

Marlene Kristoffersen

# Hvordan kan sykepleierens helsefremmende arbeid bidra til å styrke pasientens livsmot ved uhelbredelig kreft?

Bacheloroppgave i Bachelor deltid sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2019



Marlene Kristoffersen

# Hvordan kan sykepleierens helsefremmende arbeid bidra til å styrke pasientens livsmot ved uhelbredelig kreft?

Bacheloroppgave i Bachelor deltid sykepleie  
Veileder: Bente Hamnes  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Hvordan kan sykepleierens helsefremmende arbeid bidra til å styrke pasientens livsmot ved uhelbredelig kreft?</u>	Dato: 23.05.19
Deltaker(e)/	<u>Marlene Kristoffersen</u>	
Veileder(e):	<u>Bente Hammes.</u>	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Uhelbredelig kreft, helsefremmende arbeid, palliativ lindring, kommunikasjon, tverrfaglig arbeid.</u>	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	
40/8708		
<p><b>Introduksjon:</b> I Norge er kreft den vanligste dødsårsaken i befolkningen etter hjerte- og karsykdommer. Kreft forskningen er opptatt av helse, omsorg, levekår og livskvalitet til kreftpasienten. I sykepleieprofesjonen er det stadig behov for kunnskap og faglig oppdatering fordi dette rammer mange mennesker.</p> <p><b>Hensikt:</b> Få kunnskap om sykepleierens helsefremmende arbeide i lindrende kreftbehandling og sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet. Få kunnskap om hvordan man kan bidra til at pasienten blir lindret godt slikt at pasientens livsmot opprettholdes i hverdagen. Samt å belyse viktigheten med riktig kommunikasjon.</p> <p><b>Metode:</b> Det er brukt en systematisk litteraturstudie som er basert på fem vitenskapelige forskningsartikler. En kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskning.</p> <p><i>Søkeord: Lindrende, palliativ, kreft, sykepleier, incurable cancer, palliative care, pain, dignity, advanced cancer, patients perceptions og health promotion</i></p> <p><b>Resultat:</b> Funn i artikkene viser at det er liten kunnskap om smertelindring og dårlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Det vises også at det er lite samarbeid mellom sykepleien og andre helsetjenester. De kommer frem i artikkene at når pasientene har god kommunikasjon med sykepleier, økes livsmotet hos den uhelbredelige kreftsyke pasienten.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Kommunikasjon kan være utfordrende i sykepleierens jobb. Både mellom pasient og sykepleier, og i det tverrfaglige arbeidet. Riktig og god kommunikasjon kan fremme helsen hos den uhelbredelige kreftsyke pasienten.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	How can the nurse's health promotion work contribute to strengthen the patient's life threat of incurable cancer?	<b>Date:</b> 23.05.19
<b>Participants/</b>	Marlene Kristoffersen	
<b>Supervisor(s)</b>	Bente Hamnes	
<b>Keywords</b>	Incurable Cancer, health promotion, palliative relief, communication, interdisciplinary work (3-5)	
<b>Number of pages/words:</b> 40/8708	<b>Number of appendix:</b> -	
<p><b>Introduction:</b> In Norway, cancer is the most common cause of death in the population after cardiovascular disease. Cancer research is concerned with health, care, living conditions and quality of life for the cancer patient. In the nursing profession, there is a constant need for knowledge and academic updating because this affects many people.</p> <p><b>Purpose:</b> Get knowledge about the nurse's health-promoting work in relieving cancer treatment and the nurse's role in the interdisciplinary team. Gain knowledge about how one can contribute to the patient being relieved well such that the patient's life courage is maintained in everyday life. And to highlight the importance of proper communication.</p> <p><b>Method:</b> A systematic literature study has been used which is based on five scientific research articles. A combination of qualitative and quantitative research.</p> <p><b>Keywords:</b> Relieving, palliative, cancer, nursing, incurable cancer, palliative care, pain, dignity, advanced cancer, patient's perception and health promotion.</p> <p><b>Result:</b> Findings in the articles show that there is little knowledge about pain relief and poor communication between patient and nurse. It is also shown that there is little cooperation between nursing and other health services. They appear in the articles that when patients have good communication with the nurse, the life expectancy of the incurable cancer patient is increased.</p> <p><b>Conclusion:</b> Communication can be challenging in nursing jobs. Both between patient and nurse, and in interdisciplinary work. Proper and good communication can promote the health of the incurable cancer patient.</p>		

## ***Å være strek.***

*Å være sterk er ikke  
å løpe raskest  
å hoppe lengst eller  
løft tyngst*

*Å være sterk er ikke  
alltid å vinne  
alltid ha rett eller  
alltid å vite best*

*Å være sterk er å  
se lyset når det er som mørkest  
sloss for noe man tror på  
selv om man ikke har  
flere krefter igjen  
se sannheten i øynene  
selv om den er hard.  
Ukjent.*

## **TIL MINNE OM PAPPA.**

*Hvorfor sier ALLE at kreften vant over pappa, mamma?  
Pappa vant også over kreften ...  
Fordi kreften døde sammen med pappa, og begge er døde.  
Og begge kjempet like mye over hverandre ...*

Victoria. K.H, 11 år. April 2019.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	6
<b>2.1 Hva er kreft</b> .....	7
<b>2.1.1 Beskrivelse av pasientpopulasjonen i alderen 30-45år</b> .....	7
<b>2.2 Palliasjon i kreftomsorgen</b> .....	8
<b>2.3 Hva er kommunikasjon?</b> .....	9
<b>2.4 Helsefremmende arbeid</b> .....	9
<b>2.5 Hjemmesykepleie</b> .....	11
<b>2.5.1 Å være hjemme siste tiden, alvorlig syke og døende</b> .....	11
<b>2.6 Begrepene livsmot, håp og mestring</b> .....	12
<b>2.6.1 Livsmot</b> .....	12
<b>2.6.2 Håp</b> .....	12
<b>2.6.3 Mestring</b> .....	13
<b>3.0 Hensikt og problemstilling</b> .....	13
<b>3.1 Valg av problemstilling</b> .....	14
<b>3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier</b> .....	14
<b>4.0 Metode</b> .....	15
<b>4.1 Litteraturstudie som metode</b> .....	15
<b>4.1.1. Kvalitativ og kvantitativ metode, kombinere metodene</b> .....	15
<b>4.2 Søkestrategi</b> .....	16
<b>4.2.1 Tabell, søkestrategi</b> .....	16
<b>4.3 Utvelgelse av artikler</b> .....	17
<b>4.4 Resultater</b> .....	18
<b>4.4.1 Artikkelmatrise</b> .....	18
<b>4.5 Kildekritikk</b> .....	21
<b>4.6 Forskningsetiske overveielse</b> .....	22
<b>5.0 Hva er analyse</b> .....	23
<b>5.1 Sammenstilling av resultatene</b> .....	23
<b>5.2 Sykepleierens evne til å kommunisere er avgjørende for nødvendig informasjon til pasienten</b> .....	24
<b>5.3 Bevare den fysiske og psykiske helsen er med på å fremme pasientens helse</b> .....	24
<b>5.4 Sykepleiernes kunnskap om smertelindring</b> .....	25



5.5 Håp, mestring, livsmot- bygges på det helsefremmende arbeidet.....	25
6.0 Drøfting .....	26
6.1 Sykepleierens evne til å kommunisere er avgjørende for nødvendig informasjon til pasienten.....	26
6.2 Bevare den fysiske og psykiske helsen er med på å fremme pasientens helse.....	28
6.3 Sykepleiernes kunnskap om smertelindring.....	29
6.4 Håp, mestring, livsmot- bygges på det helsefremmende arbeidet.....	31
6.5 Metodekritikk .....	32
7.0 Konklusjon.....	33
Litteraturliste .....	34

## **1.0 Innledning**

Temaet i oppgaven er sykepleierens helsefremmende arbeid til pasienter med uhelbredelig kreft. I Norge er kreft den vanligste dødsårsaken i befolkningen etter hjerte- og karsykdommer. Sykdommen rammer alle aldersgrupper, men med alderen øker risikoen for å få kreft (Kreftforeningen, u.å.).

Det finnes rundt 200 ulike kreftformer og kreft er samlebetegnelsen på disse. Kreft har mange fellestrekk, men mye skiller dem fra hverandre. Sykdomforløpet, behandling og overlevelse varierer når pasienter får kreftdiagnosen (Kreftforeningen, u.å.).

Kreftforeningen (u.å.) opplyser at i 2017 var det 33 564 nye krefttilfeller i Norge. En økning på rundt 2% fra 2016. I 2017 døde 10 894 av kreft.

Det forskes mye på kreft og kreftforskning er nøyaktig og tidskrevende. Kreft har gått fra å være ensbetydende sikker død, til å være kurerbar i 2 av 3 tilfeller takket være kreftforskning. Forskning av kreft forgår på mange plan og mange metoder (Kreftforeningen, u.å.). Deriblant helsefaglig og samfunnsvitenskaplig forskning, som gir kunnskap om sosiale forhold, samfunn og helsetjenestene vi tilbyr og samfunnsmessige kunnskaper. Forskningen er opptatt av helse, omsorg, levekår og livskvalitet til kreftpasienten (Kreftforeningen, u.å.).

Gjennom praksisperioder og egne erfaringer har jeg erfart at det er lite tilgjengelig kunnskap om dette temaet. Svikt i kunnskapen om smertelindring, bevaring av pasientens fysiske og psykiske helse, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom pasient-sykehus-kommune- og sykepleier. Pasienten måtte selv skaffe seg informasjon om tiltak som fremmet helsen. I sykepleieprofesjonen er det stadig behov for kunnskap og faglig oppdatering fordi dette rammer mange mennesker.

## **2.0 Bakgrunn**

Jeg ønsker å fordype meg i hvordan vi som sykepleiere kan bruke det helsefremmende arbeidet, med å fremme og ivarteta helsen til den uhelbredelig kreftsyke pasienten gjennom mitt litteraturstudie. Som nemnt ovenfor har jeg i praksis og spesielt gjennom egenerfaring sett hvor lite informasjon om sykdomsforløpet kan påvirke kreftpasienten. Ved riktig og nok informasjon kan en sykepleier fremme håp og en bedre aksept ved livets slutt.

## 2.1 Hva er kreft

Kreft kjennetegnes ved at det skjer skader som blir kalt mutasjoner i cellens arvestoff, det blir ukontrollert celledeling. Når kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphoping av kreftceller og det kalles en kreftsvulst. Første gangen det skjer en feil ved celledeling, kan det ta 20 år før svulsten oppdages og det vil da etter hvert gi symptomer på kreft (Kreftforeningen, u.å.).

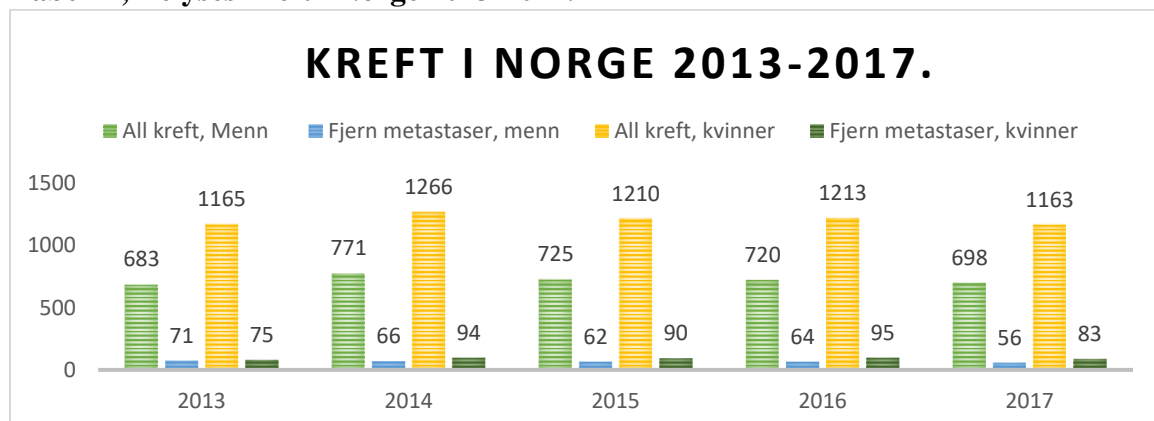
Kreftsymptomer vil variere etter hvor primærsvulsten er og kan for eksempel kjennes som en kul. Svulsten kan forstyrre funksjonene i organet og gi symptomer som; hoste og tungpustet ved lungekreft. Det kan også forekomme betennelsesreaksjoner i kroppen, og gi symptomer som feber, dårlig matlyst, kvalme og tretthet (Kreftforeningen, u.å.).

Spredning, kalt metastase er når kreftsvulsten sprer seg og cellene løsriver seg og føres via blod- og lymfebanen til andre deler av kroppen. Det dannes nye svulster fordi kreftcellene har trengt seg inn i vev i andre organer (Kreftforeningen, u.å.).

### 2.1.1 Beskrivelse av pasientpopulasjonen i alderen 30-45år.

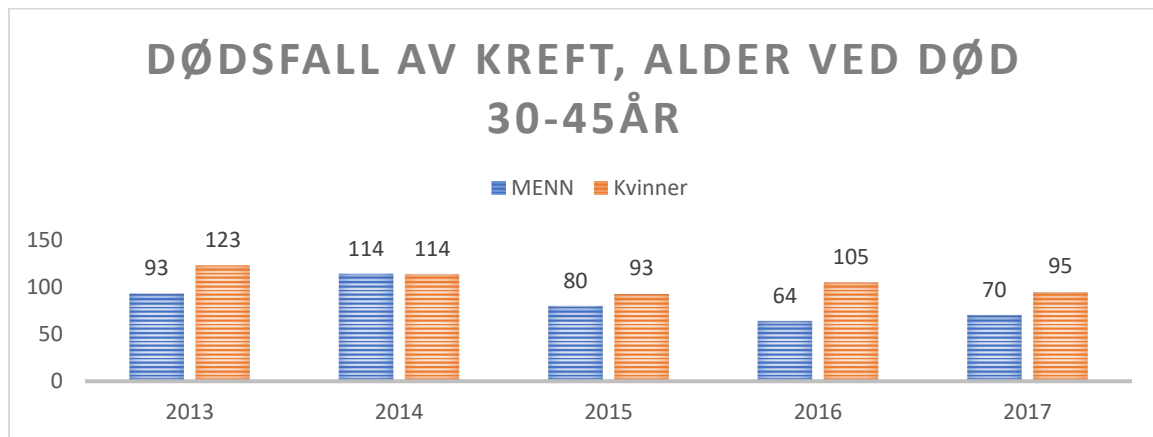
Diagrammet presenterer tall som er utlevert fra Kreftregisterets dynamiske databaser og opplyser hvor mange som har blitt rammet av all kreft og fjern metastaser i Norge fra 2013-2017 i aldersgruppen 30-45 år (Kreftregisteret, u.å.).

**Tabell 1, Belyses kreft i Norge 2013-2017.**



Tallene er hentet fra datautleveringsenheten i kreftregisteret. Diagrammet er fra 2013-2017, og omhandler begge kjønn i alderen 30-45år, som døde av kreft (Schnell, E.A, 2019).

**Tabell 2, Dødsfall av kreft, 30-45 år.**



Den palliative pasientpopulasjonen er avgrenset til å omfatte pasienter med forventet levetid mindre enn 9-12 måneder, men i realiteten så starter den palliative fasen når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015). De siste levemånedene trenger nesten alle kreftpasienter kvalifisert behandling for lindring av smerte og andre plagsomme symptomer. Pasienter som lever lenger med en uhelbredelig kreftsykdom hvor det i kortere eller lengre tid av sykdomsforløpet er behov for palliativ behandling og omsorg, er det vanskelig å angi eksakt antall (Helsedirektoratet, 2015).

## 2.2 Palliasjon i kreftomsorgen

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen tar for seg pleie, omsorg og behandling til pasienter med uhelbredelig kreft, der det er forventet kort levetid. Palliasjon finnes i de fleste fagområder og på alle nivåer i helsevesenet. Målet med palliativ behandling er at man ser på døden som en del av livet. Palliativ omsorg og behandling forlenger verken selve dødsprosessen eller fremskynder døden (Helsedirektoratet, 2015).

Den palliative kulturen kjennetegnes ved blant annet

- aktiv og målrettet holdning til diagnostikk
- forebygging og lindring av symptomer
- fokus på åpen kommunikasjon og informasjon
- tverrfaglig arbeid og koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene (Helsedirektoratet, 2015).

Disse prinsippene ble utarbeidet i 2011 av WHO, som en ny definisjon av palliasjon. De skal være anvendbare overfor alle pasienter med livstruende sykdom og kan anvendes tidlig i sykdomforløpet (Helsedirektorat, 2015).

Sykepleieren Dame Cicely Saunders, regnes som den moderne palliative pleierens grunnlegger og pioner. Begrepet hun lanserte, «total pain» er tilnærmet en helt ny omsorg for døende og kombinerer oppmerksomhet rundt følelsesmessige, sosiale, psykiske og åndelige problemer til en pasient når døden nærmer seg (Sykepleien, 2017).

### **2.3 Hva er kommunikasjon?**

«Kommunikasjon er definert som en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt» (Hyen, L, 2015, s 364).

Pasienter som har fått påvist uhelbredelig sykdom må vi se på kommunikasjon som en prosess. I mange tilfeller møter man pasienten på et tidspunkt da helbredelse ikke lenger er mulig. Forutsetningen for god behandling, pleie og riktig diagnose er god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Wist, E og Kaasa, 1998). Informasjon i kommunikasjon er en viktig del, når diagnose og prognose er stilt med sikkerhet. Informasjonen bør fordeles over flere samtaler med den syke. Sykepleieren må vurdere om pasienter er klar for informasjon eller ikke. Pasienten er i lettere stand til å nyttiggjøre seg hjelp fra sykepleieren og andre helsepersonell, familie og venner om man er godt informert (Wist, E og Kaasa, 1998).

I pasientrettighetsloven kapitel 3. Rett til medvirkning og informasjon, under §3-2. *Pasientens og brukeres rett til informasjon*, beskriver viktigheten med rett kommunikasjon, slik at pasientens for nødvendig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Paragrafene henviser at pasienten til enhver tid har rett til innsikt i sin helsetilstand og sykdomsbilde.

### **2.4 Helsefremmende arbeid**

Idegrunnlaget til det helsefremmende arbeidet manifesterte seg på den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeide i Ottawa i 1986, og ble kalt «Ottawa-charteret». Det fungerer fortsatt som en grunnlov til det helsefremmende arbeidet (Mæland, J.G, 2016).

Det helsefremmende arbeidet ble utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og blir definert slik:

*«Helsefremmende arbeid er den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse»* (Mittelmark, M.B, et.al, 2012, s 26).

American Journal of Health Promotion (AJHP) utarbeidet og definerer i 1989 det helsefremmende arbeidet slik:

*«Helsefremmende arbeidet er vitenskapen om og kunsten å hjelpe mennesker med å endre sin livsstil for å nærme seg en tilstand av optimal helse. Optimal helse er definert som en balanse av fysisk, emosjonelle, sosial, åndelig og intellektuell helse. Livsstilsendringer kan gjøres ved å fremme kunnskap.»* (Mittelmark, M.B, et.al, 2012, s 26).

Det helsefremmende arbeidet er hensiktsmessig og betraktet som en arbeidsmåte, uavhengig hvordan sykdomsbilde er. Et viktig eksempel hos de uhelbredelig syke og døende pasienter, der pasientenes fremtid tilsynelatende er håpløs. Personalet som arbeider med denne gruppen pasienter kan likevel velge å jobbe med det helsefremmende arbeidet sammen med pasienten. Slik at de kan bidra til å styrke pasientens gjenværende levetid til å oppleves meningsfylt. Å eliminere urettferdighet i helse og å redusere ulikhet i helse er derfor viktige mål – og kanskje hovedmålene i det helsefremmende arbeidet (Mittelmark. M.B, et.al, 2012)

I lovdataen belyses lover og forskrifter om rettighetene til pasienten, helsepersonellet, omsorgstjenestene i det helsefremmende og det forebyggende arbeidet under Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Paragrafen § 3-3.*Helsefremmende og forebyggende arbeid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) synes jeg er viktig å belyse i min oppgave. Paragrafen henviser til tilbud om råd, veiledning, informasjon om helsetilstanden gjennom helse- og omsorgstjenesten som pasienten har rett på i det helsefremmende arbeidet.

Samhandlingsreformen er med på å bygge opp det helsefremmende arbeidet, mennesker vil blant annet merke mer fokus på helsefremmende arbeide i nærmiljøet. Reformen hadde en gradvis innføring i januar 2012, men oppbyggingen og gjennomføringen i kommunene vil ta tid (Regjeringen, 2014). Samhandlingsreformene har stor betydning for pasienten,

helsetjenesten, helsepersonellet og det tverrfaglige samarbeidet når det gjelder helsefremmende arbeidet. Satsingsområdene vil gi bedret oppfølging av kroniske lidelser. Tidlig innsats, gi helsetjenesten ny retning, samle spesialiserte fagmiljøer og samle ulike ledd i helsetjenesten for å jobbe bedre sammen (Regjeringen, 2014).

## **2.5 Hjemmesykepleie**

Et overordnet mål som favner hele bredden av hjemmesykepleierens arbeid er;

*Den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, A.K, 2012).*

Målet med hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter når livssituasjon, svekket helse og sykdom krever det. I boken av Ann-Kristin Fjørtoft (2012) er en følgende definisjon av hjemmesykepleie som ivaretar det helhetlige perspektivet:

*«Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus» (Fjørtoft, A.K., 2012, s 19).*

Uhelbredelig sykdom har konsekvenser for hele livsutfoldelsen, og det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om de enkelte sykdommene til pasientene, komplikasjoner og symptomer. Hjemmesykepleierne må i tillegg ha forståelse for hva det innebærer å leve med en uhelbredelig sykdom (Fjørtoft, A.K, 2012).

### **2.5.1 Å være hjemme siste tiden, alvorlig syke og døende.**

For de alvorlig syke og døende bør det legges til rette for hvor de vil være den siste tiden. Noen av disse vil være hjemme i kjente og trygge omgivelser. Å forholde seg til livets slutfase kan by på mange utfordringer. Det kan være psykiske, fysiske og somatiske plager og symptomer som forsterker hverandre (Fjørtoft, A.K., 2012). Pasientene har behov for å bli møtt med empati, omsorg og respekt, slik at de får en bekreftelse på at de er til. Sykepleieren må legge til rette for at pasienten skal få leve sin siste tid etter eget livssyn og ønske. Selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring har den alvorlig syke og døende rett på å få kontinuerlig omsorg og behandling av omsorgsfulle og kyndige helsepersonell (Fjørtoft, A.K., 2012).

## **2.6 Begrepene livsmot, håp og mestring.**

### **2.6.1 Livsmot**

Til tross for smerte eller tap til pasienter med uhelbredelig kreft er livsmot det som presenterer selve livskraften, som gjør at de velger å gå videre. Livsmot er kanskje det viktigste bidraget når det gjelder livskvalitet og mestring. Det som får oss til å stå opp hver dag og velge livet er nettopp livsmotet. Begrepene håp og mening henger sammen med livsmot, opplevelsen av at livet er verdt å leve og livet har en mening for pasienten, uansett om en sykdom eller en lidelse kan true livsmotet (Fjørtoft, A.K., 2012).

Omsorgsfilosofen Kari Martinsen definerer ikke selve begrepet livsmot, men setter det i sammenheng med at målet med sykepleie er å fremme den lidendes livsmot med livsstyringer som barmhjertighet, håp, åpen tale og tillit (Fjørtoft, A.K., 2012). Kjernen i hva sykepleie er, blir berørt av livsmot. I hjemmesykepleien kan vi være med på å fremme livsmotet hos pasienten, ved å mestre hverdagen hjemme. Ikke hva vi gjør, men måten vi utfører sykepleiehandlinger på til pasienten. Med å gi gode møter i hjemmet, kan være med på å gi styrket livsmot til pasienten (Fjørtoft, A.K, 2012).

Anerkjenne, respektere, ha samtaler om håp og lidelse kan ha en helsefremmende effekt. Samtaler bør være etter pasientens ønsker, som igjen kan styrke tilliten over tid mellom pasient og sykepleier. Nærvær og vennlighet fra sykepleieren kan styrke pasientens livsmot, samt gi pasienten følelsen av gode opplevelser (Fjørtoft, A.K, 2012).

### **2.6.2 Håp**

Håp er en sentral faktor for mennesker, og fenomenet håp har vært økende de siste årene innenfor sykepleien. Det kan skyldes økende andel yngre kronisk syke mennesker som opplever tap av kroppsfunksjoner, selvfølelse og sosiale relasjoner, etc. Håpløshet kan oppleves hos de kronisk syke siden de kan ha en uforutsigbar framtid (Rustøen, T., 2001).

Et gammelt ordtak sier; Så lenge det er liv, er det håp, noen kreftpasienter holder seg fast til dette under kreftforløpet. Håp gir indre styrke og indre parathet til å nå et mål (Utne, I, 2011).



Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973), var opptatt av hvordan vi som profesjonelle sykepleiere bruker vår lære i en mellommenneskelig prosess. Å hjelpe et individ, familie eller samfunn med å mestre, forebygge eller finne mening i en sykdom eller lidelse (Helle. R, 2018). Travelbee legger vekt på mening og håp gjennom åtte punkter. I punktene belyser hun at sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten til å bevare håpet og unngå håpløshet. Sykepleiere kan ikke gi pasienten håp, men hjelpe pasienten med å finne sitt eget håp (Helle. R, 2018).

### **2.6.3 Mestring**

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse forklarer mestring slik;

*«En rekke definisjoner av mestring innen helse peker på at mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon.»* (NK LMH, 2018).

Det som er mest relevant for å forstå og styrke mestring hos pasienter med langvarige helseutfordringer er individ- og sosialorienterte mestringsteorier. Disse teoretiske perspektivene legger vekt på egenskaper hos individet og den sosiale situasjonen, for å belyse hva som hemmer eller fremmer mestring (NK LMH, 2018).

### **3.0 Hensikt og problemstilling**

Sykepleiere har en viktig oppgave i sitt yrke med å ivareta og gjøre hverdagen mest tilfredsstillende for pasienter med uhelbredelig kreft. Sykepleiere har også et ansvar for å arbeide tverrfaglig med andre tjenester, slik at det blir gitt riktig kvalitet til den hjemmeboende kreftsyke. Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap om sykepleierens helsefremmende arbeide i lindrende kreftbehandling og sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet. Få kunnskap om hvordan man kan bidra til at pasienten blir lindret godt slikt at pasientens livsmot opprettholdes i hverdagen. Samt å belyse viktigheten med riktig kommunikasjon.

### 3.1 Valg av problemstilling

Ut ifra hvordan jeg vil belyse temaet mitt best mulig har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleierens helsefremmende arbeid bidra til å styrke pasientens livsmot ved uhelbredelig kreft?*

Dette er fordi jeg ønsker å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at det helsefremmende arbeidet kan gi pasienten et livsmot i hverdagen. Og hvordan kommunikasjon har en sentral funksjon i det helsefremmende arbeidet.

### 3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

For at litteraturstudie mitt skal bli konkretiserte inn i dybden av hvilken pasientgruppe, sykdomsdiagnose, sykepleiefaglig relevans, yrkesetiske retningslinjer den skal berøre og avgrensning innenfor vitenskapelige artikler har jeg følgende inklusjons og eksklusjons kriterier;

**Tabell 3.**

INKLUSJONS KRITERIER	EKSKLUSJONS KRITERIER
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utvelgelse av artikler fra 2013-2018</li><li>• Hjemmeboende voksne, alder 30-45 år.</li><li>• Klar og orienterte</li><li>• Palliativ fase</li><li>• Lindrende behandling</li><li>• Hjemmesykepleien</li><li>• Håp, mestring, livsmot</li><li>• Engelske/Skandinaviske artikler</li><li>• Fagfellvurdert, IMRAD struktur</li><li>• Alle typer kreftformer som er uhelbredelige.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pårørende</li><li>• Non-verbal kommunikasjon</li><li>• Barn</li><li>• Ikke medisinsk behandling</li><li>• Ernæring</li><li>• Ikke innlagt på sykehus/pleiehjem.</li><li>• Sykepleierens juridiske og etiske ansvar.</li></ul>

--	--

## **4.0 Metode**

### **4.1 Litteraturstudie som metode**

Litteraturstudie mitt er systematisk metode brukt. Tilstrekkelig antall studier av god kvalitet er en av forutsetningene for å kunne utføre systematisk litteraturstudie, som kan danne grunnlaget for vurderinger og konklusjoner. Ved hjelp av systematisk litteraturstudie kan mange kliniske spørsmål besvares, som for eksempel; om det finnes vitenskapelig støtte for å anbefale en behandling eller et bestemt tiltak, hva fungerer og hva er effektivt (Forsberg, C og Wengstrøm, Y., 2013). Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie som skal besvare et klart formulert spørsmål med å identifisere, velge, evaluere og analysere en relevant forskning (Forsberg, C og Wengstrøm, Y, 2013).

#### **4.1.1. Kvalitativ og kvantitativ metode, kombinere metodene.**

Når forskerne benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ metode er det fordi de vil skaffe seg ulike typer informasjon om et fenomen (Forsberg, C og Wengstrøm, Y, 2013).

Kvalitativ metodetilnærming benyttes i den forstående kunnskapstradisjonen. Hensikten med den kvalitative metoden er å anskaffe seg kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, meninger, tanker, erfaringer, forventinger, holdninger og motiver (Thidemann, I.J, 2015).

I den kvantitative metodetilnærmingen benyttes den forklarende kunnskapstradisjonen. I kvantitativ data vil det gi eksakt faktakunnskap fordi det er harde og objektive data siden det er målbare enheter. Tallene formidles ofte i tabeller og statistikk, og gir nøyaktige regneoperasjoner Thidemann, I.J, 2015).

## 4.2 Søkestrategi

I søket etter artikler som er relevant for min problemstilling, har det blitt utført et strukturert søk etter vitenskapelige artikler på forskjellige databaser. Jeg har i hovedsak benyttet meg av databasene Swemed+, Ovid Medline og CINAHL, som er databaser NTNU Gjøvik har tilgang til.

Kombinasjon av emner og nøkkelord blir søkt strukturert for å få et bedre overblikk ved bruk av forskjellige databaser (Aveyard, 2014). Søkordene jeg brukte for å belyse min problemstilling ble; *Lindrende, palliativ, kreft, sykepleier, incurable cancer, palliative care, pain, dignity, advanced cancer, patients perceptions og health promotion*. Jeg brukte søkordene individuelt og sammenkoblet søkordene med AND. Hensikten med å kombinere flere søkord var å få mindre antall treff av artikler. Jeg forholdte meg også kun til artikler fra 2013-2018, siden jeg ønsker artikler som er forholdsvis nye. Jeg unngikk artikler der de spesifiserte seg på alder, og forholdt meg til unge voksne med uhelbredelig kreft. Artikkel 5 fikk høyt antall treff, jeg måtte legge til et søkord til samt at jeg forholdt meg til alderen 19-44 år og innsnevret i årstall 2013-2018. Da ble antall justeter betraktelig og jeg kunne starte søke etter en artikkel som ble relevant til min problemstilling.

### 4.2.1 Tabell, søkestrategi.

**Tabell 4.**

Søkord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikler som ble benyttet
<b>1. 20.03.2019</b> 1. Lindrende, antall treff 29. 2. Palliativ, antall treff 1162. 3. Kreft, antall treff 8731.	SveMed+	#1 AND #2 AND #3	10 treff.	1 artikkel.
<b>2. 03.04.2019</b> 1. Kreft, antall treff 8710. 2. Sykepleier, antall treff 4614. 3. Palliativ, antall treff 1157.	SveMed+	#1 AND #2 AND #3	22 treff.	1 artikkel.

<b>3. 12.04.2019</b> 1. Incurable cancer, antall treff 591. 2. exp Palliative Care/, antall treff 50444. 3. exp Pain/, antall treff 372849.	Ovid Medline	1 and 2 and 3	22 treff.	1 artikkel.
<b>4. 24.04.2019</b> 1. Dignity, antall treff 6376. 2. Advanced cancer, antall treff 10633. 3. Patients perceptions, antall treff 3555.	Ovid Medline	1 and 2 and 3	1 treff.	1 artikkel.
<b>5. 30.04.2019</b> 1. Dignity 2. Incurable cancer 3. Health promotion  <b>5. 09.05.2019</b> 1. Dignity 2. Incurable cancer 3. Health Promotion 4. Palliative care	CINAHL	Dignity and incurable cancer and health promotion  1 and 2 and 3 – age 19-44 år  Dignity and incurable cancer and health promotion and palliative care	1186 treff.  315 treff.  139 treff.	   1 artikkel.

### 4.3 Utvelgelse av artikler.

Innenfor medisin og helsefag er vitenskapelige artikler oppbygget etter en IMRAD struktur og denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen (Thideman, I.J, 2015). Vitenskapelige artikler følger forskningsprosessen i ulike steg, og artiklene begynner først med et abstrakt. Abstraktet er en kort sammenfatning av arbeidet, forholder seg til IMRAD struktur og noen nøkkelord som viser hva studien inneholder (Forsberg, C, og Wengstrøm, Y., 2013). IMRAD struktur i vitenskapelige artikler består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Artiklene skal også være fagfellovurdert, det er en kvalitetssikring av de vitenskapelige artiklene. Når artikler er fagfellovurdert er de vurdert og godkjent av eksperter innenfor området før de blir gitt ut (Forsberg, C, og Wengstrøm, Y., 2013).

I søket etter relevante artikler til litteraturstudiet mitt, forholdt jeg meg til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Og benyttet meg av flere aktuelle databaser, der søket var

kombinasjonen av søkeordene som ga meg antall treff. Videre leste jeg overskriftene først for å se om noe var relevant i henhold til oppgaven min. Deretter leste jeg abstraktene i de aktuelle artiklene og oversatte dem som var på engelsk før utvelgelsen ble tatt. Når jeg så at artiklene belyste problemstillingen, sjekket jeg i NSDs database om de var fagfellovurdert. Så gransket jeg de vitenskapelige artiklene som skal belyse oppgaven min.

## 4.4 Resultater

De fem aktuelle artiklene blir presentert i en artikkelmatrise.

### 4.4.1 Artikkelmatrise

**Artikkel 1:** Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E (2015). *Lindrende fysioterapi i palliativ fase*. Fysioterapeuten 2/15, 82(2), s 22-7.

<b>Hensikt/ problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	Artikkelen undersøker hvordan personer med langt kommet kreft erfarer sin egen kropp og hvordan de erfarer fysioterapi.
<b>Metode:</b>	En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med dybdeintervju i alderen 43-64 år. De hadde ulike kreftdiagnoser, de var oppegående og kunne utføre lette aktiviteter. Fysioterapien ble utført i hjemmet, institutt eller på en palliativ avdeling.
<b>Resultat/Diskusjon</b>	Å leve i en palliativ livssituasjon medførte endringer av grunnleggende livsvilkår. Opplevelse knyttet til fremtiden var fremtredende både i sosialt liv og aktiviteter. Fysioterapi var avgjørende for å fungere i hverdagen og smerten ble lindret av behandling. Berøring og bevegelse sammen med fysioterapeut var av betydning for pasienten. Berøringen bidro til å åpne opp for samtale om hvordan «oppleves å være meg». Relasjonen til fysioterapeuten ble gjennomgående omtalt som positivt, preget av tillit, nærhet og som en hjelp til å mestre livssituasjonen.
<b>Egne kommentarer:</b>	I studien vises det at fysioterapeutene er til god hjelp til pasienter med langt kommet kreft. Fysioterapi er et viktig helsefremmende tiltak og er med på å øke livsmotet til kreftpasienten.

**Artikkel 2:** Molnes, S.I., (2014). *Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter*. Nordisk Sygeplejeforskning 02/14, (Volum 4), s 142-55.

<b>Hensikt/ Problemstilling/ Forsknings spørsmål:</b>	Hensikten med artikkelen er å sette søkelys på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Sykepleierens beskrivelser knyttet til egen praksis ved smertelindring. Hva sykepleiere etterlyser av spesiell kompetanse i arbeidet for å ivareta egen trygghet. Det belyses utfordringer for å oppnå kvalitetsforbedring av tjenestene.
<b>Metode:</b>	Utforskende design som preges av fleksibilitet og fenomenet ble undersøkt i naturlige omgivelser. Måten utvikler nye ideer og tanker, ut ifra ny kunnskap om eksisterende fenomener og nye fenomener. Kvalitativ metode. I studien er halvstrukturert intervjuguide med sykepleierne.
<b>Resultat/Diskusjon</b>	Funnene i studien ble delt i 3; <u>Sykepleierens opplevelse av faglig oppdatering:</u> sykepleieren mente at hjemmesykepleien bør ha en kreftsykepleier som gir råd og veiledning. Sykepleieren som hospiterte på kreftavdeling opplevde det som positivt. <u>Sykepleierens opplevelse av hjemmesykepleie;</u> Underbemanning utgjør tidspress, slik at de ikke får utøvd rett sykepleiehandling. Sykepleiere har vanskeligheter med rett beslutning ved smertelindring. Kartleggingsverktøy ved smertelindring til pasienten ble sjelden brukt. <u>Sykepleierens opplevelse av omgivelsen:</u> Fokus på kommunikasjon og rutiner mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er viktig slik at sykepleieren kan imøtekomme pasienten og pårørende riktig.
<b>Egne kommentarer:</b>	Studien viser viktigheten og nødvendigheten med at sykepleiere får faglig oppdatering og kommunisere tverrfaglig. Hospitering på andre avdelinger gjør at sykepleier anskaffer seg kunnskap, råd og veiledning.

**Artikkel 3:** Gibbins, J., et al. (2013). *What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.* Palliative Medicine, 2014.

<b>Hensikt/ Problemstilling/ Forsknings spørsmål:</b>	Studiens mål var å finne ut om pasienter med avansert kreft kan si når smerten er kontrollert/ukontrollert og om de sier ifra til helsepersonellet som administrerer smertelindring.
<b>Metode:</b>	Kvalitativ tilnærming ble brukt. Datainnsamlingen ble utført med intervju av en forsker og en emneveiledning.
<b>Resultat/Diskusjon</b>	Deltakerne i studien søkte hjelp når smerten var uutholdelig og målet ved redusering ble å opprettholde normale aktiviteter. Opprettholde verdifulle forhold var vanskelig når smerten påvirket hverdagen. Beroligende medisiner var deltakerne motvillig til å ta grunnet indikasjonen var søvnighet. Pasientene uttrykket at ønsket var å være smertefri, men smerten gikk aldri helt bort selv med forskrevet medikament. Deltakerne uttrykte også at de syntes det var vanskelig å kommunisere med helsepersonellet om smerten, siden de sjelden spurte konkret etter smerten.

<b>Egne kommentarer:</b>	Pasienter med uhelbredelig kreft har til rett lindring og riktig oppfølging av helsepersonell. Studien viser at helsepersonell må utøve riktig sykepleie, imøtekomme pasienten ved at de blir ivaretatt og får tilstrekkelig med informasjon om smertelindring.
--------------------------	---

**Artikkel 4:** Kostopoulou S, et.al. (2018). *Advanced Cancer Patients' Perceptions of Dignity: The Impact of Psychologically Distressing Symptoms and Preparatory Grief*. Journal of Palliative Care 2018.

<b>Hensikt/ Problemstilling/ Forsknings spørsmål:</b>	Studiens hensikt er å vurdere forholdet mellom pasientverdigheten i avansert kreft og følgende variabler; Psykologisk nød. Sosiodemografiske og kliniske egenskaper. Forberedende sorg.
<b>Metode:</b>	Metoden som ble brukt var intervju med forskere, sykepleier og psykolog. Det ble brukt selvstendige spørreskjemaene: Den forberedende sorg i avanserte kreftpasienter (PGAC), pasientverdighetsinventariet-gresk (PDI-Gr), den greske planen for holdninger mot hastened death (G-SAHD) og den greske versjonen av sykehusangst og depresjonsskala (G-HADS).
<b>Resultat/Diskusjon</b>	Studien viser at yngre pasienter med kreft i en forestående død kan være en mer komplisert og plagsom enn for eldre pasientene. Yngre pasienter rapporterte bekymring om fremtidsperspektiver, kreftframfall, bivirkninger og fysisk utseende. Funnet om bevissthet rundt forkortet levetid sett i sammenheng og psykologisk nød. Fysiske og psykiske virkninger grunnet sykdommen fører til kroppslige forandringer og redusert forbilde. Virkningen av kreft, sykdomsforløpet og behandlinger påvirker selvtilliten, og blir relatert til psykiske forstyrrende symptomer. Verdighetsterapi, en terapeutisk tilnærming i den palliative omsorgen. Et psykososialt tiltak for å forbedre livskvaliteten og styrke mening. Verdighetsterapi støtter det psykososiale velværet hos pasienter og omsorgspersoner.
<b>Egne kommentarer:</b>	I studien kommer det fram at terapeutisk tilnærming, med kommunikasjon er til hjelp til pasienter med uhelbredelig kreft er viktig i den palliative omsorgen. Yngre som rammes har flere bekymringer om livets slutt og livsmotet kan mestres bedre med terapeutisk hjelp i den fysiske og psykiske sammenhengen.

**Artikkel 5:** Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017). *Living with incurable cancer: what are the rehabilitation needs in a palliative setting?* Disability and rehabilitation, 2019.

<b>Hensikt/ Problemstilling/ Forsknings spørsmål:</b>	WHO's internasjonale klassifisering av funksjonshemming og helse, gir et rammeverk for utforskning av funksjonsvansker for mennesker med uhelbredelig kreft. Studien ser på å løse ulempen av informasjon ved å registrere og beskrive opplevelsen til de med uhelbredelig kreft, effekten på deres liv, deres syn og opplevelse av rehabiliteringsbehovet i en palliativ setting.
---	--



<b>Metode:</b>	Kvalitativ metode brukes for å utforske funksjonsvansker som oppleves. Fenomenologisk tilnærming og semi-strukturert intervju ble brukt for å belyse rehabiliteringsbehovet og preferanser i en palliativ omsorgsinnstilling.
<b>Resultat/Diskusjon:</b>	Deltakerne rapporterte funksjonsvansker, pleie og hygiene knyttet til kreft. Fysiske symptomer som tretthet, smerte og redusert mobilitet var de vanligste symptomene. Sosiale effekter og tap av evner påvirket humøret og følelser. Rehabilitering ble vurdert som en viktig del av kreftpleie, kanskje viktigere enn medisinsk behandling. De likte en tilnærming hvor de fikk informasjon og veiledning om hva de kunne gjøre og jobbe med i egen bekvemmelighet. Usikkerhet om hvem de skulle kontakte for å få støtte for symptomer og håndtere funksjonsvansker. Palliativ sykepleier var ofte kilden til henvisninger for rehabilitering. Kontaktpunkt tidlig i omsorgen ble foreslått som et nyttig alternativ. Rehabilitering og informasjon kunne være en ressurs for å opprettholde fysiske og følelsesmessig velvære.
<b>Egne kommentarer:</b>	I studien ser man nødvendigheten av at sykepleiere gir riktig informasjon om fysisk smerte og rehabilitering til pasienter med uhelbredelig kreft. Viktigheten med dette er at pasienten slipper unødvendig bry med å ordne opp med hvor og hvem de skal kontakte siden pasienten selv skjønner at et rehabiliterings tilbud er hensiktsmessig.

#### 4.5 Kildekritikk

Jeg har benyttet meg av norske og engelske artikler i min litteraturstudie for å få et bredere perspektiv. Jeg har valgt ut artikler fra 2013-2018, fordi jeg ønsker å forholde meg til ny forskning som belyser problemstilling min og i forhold til min egenerfaring som skjedde i 2018-2019. I søkeprosessen begrenset jeg ikke en spesiell kreftform, siden de fleste kreftformene har felles symptomer og det helsefremmende arbeidet er viktig uavhengig kreftform. Jeg ekskluderte spesifikke artikler der omfanget var pasient og pårørende, siden pårørende er eksklusjonskriteriet mitt. Søket var i hovedsak unge med uhelbredelig kreft i alderen 30-45 år, eller der alder ikke var nevnt spesifikk.

Artiklene ble vurdert på NSDs database om de var på vitenskapelig nivå, ved at de var publisert i anerkjente tidsskrifter (NSD- norsk senter for forskningsdata, 2019). Jeg brukte ISSN nummer som var oppført på tidsskriftet som artikkelen var publisert i for å sjekke kvaliteten på artikkelen. Bare artikler som er fagfellevurdert ble plukket ut til min oppgave, samt at jeg forholdt meg til artikler med IMRAD struktur (Forsberg, C, og Wengstrøm, Y., 2013). IMRAD strukturen har hjulpet meg i å analysere artiklene jeg har funnet, der metode og resultat delen er godt beskrevet. Slik at jeg fant nødvendig og relevant kunnskap som belyser min problemstilling.

Bøker av anerkjente forfattere, der jeg har hovedsakelig har holdt meg til pensumlisten fra NTNU Gjøvik i Bachelor sykepleie. Har også benyttet meg av annen faglitteratur innenfor sykepleie og kreft som kan innhente kunnskap og opplysninger som også belyser teori delen og problemstillingen min.

Artikkelen *Lindrende fysioterapi i palliativ fase*, er skrevet innen fysioterapi, men jeg ønsket å benytte studien siden den belyser viktigheten med et slikt helsefremmende tiltak og studien har meget relevant informasjon til min problemstilling (Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E., 2015).

#### **4.6 Forskningsetiske overveielse**

Forskningsetikken omhandler hvordan personvernet er ivaretatt i studiene, og hvordan man så redelig som mulig bruker andre sine resultater (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Helsinkideklarasjonen omfatter klinisk forskning, og fungerer som en etisk grunnlov av forskning på mennesker. Deklarasjonen ble vedtatt av World Medical Association i Helsinki i 1964. Pasienters medvirkning, samtykke, informasjon er viktige prinsipper som står sentralt i deklarasjonen. Forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren (Den norske legeforeningen, 2012).

I 2014 utarbeidet De nasjonale forskningsetiske komiteene, generelle forskningsetiske retningslinjer. Her står det at alle skal behandles med respekt, forskeren plikter ha integritet, systematikk og dokumentering er vesentlig, høye kvalitetskrav, frivillig informert samtykke og at dette forutsetter samtykkekompetanse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Studiene som har vært benyttet i denne oppgaven oppfyller kravene til de forskningsetiske retningslinjene og man har referert andre sin forskning og resultater så redelig som mulig. Forskingen som er brukt i oppgaven er enten godkjent av regional etisk komite, det er brukt samtykkeskjemaer og informasjon og anonymisering er sentralt for å sikre at de etiske retningslinjene følges. Dette er en særlig sårbar gruppe i forhold til at de er på slutten av livet og det er en svært vanskelig situasjon for både forskingsdeltakere og pårørende, men er en viktig gruppe i forhold til å kunne hjelpe andre i samme situasjon.

## 5.0 Hva er analyse

Analyse er en pågående prosess der styrker og svakheter blir satt opp mot hverandre. I en analyse er det viktig å vite hva du vil oppnå og finne gode spørsmål (Aveyard, H., 2019).

Analyse er et granskingsarbeid der utfordringen er å finne ut hva materialet vil fortelle. Når man analyserer, deler man opp i mindre deler og gransker delene hver for seg. Ved å analysere en vitenskapelig artikkel er det oppgavens hensikt og problemstilling man tar utgangspunkt på. Når man gransker vil det være til hjelp for å få tak i de enkelte sidene i resultatene i hva artikkelen inneholder (Forsberg og Wengstrøm, 2013). Målet vil være å skaffe seg en forståelse av hva den vitenskapelige artikkelen handler om, beskrive hva som kommer frem i materialet og skape kategorier ut ifra dette. Materialet blir gjennomgått på en systematisk måte, når alt er gransket og blitt forstått vil de ulike temaene samles under ulike kategorier som blir dannet ut ifra problemstillingen og hensikten med oppgaven (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

### 5.1 Sammenstilling av resultatene.

Nedenfor presenteres resultater fra artiklene jeg har valgt ut med systematiske overskrifter. Tema som ikke er relevant for min problemstilling er utelukket.

**Tabell 5.**

<b>Tema</b>	<b>Hovedkategorier</b>
Sykepleierens evne til å kommunisere er avgjørende for nødvendig informasjon til pasienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informasjon om sykdomsdiagnosen/forløpet</li><li>• Smertelindring og tverrfaglig arbeid.</li></ul>
Bevare den fysiske og psykiske helsen er med på å fremme pasientens helse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleier-pasient forhold</li><li>• Tverrfaglig samarbeid</li><li>• Mestringsfølelsen borte</li></ul>
Sykepleiernes kunnskap om smertelindring	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manglende kunnskap</li><li>• Kommunikasjon mellom sykepleier-pasient</li><li>• Imøtekomme og se pasienten.</li><li>• Utøve riktig sykepleiehandling</li></ul>
Håp, mestring, livsmot- bygges på det helsefremmende arbeidet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Begrepene henger sammen</li><li>• Tverrfaglig, pasient-sykepleier-andre helsepersonell</li></ul>

## **5.2 Sykepleierens evne til å kommunisere er avgjørende for nødvendig informasjon til pasienten**

Viktigheten med kommunikasjon er å gi pasienten nødvendig informasjon kommer fram i studien av Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017). Deltakerne sa de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon om rehabiliteringstilbud. Hvem de skulle kontakte for å få veiledning, informasjon og støtte om de fysiske vanskelighetene. Unødvendig belastning og utelukkelse av informasjon vil resultere i svikt av oppfølging eller tilbud, og pasienten fysiske og følelsesmessige funksjon svekkes (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017).

Verdighetsterapi er et psykososialt tiltak som blir forsket i artikkelen av Kostopoulou S, et.al. (2018). Kommunikasjonsmiddelet er med på å støtte opp det fysiske og psykiske hos de yngre uhelbredelig kreftsyke. De har ofte mer bekymring enn de eldre. Det kan resultere i påvirkningen av angst og depresjon, og verdighetsterapi er med på å underbygge dette (Kostopoulou S, et.al. (2018).

I artiklene av Molnes, S.I., (2014) og Gibbins, J., et al. (2013) opplever pasienten at den sykepleiefaglige ivaretagelsen av rett smertelindring blir svekket grunnet dårlig opplevelse av kommunikasjon med sykepleieren.

## **5.3 Bevare den fysiske og psykiske helsen er med på å fremme pasientens helse**

I artikkelen Lindrende fysioterapi i palliativ fase av Amundsen, Eide og Thornquist (2015), belyses viktigheten til pasienter med uhelbredelig kreft, hvordan helsefremmende arbeidet i form av fysioterapi blir benyttet. Det tas sikte på å bevare verdighet, selvfølelse, og opprettholde funksjon og hjulpenhet. Hvordan den sykepleiefaglige relevansen med verbal kommunikasjon har betydning for pasienten. Alvorlig kreftsykdom skaper usikkerhet fordi pasienten stadig opplever kroppslige plager og endringer, som bidrar til redusert aktivitet og funksjon. Det vises i artikkelen at fysioterapi som et helsefremmende tiltak kan fremme håp, verdi og gi en meningsfylt hverdag hos den kreftsyke. Dette styrker pasientens identitet (Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E, 2015).

Det kommer videre frem i studien av Loughran, Rice og Robinson, (2017), at pasienter med uhelbredelig kreft hadde mange fordeler med å opprettholde fysiske og følelsesmessig velvære når de deltok på rehabilitering. Symptomene ved uhelbredelig kreft som gir utslag

både kroppslig og smertelig, påvirker både den fysiske og psykiske funksjonen. Rehabilitering har en stor betydning til å opprettholde funksjonene for livsmotet i hverdagen og pasienten innser at de har behov for dette helsefremmende tiltaket (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L, 2017).

#### **5.4 Sykepleiernes kunnskap om smertelindring**

Studien av Molnes, S.I., (2014) sier sykepleieren at de har vanskeligheter med riktig medikamenthåndteringen til pasienten. De savnet og ønsket kunnskap og samarbeid med andre i helseomsorgen. Slik at sykepleieren kan imøtekomme pasientens behov for smertelindring best mulig. Riktig smertelindring til pasienten har mye å si for de psykiske og fysiske funksjonene for hverdagen til den uheldelig syke. Sykepleierne mente de var underbemannet i arbeidsplassen, noe de gav uttrykk for og førte til tidspress når man er på hjemmebesøk hos pasienten. Utilstrekkelig med tid kan gå ut over sykepleieutøvelsen (Molnes, S.I., 2014).

Deltakerne i studien Gibbins, J., et.al. (2013), sier de i hovedsakelig ønsket å ta vekk de verste «smertetoppene» når de skulle bli smertelindret. Pasientene i denne studien sa de sjelden tok medisinen som forskrevet av legen, men tok kun når de kjente på at de ikke kunne utføre de mest normale hverdagslige aktivitetene. Siden de sjelden ble spurt etter hvordan smerteopplevelsen var, hadde de vanskeligheter om å kommunisere med sykepleieren hvordan smerten oppleves (Gibbins, J, et.al., 2013). Smertekartlegging blir sjelden brukt til pasienter som blir smertelindret (Molnes, S.I., 2014).

#### **5.5 Håp, mestring, livsmot- bygges på det helsefremmende arbeidet**

Deltakerne ga uttrykk for at rehabilitering var et positivt tilbud innenfor det helsefremmende arbeidet, som underbygget livskvalitet i hverdagen. Livskvaliteten økte hos pasientene med sammensettingen av berøring og bevegelse med fysioterapeuten. Dette er med på å skape en god relasjon mellom helsepersonellene seg imellom og pasienten (Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E, 2015). Videre belyses det viktigheten med rehabilitering, når deltakerne i studien av Loughran, Rice og Robinson, L, (2017) sier at rehabilitering er kanskje viktigere

enn medisinsk behandling. Uhelbredelig kreft gir mange symptomer og kreftrehabilitering er et viktig tiltak innenfor det helsefremmende arbeidet som er med på å skape håp, mestring og livsmot (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., 2017).

## **6.0 Drøfting**

I drøftingen diskuteres og belyses min problemstilling *Hvordan kan sykepleierens helsefremmende arbeid bidra til å styrke pasientens livsmot ved uhelbredelig kreft?*

Teoretiske rammer, forskning, fagartikler og egenerfaring vil i utgangspunktet bli drøftet.

### **6.1 Sykepleierens evne til å kommunisere er avgjørende for nødvendig informasjon til pasienten**

Tidspress kommer fram i studien av Molnes, S.I., (2014), hvor sykepleierne sier de er underbemannet på arbeid, dette utgjør tidspress og utførelsen av riktig sykepleiehandling til pasientene blir svekket. Når sykepleiere arbeider under tidspress, blir kun de nødvendige sykepleieutøvelsene utført. Pasienten kan få følelsen på at de ikke blir sett, hørt eller får riktig pleie og informasjon. Sykepleiere vil alltid stå i en vanskelig situasjon og enhver pasientsituasjon er unik, og tilnærmingen vil være nødvendig å endre i sykdomsforløpet hos pasienten. Kommunikasjon er viktig i hverdagen, med tidspress vil pasient perspektivet bli utfordrende å få fram (Hyen, L., 2015)

Kommunikasjon er viktig innenfor det tverrfaglige arbeidet, samarbeid på tvers av profesjonene kan være lege og fysioterapi. Og er nødvendig for best mulig behandling til pasienten. Sykepleieren har spesielt ansvar for samarbeid innad i helseteamet, siden sykepleieren tilbringer mye tid med pasienten gjennom prosedyrer hele døgnet.

Kommunikasjon om fysiske og psykososiale temaer med pasient og sykepleier gir nyttig informasjon videre i helseteamet (Hyen, L., 2015). I artiklene av Molnes, S.I., (2014), vises det at sykepleierne ønsker mer fokus på kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet for at sykepleieren skal kunne imøtekomme pasienten. Og et ønske om faglig oppdatering av for eksempel kreftsykepleier slik at de blir bygget opp med kunnskap, kan få råd og veiledning (Molnes, S.I., 2014). Profesjonell kommunikasjon må være målrettet, den kan variere og

informasjonsformidling kan i noen situasjoner legges mest vekt på. Når sykepleiere skal arbeide tverrfaglig er det viktig med samhandling mot et felles mål, her er det viktig at fagpersonene møter hverandre og kommuniserer (Fjørtoft, A.K., 2012).

Etiske og faglige problemstillinger handler ofte om kommunikasjon, eller rett og slett manglende kommunikasjon fordi vi ikke forstår hverandre. Sykepleieren har et ansvar for å legge til rette en god kommunikasjon. Sykepleieren må ha kunnskap om målgruppen sammen med praktiske kommunikasjonsferdigheter, kommunikasjonen må ha etiske verdier og verdivalg og empati. (Fjørtoft, A.K., 2012).

Pasientene i artikkelen til Gibbins, J., et.al. (2013) kommenterer at smertelindringen er et vanskelig tema for å kommunisere med sykepleieren, siden de sjelden spør pasienten hvordan de opplever smerten (Gibbins, J., et.al., 2013). De uformelle tonene i kommunikasjon mellom pasienten og sykepleier, kan bidra til nyttig informasjon, så enkelt som å spørre om pasienten vil ha opp vinduet kan det være med på å indikere om pasienten er varm eller kald. Et enkelt spørsmål om pasienten har lyst på frokost- kan gi indikasjon på kvalme eller smerte (Hyen, L., 2015) Dette kan bidra til at sykepleieren kan danne seg et bilde av hvordan pasienten har det.

Sykepleiere må være gode til å kommunisere, pasienter kan føle de er i en sårbar situasjon og følelsen av at de har liten eller ingen kontroll over sykdomssituasjonen. Om sykepleiere og andre helsepersonell gir pasienten forståelig informasjon, som blir kommunisert på en empatisk og støttende måte vil pasientsituasjonen oppleves mer håndterbar (Hyen, L., 2015). Særlig yngre pasienter med kreft og forestående død har mere bekymringer og utfordringer både psykisk og fysisk. Er mer sårbare siden de vet de har kort forventet levetid og tidlig død (Kostopoulou, S, et.al., 2018). Derfor handler ikke kommunikasjon bare om ordene våre, det gjelder også væremåten og hvordan vi oppfører oss. Viktigste arbeidsredskapet til sykepleieren er å kommunisere, skape tillit og kontakt til pasienten (Fjørtoft, A.K., 2012). Dette kommer tydelig fram i studien av Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E., (2015), der berøringen i fysioterapi i samarbeidet mellom pasient og fysioterapeut åpnet opp til samtale og pasienten fikk opplevelsen av å være seg selv.

Egenerfaringen med kommunikasjon er at sykepleieren hadde liten kunnskap i det tverrfaglige arbeidet og hva pasienten hadde krav på når de skulle gi informasjon om pasientens rettigheter for eksempel rehabilitering og fysioterapi. Når det gjaldt smertelindringen måtte sykepleieren nesten alltid forhøre seg med legen i kommunen eller sykehuset, de hørte sjelden

på hva pasienten selv ønsket. Ofte var sykepleieren innom for en vanlig samtale, uten observasjoner eller sykepleietiltak.

## **6.2 Bevare den fysiske og psykiske helsen er med på å fremme pasientens helse**

Det vises i studien av Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., (2017) og Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E., (2015), hvordan rehabilitering og fysioterapi har en viktig funksjon for å fremme den fysiske og psykiske helsen til pasienter med uhelbredelig kreft. I en av studiene kommer et viktig argument frem, rehabilitering er viktigere enn medisinsk behandling (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., 2017). I den andre studien lindret fysioterapi pasientens smerte. Pasienter med uhelbredelig kreft har tretthet, smerte og redusert mobilitet som de vanligste fysiske symptomene (Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E., 2015). Disse kan også være med på å påvirke humøret og følelser, som videre kan endre motivasjonen til å nyte aktiviteten (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., 2017). Studiene ga uttrykk av at kreftrehabilitering og fysioterapi er et underbyggende og relevant tilbud innenfor det helsefremmende arbeid som er med på å skape livsmot i hverdagen, og deretter øke en mestringsfølelse (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., 2017)

Videre kommer det frem i studien av Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., (2017), den negative tilbakemeldingen pasienten gav var at de fikk lite informasjon og veiledning om tilbud. Manglende informasjon om hvem de skulle kontakte eller få støtte fra når det gjaldt fysiske og psykiske vanskeligheter, gjaldt gjennom hele sykdomsforløpet. Ofte var det ikke sykepleier de fikk informasjon, veiledning og støtte fra, men en palliativ sykepleier (Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., 2017).

Ut ifra det manglende tilbudet som belyses i studien av Loughran, K., Rice, S., Robinson, L., (2017), kommer det frem i boken helsefremmende sykepleie at det har skjedd lite med å utvikle koordineringsfunksjoner. Koordinering av tjenester fremmer helsen ved å gi et helhetlig tilbud i rehabilitering til brukeren. Da kan det være utfordrende å skape et godt samarbeid i det tverrfaglige arbeidet til hva som er til det beste for pasienten (Rene, B og Larsen, T, 2014). Koordinering og samhandling mellom helsetjenesten viser seg ofte å være et sårbart område, men er avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. Tverrprofesjonell samhandling er når to eller flere helsearbeidere skaper felles forståelse, tar beslutninger, fordeler oppgaver og arbeider mot et felles mål (Fjørtoft, A.K., 2012).



Viktigheten med sykepleier-pasient forholdet kan være med på å styrke livsmotet til den uhelbredelig syke, ved at vi som sykepleier blir pasientens koordinator. Altså vil sykepleieren ta ansvaret å være kontaktpunktet til pasienten (Rene, B og Larsen, T, 2014). Sykepleieren kan også ta kontakt med fysioterapeuten om pasienten ikke allerede er henvist til fysioterapi for å sjekke ut muligheter. Det vil være et viktig samarbeid mellom sykepleier og fysioterapeuten om pasienten mottar et slik behandlingstilbud. Ofte arbeider sykepleiere til daglig hjemme hos pasienten og har et nåtidsperspektiv på sykdomsbilde hvordan pasientens sykdomsforløp ligger an. Sykepleieren har den problemorienterte vurderingen av pasienten, som videre kan individualiseres og tilrettelegges av fysioterapeuten og kreftkoordinator i kommunen. Da vil fysioterapien ha fokus på relevante problemer hos pasienten (Kirkevold, M., 2015). Dette er med på å kartlegge hvilke øvelser som er hensiktsmessig for maksimalt utbytte av dette tilbudet, slik at pasienten kan bevare den fysiske og psykiske helsen som er med på å bevare livsmotet.

Egenerfaringen med uhelbredelig kreftpasient er at tiltak generelt kommer for sent i forløpet. Først når pasienten er ved livets slutt ser sykepleieren nødvendigheten av å fremme et tilbud. Dette kan for eksempel være når pasientens fysiske symptomer er mer synlig og behovet vises i større grad, og det vil igangsette hastetiltak. Hadde tiltakene kommet før i noen tilfeller, kunne dette økt livsmotet og mestringsfølelsen, samt følelsen av egenverd hos pasienten.

### **6.3 Sykepleiernes kunnskap om smertelindring**

Pasientens ønske ved bruk av medikamenter var å være smertefri, men ubehag kjente de alltid på og de brukte sjelden medisinerne som forskrevet av legen, kommer det fram i studien av Gibbins, J., et.al (2013). Videre blir det sagt at de søkte kun hjelp hos helsepersonell når smerten var uutholdelig og når de ønsket å opprettholde hverdagslige aktiviteter, men de hadde vanskeligheter med å kommunisere med helsepersonellet (Gibbins, J., et.al., 2013).

Sykepleieren har en grunnleggende oppgave ved å observere og vurdere behov, slik at hver enkel pasient får den helsehjelpen de trenger. Behovene kan variere over tid eller fra dag til dag, derfor er det viktig å observere pasienten slik at sykepleieren kan tilpasse smertelindringsbehovet. I hjemmesykepleien får vi innblikk i hvordan pasienten lever sitt liv, og det gir grunnlag i vurderingen av hvilke behov pasienten har. Det danner et bilde når man observerer hvordan pasienten mestrer daglige aktiviteter og hvordan de har det hjemme

(Fjørtoft, A.K, 2012). Vurdere om pasienten får tilstrekkelig hjelp hjemme er sykepleierens kjernekompetanse og forutsetningene til å ivareta pasientens grunnleggende behov. Kartlegging av pasientens smertelindring er viktig verktøy for sykepleieren, og må også være med på den daglige oppfølgingen siden behovene til smertelindring kan endres hver dag (Fjørtoft, A.K, 2012). Det er et nyttig tiltak som er til hjelp til å sette seg inn i hvordan pasienten selv opplever smerten og gir sykepleieren kunnskap om hvordan de kan imøtekomme pasienten med riktig smertelindring.

I studien av Molnes, S.I., (2014), kommer det frem at sykepleieren sjelden bruker smertekartleggingsverktøy for å innhente informasjon om hvordan pasienten selv opplever smerten (Molnes, S.I., 2014). Smertelindrende behandling er økende for denne pasientgruppen, derfor er det viktig at sykepleiere har rett kunnskap slik at pasientens fysiske smerter blir behandlet rett og pasienten får best mulig livskvalitet. Ved uhelbredelig kreft er det aktiv behandling, pleie og omsorg som er fokuset i sykepleieutøvelsen (Kreftforeningen, u.å.).

Frykten pasienter bærer for fysisk smerte ved livets slutt gjør at vi som sykepleiere må yte god smertelindring. Det vil si at systematisk kartlegging av smerte og symptomer er viktig i forhold til pasienter som ligger for døden med kreft. Om det er vanskelig å utføre en smertekartlegging, er det nødvendig at sykepleieren ser etter tegn til smerte (Thoresen, L og Dahl, M., 2015).

I artikkel av Molnes, S.I., (2014), ble funnene delt i tre, sykepleierens opplevelse av faglig oppdatering, sykepleierens opplevelse av hjemmesykepleie- og sykepleierens opplevelse av omgivelsene. De tre temaene gir sykepleieren tilbakemelding på mangel og ønske om mer samarbeid tverrfaglig mellom spesialhelsetjenesten og kommunetjenesten, som kan være med å styrke pasienten når det gjelder å imøtekomme pasienten med riktig kunnskap i smertehåndtering (Molnes, S.I., (2014).

Uhelbredelig kreft ender med døden, og dette medfører ofte smerte og ubehag ved livets slutt. En god forutsetning er et godt samspill mellom lege og sykepleier, det er viktig slik at pasienten får riktig smertelindring. Legens ansvar er å ordinere behandlingen, mens sykepleierens ansvar er å administrere medikamentene, utføre observasjoner og dokumentere pasientens tilstand (Thoresen, L og Dahl, M., 2015).

Egenerfaring med smertelindring er at det blir justert ved innleggelse eller ved eget initiativ. Sykepleieren er ofte opptatt av dagsformen og tar for seg en og en dag, de kan ha vansker for

å se hele sykdomsperspektivet. I disse tilfellene kan det bli vanskelig for pasienten å svare på smerteskalaen når de blir spurt. Det kan oppleves forskjell på dag/natt, hverdag/helger når det gjelder smerte og ubehag. Erfaringsmessig virker det som sykepleieren kan ha mangel på kunnskap, på hvilke smerter som skal lindres og hvordan de skal utføre rett sykepleietiltak. Et eksempel på god smertelindring var når sykepleieren planla dagen godt og ga ekstra smertestillende før stell og ubehagelige prosedyrer. Dette førte til at pasienten ble påført mindre ubehag og opplevelsen av å bli ivaretatt var større. Resultatet var at pasienten fikk større tillit til sykepleieren, deres kunnskap om medikamenthåndtering og situasjonen opplevdes trygg.

#### **6.4 Håp, mestring, livsmot- bygges på det helsefremmende arbeidet**

I studiene Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017) og Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E. (2015), belyses det hvor viktig det er med fysisk aktivitet som rehabilitering for pasienten og hvordan det er med på å danne mestringsfølelse hos den uhelbredelig syke. Pasientens mestringsfølelse bidrar til økt selvfølelse og selvstendighet i selve sykdomsforløpet. I studien av Kostopoulou S, et.al. (2018) vises det at de yngre som rammes av uhelbredelig kreft har mer bekymringer enn de eldre. Bekymringer som fysisk utseende, der kroppen forandres og redusert selvbilde. Det å være mobil i hverdagen er med på å skape positivitet for pasienter med uhelbredelig kreft, noe som kan bygge opp følelsen av selvstendighet og gi økt selvfølelse. Å være mobil i form av rehabilitering skaper en god opplevelse for pasienten ved at de kan være delaktige og holde seg i aktivitet, kan minske bekymringer om kroppens forandring og redusert selvbilde (Kostopoulou S, et.al., 2018).

For at pasienten skal kunne utvikle mestring, krever det at pasienten opplever forutsigbarhet, støtte og medvirkning i sykdomsforløpet. Sykepleierens oppgave er å legge til rette slik at pasienten skal kunne oppleve kontroll og styring på situasjonen man er i (Harris, A., og Ursin, H., 2014).

I studien Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017), kommer det frem at pasienter med uhelbredelig kreft synes det er viktig at de selv blir inkludert i et eventuelt tverrfaglig samarbeid, og at de får muligheten til å jobbe i eget tempo og etter egen bekvemmelighet. Dette kan fort frafalle ved et stort tverrfaglig samarbeid uten god kommunikasjon mellom instansene. Grunnet pasientens tap av fysiske funksjoner gjennom sykdommen er det viktig at behovet vurderes forløpende og i samarbeid med hva pasienten er bekvem med.

Samhandlingsreformen er en viktig satsing fra regjeringen i det helsefremmende arbeidet. Reformen innebærer blant annet å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen og tidlig innsats framfor sen (Regjeringen, 2014). For folk flest betyr samhandlingsreformen blant annet at de skal få lettere helsehjelp lokalt, pasienter skal få bistand av koordinering av behandling og oppfølging, pasienter med kronisk lidelse vil få bedre oppfølging og helsefremmende arbeidet vil ha fokus i nærmiljøet (Regjeringen, 2014). Samhandlingsreformen er et viktig satsingsområde innenfor det helsefremmende arbeide, som kan være med på å bygge opp håp, mestring og livsmotet til pasienten.

Egenerfaringen med håp, mestring og livsmot har en særdeles stor betydning for den kreftsyke. Håpet henger ofte i en «tynn tråd», det vil si at det er ikke mye som skal til for at håpet ikke lenger er der, men håp er også det siste som forsvinner. I min egenerfaring har det tverrfaglige samarbeidet mye å si, hvordan pasient-sykepleier-spesialsykepleier-lege-sykehus-kommunen støtter pasienten og igangsetter tiltak i samarbeid med hverandre. Når pasienten blir sett, hørt og informert på alle tverrfaglige plan, styrker dette håpet, mestringen og livsmotet til den uhelbredelig syke. Det å bli sett og «hva tenker du?», er underbyggende får å bevare håpet. Pasienten får opplevelsen av at helsepersonellet ikke har gitt dem opp, uansett om de lider av uhelbredelig sykdom.

For å femme håp kreves det at sykepleieren har kunnskap om hva håp er og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende til pasienten. Væremåten til sykepleieren har en stor betydning for pasientens opplevelse av håp og kan aktivisere nye krefter og håp til pasienten. (Rustøen, T., 2001)

## **6.5 Metodekritikk**

I min litteraturstudie har jeg gjort strukturerte søk for å finne relevante artikler og forholdt meg til inklusjons og eksklusjonskriteriene for å besvare min problemstilling. Om jeg hadde brukt flere databaser hadde jeg muligens funnet enda flere artikler som kunne gitt svar på min problemstilling. Engelske artikler ble også benyttet, og tolkningen på artiklene kan ha blitt oversatt og tolket feil. Har også benyttet en artikkel utenfor sykepleieområdet, men artikkelen om fysioterapi inneholdt relevant informasjon om kreftrehabilitering i det tverrfaglige teamet og jeg så på dette som en fordel som veide opp til min studie.

## 7.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven og dens funn vil jeg konkludere kortfattet. Det kommer frem gjennom oppgaven at kommunikasjon kan være utfordrende i sykepleiernes jobb. Både mellom pasient og sykepleier, og i det tverrfaglige arbeidet. Sykepleiere føler de mangler kompetanse og kommunikasjon til å gjennomføre jobben på en tilfredsstillende og hensiktsmessig måte. Når en sykepleier sitter med tilstrekkelig informasjon, vil kommunikasjon ut til pasienten være lettere å tydeligere. Tilstrekkelig informasjon om diagnose, sykdommens forløp og situasjonen er viktig for arbeidet fremover i forhold til pasienten, spesielt den yngre pasientgruppen. Pasienter med uhelbredelig kreft, er ofte smertepreget av symptomene kreften medfører, derfor er smertekartelegging et nyttig verktøy for sykepleieren. Dette kan hjelpe pasienten med rett smertelindring. God og riktig kommunikasjon bidrar til å fremme helse hos kreftsyke pasienter. Når pasienten blir tilstrekkelig smertelindret bidrar det til at pasienten blir i stand til å motta informasjon, og sykepleiere kan fremme helsen og øke livsmotet hos den enkelte pasient.

Sykepleiere har også et ansvar for å arbeide tverrfaglig med andre tjenester, slik at det blir gitt riktig kvalitet til den hjemmeboende kreftsyke. Informasjon om rettigheter, forløp, kunnskap og et tverrfaglig team, bør stå sentralt fra den dagen pasienten blir uhelbredelig syk.

## Litteraturliste

Amundsen, L., Eide, H., Thornequist, E (2015) Lindrende fysioterapi i palliativ fase. I *Fysioterapeuten*, 82(2), s 22-7. Tilgjengelig fra:

[https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(lindrende\)%20AND%20\(palliativ\)%20AND%20\(\(\(\(mesh\\_no:C04\\*\)%20OR%20\(kreft\)\)\)\)&query=%231%20AND%20%232%20AND%20%233&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok\\_ID=&Dok\\_ID=135676&pos=0](https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(lindrende)%20AND%20(palliativ)%20AND%20((((mesh_no:C04*)%20OR%20(kreft))))&query=%231%20AND%20%232%20AND%20%233&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=135676&pos=0) (Hentet 20.03.2019).

Aveyard, H., (2019). *Doing a literature review in health and social care. A Practical Guide*. 4th edition. London: Open University Press.

Bertelsen, B., Hornslien, K., og Thoresen, L., (2016). Svulster. I Ørn, S., og Bach-Gansmo, E. (red). *Sykdom og behandling*. 2 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 127-149.

Braut, G.S. (2018). Store medisinske leksikon. *Helsefremmende arbeid*. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/helsefremmende\\_arbeid](https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid) (Hentet 13.02.2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene, (2016). *Retningslinjer for bruk av genetiske undersøkelser av mennesker i medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/retningslinjer-for-bruk-av-genetiske-undersokelser-av-mennesker-i-medisinsk-og-helsefaglig-forskning/2.-narratif-fattes-et-forskningsprosjekt-av-bioteknologiloven/> (Hentet 09.05.2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: [https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek\\_generelle\\_retningslinjer.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf) (Hentet 09.05.2019).

Den norske legeforening (2012). *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:  
<https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet 09.05.2019).

Fjørtoft, A.K., (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2 utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS,

Fjørtoft, A.K., (2012). *Hva er hjemmesykepleie?* I *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2 utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s 19-30.

Fjørtoft, A.K., (2012). *Pasientene i hjemmesykepleien*. I *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2 utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s 53-109.

Fjørtoft, A.K., (2012). *Mål og verdier*. I *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2 utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s 131-157.

Forsberg, C og Wengstrøm, Y, (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utgåvan. Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, Stockholm.

Forsberg, C og Wengstrøm, Y, (2013). Olika typer av litteraturstudier. I *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utgåvan. Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, Stockholm, s. 25-35.

Gibbins, J., et al. (2013) *What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study*. Palliative Medicine 2014, Vol 28(1) 71 –78 ©

The Author(s) 2013 Tilgjengelig fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313486310> (Hentet 12.04.2019).

Harris, A., og Ursin, H., (2014). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Gammervik, Å og Larsen, T (red). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. 3. opplag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s 159-172.

Helle, R. (2018). Om helse. *Joyce Travelbee*. Tilgjengelig fra: <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/> (Hentet 13.02.2019).

Helsebiblioteket, (u.å.), *Alle databaser*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser> (Hentet 04.05.2019).

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (hentet 26.03.2019).

Helsedirektoratet, (2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. *Definisjon av palliasjon*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon> (Hentet 13.02.2019).

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. I Lovdata. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (Hentet 21.03.2019).



Helse- og omsorgsdepartementet (2019) § 3-3. *Helsefremmende og forebyggende arbeid.* I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3) (Hentet 14.04.2019).

Heyn, L, (2015) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utgave. Cappelen Damm AS 2015, s 363-398.

Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis- sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I Grov, E.K., og Holter, I., (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Cappelen Damm AS, s 193- 208.

Kostopoulou S, et.al. (2018). *Advanced Cancer Patients' Perceptions of Dignity: The Impact of Psychologically Distressing Symptoms and Preparatory Grief*. Journal of Palliative Care 2018, Vol. 33(2) 88-94 <sup>a</sup> The Author(s) 2018. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0825859718759882> (Hentet 24.04.2019).

Kreftforeningen (U.Å). *Uhelbredelig og kronisk kreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/uhelbredelig-og-kronisk-kreft/> (Hentet 09.05.19).

Kreftforeningen (U.Å), *Hva er kreft?* Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (Hentet: 25.03.2019).

Kreftforeningen, (u.å.), *Hva er kreftforskning?* Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forskning/forskning-pa-kreft/> (Hentet 04.05.2019).

Loughran, K., Rice, S., Robinson, L. (2017). *Living with incurable cancer: What are the rehabilitation needs in a palliative setting?* Disability and rehabilitation, 2019. Vol. 41, No 7, 770-77. Tilgjengelig fra:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638288.2017.1408709?needAccess=true>

(Hentet 30.04.2019).

Mittelmark, M.B, et.al. (2012), Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper, i Gammersvik, Å og Larsen, T (red). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2012, s 23- 44.

Molnes, S.I., (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. I *Nordisk sygeplejeforskning*, volum 4, 142-55. Tilgjengelig fra:

[https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres\\_erfaringer\\_medsmertelindring\\_til\\_hjemmeboende](https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende) (Hentet 03.04.19)

Mæland, J.G, (2016). *Forebyggende helsearbeid*. 4 utgave. Universitetsforlaget 2016.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), (2018). *Mestring*. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>. (Hentet 02.05.2019).

NSD- Norsk senter for forskingsdata (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet 29.04.2019).

Paltiel, H, (1998). Fysioterapi, i Kaasa, S (red). *Palliativ behandling og pleie*. Ad Notam Gyldendal 1998, s 533-550.

Regjeringen (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (Hentet 13.05.2019).

Rene, B og Larsen, T (2014) Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Gammervik, Å og Larsen, T (red). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. 3. opplag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s 217-228.

Rustøen, T., (2001) *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schnell, E.A., (2019). *Rådgiver Datautleveringsenheten Kreftregisteret*. Kreftregisteret (U.å.) Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Datautlevering/> (Hentet 20.03.2019).

Sykepleien (2016). *Palliasjonens mor*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>. (Hentet 12.02.2019).

Thidemann, I.J., (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiere-studenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget 2015.

Thoresen, L., og Dahl, M., (2015). Sykepleie til den dødende pasienten. I Grov, E.K., og Holter, I., (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Cappelen Damm AS, s 926-960.

Utne, R., (2011). Pasienters opplevelse og reaksjoner på å få kreft. I Knutstad, U (red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3.utgave, 2 opplag, 2011. Akribe AS 2010.

Wist. E og Kaasa. S (1998). Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten, i Kaasa, S (red). *Palliativ behandling og pleie*. Ad Notam Gyldendal 1998, s 101- 115.

