter skal oppleve best mulig livskvalitet. Som nevnt tidligere blir sykepleie blir i flere sammenhenger sett på som de som gir omsorg, mens legen er de som behandler. Det er allikevel viktig at de ulike profesjonene samarbeider om omsorgen ovenfor pasienten, og det er gjennom samarbeid på denne måten at man kan gi disse pasientene de beste forutsetninger for god livskvalitet (Kvåle 2002). For å klare å gi god omsorg er det viktig at sykepleier har forståelse for hva hver enkelt pasient forventer og har behov for, og at det ikke er sykepleiers egne forventninger til god omsorg som blir det avgjørende. At sykepleier tar seg tid til å forstå hva hver enkelt pasient forventer vil styrke deres opplevelse av kvalitet i omsorgen. For å klare dette må sykepleier vise empati slik at de klarer å oppfatte hvordan pasienten opplever sin situasjon (ibid). Det er allikevel viktig at man klarer å skille empati og projeksjon. Det vil si at man skal sette seg inn i pasientens situasjon og forstå deres indre virkelighet, i stedet for å gjennom sin egen indre virkelighet prøver å forstå pasientens situasjon. Det kan være vanskelig å skille dette, og sykepleier må derfor

være bevisst på at deres oppfattelse og forventning rundt pasientens reaksjoner ikke alltid er i samsvar med pasientens reaksjoner (ibid).

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel sier ifølge Konsmo (1995) at omsorg er grunnleggende og nødvendig på flere måter. De sier i likhet med Kvåle (2002) at sykepleieren må vise at en bryr seg om pasienten, og setter seg godt inn i deres situasjon. Benner og Wrubel hevder i følge Konsmo (1995) at hvis sykepleieren ikke viser omsorg ovenfor pasienten, kan dette medføre at pasient og pårørende føler at sykepleierens makt er skremmende og undertrykkende. Dette støttes av Mok og Chiu (2004) som mener at pasienten setter stor pris på at sykepleieren tar initiativ til å bli godt kjent med dem, og gjennom det viser at de bryr seg.

I følge Konsmo (1995) sier Benner og Wrubel at sykepleiere må involvere seg for å kunne yte god omsorg ovenfor pasienten, det er viktig å klare å finne en balanse mellom nærhet og avstand. Dette støttes i studien til Blomberg og Sahlberg- Blom (2005) hvor sykepleierne sier at deres strategi i møte pasienter med kreft var å holde en balanse mellom nærhet og avstand. Denne balansen synes de ofte kom mer spontant enn som et bevisst valg.

Videre viste studien at sykepleierne var flinke til å vise nærhet i vanskelige situasjoner der de tillot seg selv i å la seg bli berørt både psykisk og spirituelt. Det kom også frem at sykepleierne ofte holdt avstand i de situasjoner der de følte seg ukomfortable og ikke lot seg kjenne på av disse følelsene. Avstanden kunne også oppstå når sykepleieren ble mer oppgave orientert enn pasient orientert, for eksempel på grunn av dårlig tid eller mangel på personalet (ibid).

5.6 Å jobbe i team

Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommuner som hører til helseforetakene for å klargjøre hva slags ansvar kommunen og spesialisthelsetjenesten har ovenfor hverandre. Disse avtalene er spesielt viktige for kreftpasienter som blir utskrevet til kommunene (Norås 2010). Samhandlingen mellom de ulike nivåene blir derfor viktig med tanke på hvordan pasienten og pårørende vil få det hjemme den siste tiden. Et eksempel på dette kan være når pasienten kommer hjem fra sykehus og ofte har behov for ulike hjelpemidler. Det er da viktig med god kommunikasjon mellom sykehus og kommunen slik at starten på hjemmesituasjonen kan bli så god som mulig (ibid).

Den norske legeforening (2012) støtter dette og mener at ved tett samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene så vil dette være med på å optimalisere behandlingen pasienten får. Det finnes ulike virkemidler for å lette dette samarbeidet. Individuell plan er et eksempel på dette. For pasienter som trenger et koordinert tjenestetilbud kan en individuell plan være til hjelp (ibid). En individuell plan er med på å bidra til at hjelpen som gis blir mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset hver enkelt, i tillegg til at den kan skape mer forutsigbarhet ovenfor pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5).

For å optimalisere palliasjon er det en grunnleggende forutsetning at personalet har nødvendig faglig kompetanse. Det er derfor viktig for hjemmesykepleien å ha et godt samarbeid med fastlege og eventuelt et palliativt team om dette er tilgjengelig i kommunen. En sykepleier i hver sone bør i tillegg være del av et nettverk av ressurspsykepleiere innenfor feltet og bistå resten av personalet med råd og veiledning (Den Norske Legeforening 2012).

Gjennom egne erfaringer gjort i kommunehelsetjenesten har vi blitt oppmerksomme på at mye av ansvaret når det gjelder å koordinere en helhetlig tjeneste ovenfor kreftpasienter blir liggende hos denne ressurspsykepleieren alene. Kreftspsykepleieren vi møtte i praksis ga uttrykk for at det å stå alene i mange vanskelig situasjoner var krevende. Ifølge Konsmo (1995) mener Benner og Wrubel at den viktigste måten å redusere utbrenthet og stress blant sykepleiere på, er å ha støtte fra kollegaer som man kan drøfte og utveksle erfaringer med.

5.7 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser

Vi har valgt å følge undervisningsplanen for kull 11HBSPLH sitt oppsett over bacheloroppgavens elementer. Vi ønsket ikke å gjøre noen endringer på hovedoverskriftene, men har valgt å lage underoverskrifter for å få en bedre struktur på oppgaven. Ved å gjøre dette kan oppgaven bli oppstykket, men vi har vært oppmerksomme på å få mest mulig flyt mellom hver underoverskrift.

I bakgrunnen valgte vi å trekke frem det vi ser på som viktig bakgrunnsteori for å gi leseren en forståelse for valg av tema og hensikt. Vi valgte i denne delen av oppgaven å bruke bøker og internettkilder som publikasjoner fra helsedirektoratet og helse- og omsorgsdepartementet. Årsaken til at vi har valgt å bruke disse internettkildene er fordi de gir en oversikt over Norges satsning på tema for oppgaven og dermed får leseren et innblikk i teorien som finnes. Det finnes mye ulik litteratur rundt temaet palliasjon, vi har derfor vært opptatt av at alle kildene vi bruker er pålitelige og det mener vi at de er. Bøkene vi har brukt i bakgrunnen er pensum- og annen faglitteratur som vi mener er relevant for oppgaven. Noe av litteraturen vi har valgt å ha med er sekundærkilder, fordi vi mener det har vært med å belyse det vi ønsker.

Vi endte opp med å ikke bruke artikler funnet i Ovid Nursing Database på bakgrunn av at vi ikke fant disse artiklene interessante og relevante for oppgaven. Vi ser i ettertid at vi kunne utvidet søket i denne databasen og i tillegg prøvd andre databaser. Allikevel mener vi at de artiklene vi har valgt å inkludere er svært relevante og at de belyser temaet i oppgaven fra ulike sider. De fem artiklene vi valgte å inkludere i resultatdelen presenterte vi i en matrise. Dette for å skape en ryddig oversikt for leseren.

I drøftingsdelen tok vi utgangspunkt i de fem vitenskapelige artiklene fra resultatdelen. Vi valgte å drøfte funnene i disse artiklene opp mot hverandre, andre vitenskapelige artikler og annen faglitteratur, samt Benner og Wrubels sykepleieteori. Vi har i oppgaven valgt å ikke fokusere på en sykepleieteori, ettersom funnene i artiklene har hatt et sykepleiepleiefaglig fokus og vi mener derfor at oppgaven også har fått dette. Allikevel har det vært hensiktsmessig å ha med Benner og Wrubels sykepleieteori i drøftingen da de har vært med å belyse funnene vi har gjort. Vi valgte å inkludere flere vitenskapelige artikler i drøftingsdelen da funn i disse artiklene har vært med å belyse tema og funn i de fem artiklene fra resultatdelen. Vi valgte og ikke inkludere disse artiklene i resultatdelen fordi det kun var en liten del av hver artikkel som kunne relateres til vår hensikt med oppgaven.

6.0 Konklusjon

Gjennom vår litteraturstudie har vi funnet ut at det er mange faktorer som spiller inn på pasienters livskvalitet i den palliative fasen. Livskvalitet er et subjektivt begrep og oppleves derfor forskjellig fra pasient til pasient. Vi har ikke funnet klare holdepunkter for hvordan kommunikasjon alene gir økt livskvalitet, men vi har derimot funnet forskning som viser at kommunikasjon indirekte er med på å øke pasientens livskvalitet.

Forskningen viser at trygghet og relasjoner mellom pasient og sykepleier er med på å bedre livskvaliteten. Videre er vissheten om at man har noen rundt seg som man kan snakke med og uttrykke følelser og behov til også viktig. Det fremkommer i tillegg i litteraturen hvilke personlige egenskaper pasienter setter pris på hos sykepleieren, og dette danner grunnlaget for samhandlingen dem imellom. For å skape gode relasjoner og trygghet viser litteraturen at sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter er avgjørende. Forskningen vi har funnet belyser at det å kunne bo hjemme er med på å øke livskvaliteten. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier slik at pasienten har en opplevelse av tilstedeværelse fra sykepleier, som igjen bidrar til trygghet i hjemmet.

Litteraturen viser at mennesker som er i krise har et stort behov for støtte både fra familie og helsepersonell. De trenger noen å dele tanker og følelser med, for å kunne bearbeide reaksjoner knyttet til krisen. Flere av studiene vi har presentert i løpet av oppgaven viser til at pasienter ønsker ærlighet fra helsepersonell, og følelsen av at noe av sannheten blir skjult er vanskeligere å håndtere. Dette støtter opp de andre funnene i vår oppgave, og er med på å belyse viktigheten av god kommunikasjon til kreftpasienter i palliativ fase.

Gjennom søket etter litteratur opplever vi at det er lite forsket på hvordan kommunikasjon kan øke en pasients livskvalitet. Vi opplever også en mangel på forskning som fokuserer på hvordan man som sykepleier bør kommunisere med pasient og at fokuset oftest er rettet mot lege-pasient relasjon.

7.0 Litteraturliste

Appelin, G. og C. Berterö (2004) Patients`experiences of Palliative Care of home: Aphenomenological Study of a Swedish sample. I: *Cancer Nursing*, 27(1) januar/februar, s. 65-70.

Blomberg, K. og Sahlberg- Blom, E. (2005) Closeness and distanse: away of handling difficult situations in daily care. I: *Journal of clinical nursing*, 16 (2) februar, s. 244-254.

Busch, J.C. og A. Hirsch (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon, nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.115-141.

Cohen, C. H og A. Leis (2002) What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? I: *Journal of Palliative Care*, 18 (1) våren, s. 48-58.

Dalland, O. (2012) Etske overveielser og personvern. I: Dalland, O. (red.) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 95-109.

Dalland, O. og H. Tygstad (2012) Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. (red.) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS, s. 62-81

Database for høgre utdanning (2013) *Vitenskapelig publisering* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (07.04.2014).

De forskningsetiske komiteene (2013) *Forskningsetisk sjekklste* [online]. URL: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklste/> (07.04.2014).

Den Norske Legeforening (2012) *Standard for palliasjon* [Online]. URL: <http://legeforeningen.no/spesial/Norsk-forening-for-palliativ-medisin/Veiledere/standard-for-palliasjon/> (14.03.2014).

Eide, H. og T. Eide (2013) *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T.J. (2007) Kommunikasjon som helseressurs. I: Ekeland, T.J. og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 29-52.

Forsberg, C. og Y. Wengstrøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Helsedirektoratet (2013a) *Definisjon av palliasjon* [online]. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon> (14.03.2014).

Helsedirektoratet (2013b) *Kommunikasjon* [online]. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/kommunikasjon> (10.03.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) *Sammen - mot kreft - nasjonal kreftstrategi 2013-2017* [online]. URL: http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf (10.03.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) *Morgendagens omsorg*. St.meld. nr 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Husebø, S. og B.S. Husebø (2012) Behandling ved livets slutt – legen har nøkkelposisjonen. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 12-13. URL: <http://tidsskriftet.no/article/2500772> (14.04.2014).

Håkonsen, K-M. (2010) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Iversen, G.S. (2012). *Hva er lindrende behandling?* [online]. Norsk sykepleier forbund. URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/873959/Hva%20er%20lindrende%20behandling.pdf> (08.04.2014)

Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør - om omsorgens betydning for sykepleie*. Trulve Konsmo og TANO AS.

Kreftregisteret (2013) *Kreftstatistikk* [online]. URL:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (04.03.2014).

Kristoffersen, N. (2011) Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 32-81.

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug. (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal. s. 15-29.

Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lorentsen, V.B. og E.K. Grov (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., D.G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal, s. 401-437.

McCabe, C. (2004) Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. I: *Journal of Clinical Nursing*, 13(1) januar, s. 41-49.

Melin-Johansson, C., B. Axelsson, og E. Danielson (2006) Living with Incurable cancer at the end of life- patient's perceptions on quality of life. I: *Cancer Nursing*, 29(5) september/oktober, s. 391-399.

Melin-Johansson, C., m.fl. (2008) The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. I: *Palliative and supportive caring*, 6(3) September, s. 231-238.

Mok, E. og C.P. Chiu (2004). Nurse-patient relationship in palliative care. I: *Journal of Advanced Nursing*, 48(5) desember, s. 475-483.

Nortvedt, M,W., m.fl. (2012) *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribe AS.

Norås, I. L. (2010) Kreftsjukepleie i heimen. I: Reitan, A. M. og T. Kr. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie pasient- utfordring- handling*. Oslo: Akribe AS.

- Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner. I: Næss, S., T. Moum og J. Eriksen (red.) *Livskvalitet – forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 15-51.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2014) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient> (23.04.2014).
- Peters, L. og K. Sellick (2006) Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. I: *Journal of advanced nursing*, 53 (5) mars, s. 524-533.
- Polit, D.F. og C.T. Beck (2010) *Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quinn, B (2003) Exploring nurses' experiences of supporting a cancer patient in their search for meaning. I: *European Journal of Oncology Nursing*, 7(3) september, s. 164-171.
- Reitan, A.M. (2010) Kommunikasjon. I: Reitan, A-M. og T.K. Schjøberg (red.) *Kreftsykepleie, pasient- utfordring- handling*. Akribe AS, s. 102-120.
- Rowlands, J. og S. Noble (2008) How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. I: *Palliative medicine*, 22(6) september, s. 768-774.
- Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skilbeck, J. og S. Payne (2003) Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. I: *Journal of Advanced Nursing*, 43(5) september, s. 521-530.
- Stajduhar, K.I., m.fl. (2010) Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. I: *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14) juli, s. 2039-2047.
- Struksnes, S. (2007) *Helse i dagliglivet* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (08.04.2014).

Vedlegg 1

Navn på artikkel:	The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care.
Fremgangsmåte:	Først brukte vi www.google.no og søkte med ulike søkeord rundt temaet vi har valgt. Tilslutt søkte vi: Pasienter med kreft livskvalitet. Da kom det opp flere treff. Etter å ha sett over noen av treffene kom et opp en bacheloroppgave som virket interessant. «Livskvalitet hos pasienter døende av kreft.» Etter å ha sett over litteraturlista til denne bacheloroppgaven dukket denne artikkelen opp, som vi synes var relevant for oppgaven vår.
Kriterier:	Etter å ha sett over oppgaven så vi at den fulgte IMRAD- struktur og fant ISSN- nummeret, som vi skrev inn i dbh.no (database for statistikk for høyere utdanning). Der fant vi at den hadde vitenskapelig nivå 1.

Navn på artikkel:	“Living with incurable cancer at the end of life- patient’s perceptions on quality of life»
Fremgangsmåte:	Søkte på google.no med søkeordene: Sykepleieren, god livskvalitet og kreftpasienter Da kom det opp en bachelor oppgave som vi synes så interessant ut «Hva bør sykepleieren legge vekt på for at kreftpasienter i den terminale fasen skal få oppleve så god livskvalitet som mulig?» Vi gikk gjennom litteraturlisten og fant en artikkel som virket relevant for vår oppgave. Det var vanskelig å finne artikkelen i fulltekst. Vi gikk inn på Ovid Nursing database og trykket på Journals og skrev inn Cancer Nursing. Da kom tidsskrifter fra mange årstall opp, og vi fant hvilken utgave artikkelen kom fra, og det var enkelt å finne den.
Kriterier:	Vi fant ISSN-nummeret , og fant ut at det var vitenskapelig nivå 2, og fagfelleverdert. Artikkelen har IMRAD struktur og er 8 år gammel. Det var viktig for oss og prøve å finne artikkler som ikke er altfor gamle.