

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Livskvalitet til veis ende

[Johansen, Eva M.
Hansen, Berente Anette]

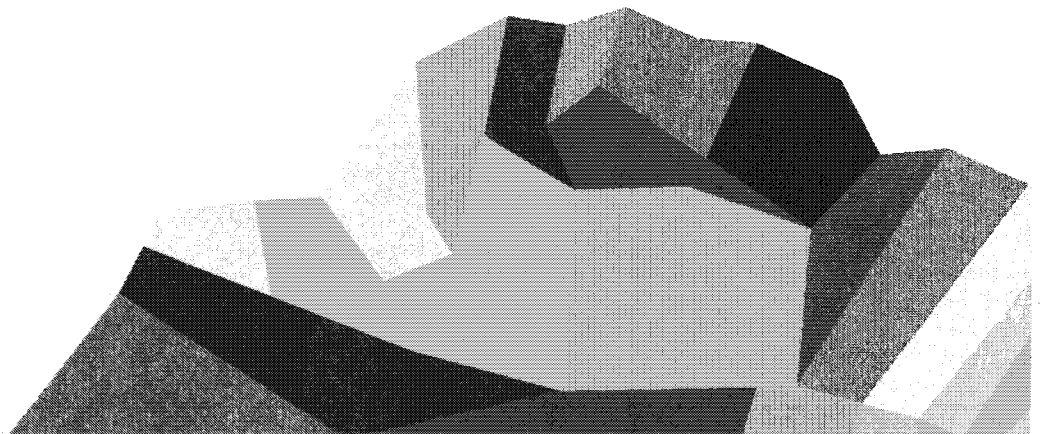
Bacheloroppgave i sykepleie

SYN180H

Innleveringsdato: 25.10.13

Kandidatnr.: 50 og 60

Antall ord: 9548



Eg ser

**Eg ser at du e trøtt
men eg kan ikkje gå
alle skrittå for deg
Du må gå de sjøl
men eg vil gå de med deg
Eg vil gå de med deg**

**Eg ser du har det vondt
Men eg kan ikkje grina
Alle tårene for deg
Du må grina de sjøl
Men eg vil grina med deg
Eg vil grina med deg**

**Eg ser du vil gi opp
Men eg kan ikkje leva
livet for deg
Du må leva det sjøl
Men eg vil leva med deg
Eg vil leva med deg**

**Eg ser at du er redd
Men eg kan ikkje gå
i døden for deg
Du må smaka han sjøl
Men eg gjer død til liv, for deg
Eg gjer død til liv for deg
Eg e død til liv for deg
Eg har gjort død til liv for deg**

Bjørn Eidsvåg

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
1.1 Presentasjon av tema	3
1.2 Problemstilling	4
1.3 Begrepsavklaring.....	5
1.4 Oppbygning.....	5
2.0 Metode	6
2.1 Litteraturstudium som metode	6
2.2 Litteratursøk	6
2.3 Kildekritikk	7
2.4. Analyse.....	8
3.0 Teori	9
3.1 Joyce Travelbee.....	9
3.2 Kommunikasjon i relasjoner	11
3.3. Etiske hensyn i kommunikasjon	12
3.4 Sykepleie i palliativ fase	13
3.5 Pårørende.....	13
3.6 Forskning på området.....	14
4.0 Drøfting	17
4.1 Fokus på pasienten	17
4.2 Sykepleier og det palliative teamet	20
4.2.1. Opplæring og hjelpemidler	20
4.2.2. Tverrfaglighet.....	21
4.3 Kommunikasjon i palliativ fase	23
4.3.1. Kommunikasjon i relasjoner	23
4.3.2. utfordringer og vanskeligheter i kommunikasjonen.....	25
5.0 Konklusjon.....	27
6.0 Litteraturliste	29
6.1 Pensumlitteratur	29
6.2 Selvvalgt litteratur	29

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Valget av tema for denne bacheloroppgaven ble gjort ut fra flere hensyn. Det måtte ha faglig relevans og være nyttig i vårt nye yrke som sykepleiere. Viktigst av alt var likevel at temaet måtte berøre oss personlig. I løpet av studiet har vi begge to mistet fedrene våre. Vi har opplevd å stå ved dødsleiet til en av våre kjæreste, mens vi tynget av vår egen sorg har prøvd å holde motet oppe hos den døende og resten av familien. Vi har følt på hvor prisgitt man kan føle seg i forhold til sykepleierens omsorg og legens vurderinger. Livets slutfase er i så måte et område av faget som vi begge fant det naturlig å fordype oss i.

Vår opparbeidede kunnskap gjennom studiet forteller oss imidlertid at palliativ pleie og omsorg er et stort felt. Vi vet at man som sykepleier må dekke mange områder innenfor dette feltet for å kunne ivareta pasienten. Palliativ behandling er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO 2013) som

«...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.»

Selv om overlevelsen for alle kreftdiagnosene er økende, er kreft den nest største dødsårsaken i Norge, bare overgått av hjerte- og karsykdommer (Larønningen *et al.* 2013, Statistisk Sentralbyrå 2013). Kreftpasientene utgjør omlag 95 % av pasientgruppen som mottar palliativ behandling på norske sykehus i dag (Helsedirektoratet 2013). Pasienter med inkurabel kreftdiagnose utgjør med andre ord en stor, økende gruppe, som er i behov av sykepleie, og som vi vil møte uansett hvor vi begynner i jobb etter endt utdanning.

Palliativ omsorg og pleie av kreftpasienter består både av pleie i seng (forebygging av sengeleiets komplikasjoner), symptomlindring (smerter, kvalme, munntørrehet m.m.), cytostatikabehandling og ivaretagelse av pasientens psykososiale behov (Loretsen og Grov 2010). På grunn av oppgavens begrensede rammer ønsker vi ikke å ha fokus på behandling, men legge større vekt på ivaretagelse av pasientens essensielle behov og livskvalitet.

Pasientens subjektive opplevelse av helse er delt inn i både kroppslig, mental, psykososial og åndelig aspekt. Målet med palliativ pleie er som nevnt å lindre fysiske plager så langt som mulig, forhindre at nye oppstår, samt oppnå livskvalitet hos de pasientene det er mulig (Lorentsen og Grov 2010/ Blix og Breivik 2006). Det er heller ikke uvanlig at pasienter opplever angst- og depresjonslignende reaksjoner i palliativ fase. Pasienter i palliativ fase har derfor ofte også behov for psykisk og åndelig pleie og støtte (Lorentsen og Grov 2010, Sæteren 2010).

En annen viktig faktor for valg av tema er ønsket om å kunne opptre profesjonelt når vi møter pasienter som ikke kan kureres for sin sykdom, i den forstand at pasienten skal føle seg møtt og ivaretatt på en verdig måte. For å finne årsakene til pasientens behov og plager i palliativ fase, og komme fram til gode tiltak, tenker vi at det er viktig å skape en god relasjon til pasienten. Vi ser det som viktig at vi lærer oss å vise mot, samt å gi rom for å ta opp vanskelige tema i denne fasen av pasientens liv. Vi ønsker derfor å fordype oss i, og forstå, hvordan sykepleieren ved hjelp av kommunikasjon i relasjoner kan fremme livskvalitet til pasienter som er i livets slutfase.

Temaet ble også valgt ut fra et ønske om å tilegne oss kunnskaper som gir innsikt og trygghet i forhold til hvordan vi som sykepleiere skal opptre i praksis, slik at vi kan møte pasienter i livets slutfase med respekt, empati og mot. Vi ønsker med andre ord å ivareta pasientens livskvalitet, med fokus på livet her og nå – ikke bare på døden.

1.2 Problemstilling

Å ivareta pasientens psykososiale og åndelige behov ved livets slutt innebærer blant annet å hjelpe pasienten å finne og bevare håpet (Lorentsen og Grov 2010). En av hensiktene med oppgaven blir da å få en forståelse av hvilke faktorer som skal til for at pasienten skal oppnå god livskvalitet i denne fasen. Ut fra dette ser vi at sykepleierens kommunikative evner blir avgjørende for å kunne gi den døende og hans pårørende den helhetlige omsorgen de trenger.

I omsorgen for kreftpasienter og palliative pasienter er kommunikasjon uvurderlig, ettersom begge disse kjennetegnes av hyppige utfordrende interaksjoner for både pasienter, pårørende og helsepersonell (Goldsmith *et al.* 2013).

Problemstillingen vår er som følger:

- Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom kommunikasjon fremme livskvalitet for mennesker med kreft i livets slutfase?

1.3 Begrepsavklaring

Livskvalitet: Det fokuseres i denne oppgaven på den helserelevante livskvaliteten, det vil si områder av livet som er helserelevante. Verdens helseorganisasjon definerer helse som ”ikke bare fravær av sykdom eller svakhet, men en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velvære” (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Også åndelige/spirituelle og økonomiske aspekt er ofte innbefattet i definisjoner av helserelevante livskvalitet (Ribu 2010). Livskvalitet er således en subjektiv vurdering, og hver enkelt person må få velge hva han legger i begrepet. For noen pasienter er religiøs utøvelse viktig – for andre er musikk av stor betydning (Lorentsen og Grov 2010). Som en samlebetegnelse vil derfor livskvalitet i denne sammenhengen være pasientens opplevelse av ”det gode liv”.

1.4 Oppbygning

Felles for pasienter som opplever å motta beskjed om at de ikke kan helbredes for sin sykdom er at de føler sin eksistens truet, og at de kan streve med å finne håp og mening i det som skjer. Det er i oppgaven ikke tatt hensyn til hvilken kreftdiagnose (hvilket organ som er rammet) pasienten har fått, eller hvor pasienten befinner seg – hjemme eller på sykehus/institusjon, siden vi ikke kan se at dette har relevans for problemstillingen. Det samme gjelder for kjønn, alder og etnisitet.

Vi har valgt å dele oppgaven inn i 6 kapitler. Kapittel 1 (Innledningen) tar for seg bakgrunnen for vårt personlige valg av tema og formål med oppgaven, presentasjon av problemstillingen, begrepsavklaring, oppgavens avgrensning samt struktur. Kapittel 2 tar for seg metodikken. Vi presenterer her valg av metode og ser nærmere på litteraturstudium som metode, litteratursøkene våre, analysen av valgt litteratur, samt kildekritikk. Kapittel 3 består av teori. Her sier vi først litt om valg av sykepleierteoretiker Travelbee, og hva hun sier om kommunikasjon og det mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient. Vi sier også litt om etiske utfordringer i kommunikasjon og presenterer deretter faglitteratur og artikler. Kapittel 4 er drøftingsdel. Her drøfter vi funn i artiklene og teori i lys av problemstillingen. Vi har valgt å dele den inn i de fem sentrale funnene vi fant i forskningen. Kapittel 5 avslutter oppgaven med konklusjon. Litteraturliste presenteres i kapittel 6. Oppgaven består av 9548 ord.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudium som metode

Begrepet metode er definert slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet metode ” (Aubert 1985, sitert i Dalland 2007:82).

I dette studiet har vi benyttet en kvalitativ forskningsmetode. Dalland (2007) sier at en kvalitativ metode tar sikte på å fange opp data som ikke lar seg telle eller måle. Denne metoden benyttes der man ønsker å skaffe data som kan beskrive et fenomen.

Vi har valgt å bruke hermeneutisk vitenskapsteori for å finne svar på vår problemstilling. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Den skal hjelpe oss å gjøre klart og gi mening til det som overfladisk framstår som uklart av det vi studerer (Dalland 2007).

Vi har valgt å belyse problemstillingen ved hjelp av et litteraturstudium, hvor man skriver en avhandling med utgangspunkt i skriftlige kilder (Dalland 2007). Ved hjelp av hermeneutikken vil vi finne svar på problemstillingen vår, ved å studere litteratur. Gjennom denne arbeidsformen søker man kunnskap gjennom systematisk søk av relevant forskningslitteratur og kritisk drøfting av denne. Et systematisk litteraturstudium innebærer en teoretisk tilnærming til innhenting av data (Bjørk og Solhaug 2008). For å finne ny kunnskap har vi søkt i ulike databaser for å finne relevante artikler til vår problemstilling, og da spesielt oppsummert forskning som vil være nyttig for oss. På denne måten bruker vi den kunnskapen som allerede finnes og bearbeider og sammenfatter dette for så å finne ny kunnskap. Det genereres i utgangspunktet ikke ny kunnskap gjennom innhentingsprosessen, men ved å sammenholde og drøfte informasjon som er produsert av andre (primærkilder), vil man kunne kaste nytt lys over den valgte problemstillingen. Metoden er valgt fordi vi har sett at det finnes relevant litteratur som vi mener vil gi oss innsikt i problemstillingen, samt at vi har brukt denne metoden i en tidligere oppgave og syntes det var en interessant måte å tilegne seg ny kunnskap på.

2.2 Litteratursøk

For å finne litteratur til denne oppgaven, brukte vi først og fremst Universitetet i Nordland sin søkemotor *360 Search*, hvor vi med ett søk kan finne artikler gjennom alle databasene som

universitetsbiblioteket har tilgang til. Vi begrenset raskt søket til søkeordene «palliative care» og «communication», da vi ved å inkludere flere ord i søket fikk for få treff. Ettersom vi ikke var fornøyd med de artiklene som framkom, søkte vi også på «end of life care» sammen med «communication» og fikk på den måten utvidet antall artikler. I søket filtrerte vi bort alle artikler som ikke var fagfellevurdert, og prøvde å begrense oss til arbeider fra det siste tiåret. På grunn av det begrensede antallet treff, valgte vi imidlertid å foreta en manuell gjennomgang av alle artiklene som kom opp. Dermed var det også mulig å gjøre andre prioriteringer i forhold til artiklene vi ønsket å benytte. Vi prøvde for eksempel innledningsvis å begrense oss til artikler som var tilgjengelige i fulltekst, men endte til slutt opp med å måtte bestille halvparten fra biblioteket, da utvalget av digitalt tilgjengelige fulltekstartikler ikke tilfredstilte våre krav.

Siden våre søk så ut til å resultere i en overvekt av nyere artikler fra USA, valgte vi bevisst også noen forskningsartikler fra Europa. Vi sto til slutt igjen med seks fagfellevurderte artikler, både europeiske og amerikanske, med direkte relevans for problemstillingen vår. Disse artiklene har vi belyst nærmere lengre ned. I tillegg til de utvalgte artiklene fant vi gjennom søket andre artikler, lærebøker og offentlig dokumenter som retningslinjer og rapporter, som er relevant for deler av oppgaven. Vi har ikke gått nærmere inn på disse i teoridelen, men benyttet dem som ordinære kilder der det passer i denne oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere materialet/kildene vi har valgt, for å fastslå og reflektere over deres troverdighet og relevans. Da vi lette etter litteratur som vi ønsket å bruke i oppgaven vår, fokuserte vi derfor på at innholdet skulle være betydningsfullt og saklig i forhold til problemstillingen vår, og at eventuell forskning skulle være pålitelig. Vi søkte også i utgangspunktet å finne litteratur som var fra det siste tiåret da vi ønsket at den skulle være oppdatert.

Vi innser at vår egen innsikt og evne til faglig, kritisk å kunne vurdere artiklernes kvalitet er begrenset. Vi har derfor valgt å stole på at andre med høyere kompetanse indirekte kan hjelpe oss i bedømmingen. Ved litteratursøk holdt vi oss derfor til databaser som benyttes av universitetsbiblioteket i Nordland og filtrerte bort alle artikler som ikke var fagfellevurdert. Noen av artiklene består av sekundærlitteratur, hvor forfatterne viser til andres forskning og funn. Selve forskningen og funnene er primærlitteratur. Vi vurderte artiklernes kilder som

pålitelige. Vi er klar over at vi har liten erfaring med søk i databaser og at vi ikke har gjort systematiske søk. Det ligger trolig mer forskning ”der ute” med viktig litteratur, som vi ikke har fanget opp. Allikevel mener vi at de valgte artiklene vil være til hjelp for å finne svar på problemstillingen.

I tillegg til forskningsartikler har vi valgt å ta med to bøker, hvor forfatterne er har arbeidet tett på pasienter ved livets slutt. Den ene boken er skrevet i 1997 av Marie de Hennezel, psykolog og psykoanalytiker, spesialist på ”haptonomi” (følelsesformidling ved berøring) og på livsavslutning. Hun arbeider på en spesialavdeling med palliativ behandling, i Frankrike, og skriver i boken fortellinger fra sin praksis. Vi vurderte i utgangspunktet denne boken som noe eldre enn ønsket, men fant at etter hvert ut at den er like relevant i dag som for 16 år siden.

Det samme gjaldt for den andre boka, som er direkte oversatte foredrag (fra 1976-89) som forfatteren Elisabeth Kübler-Ross har holdt rundt om i verden, og som består av jordnære og svært personlige fortellinger fra hennes møter med pasienter. Elisabeth Kübler-Ross er lege og psykiater, og har det meste av sitt yrkesaktive liv arbeidet i Amerika med uhelbredelig syke og døende. Vi fant begge forfatterne pålitelige siden deres yrkesutdanning og praksis ligger høyere enn vår snart fullendte bachelorstudie.

2.4. Analyse

Artiklene fra søket ble som en første gjennomgang lett gjennomlest, for å vurdere deres relevans opp mot problemstillingen. Deretter gikk vi grundigere gjennom dem en gang til, med fokus på artiklenes hensikt, metode og hovedresultater. På bakgrunn av dette skrev vi en sammenfatning av hver artikkel. For å skaffe oversikt satte vi så opp en matrise, der alle relevante funn ble registrert i et lettlest og oversiktlig format, jfr. Bjørk og Solhaug (2008). Gjennom fargekoding av funnene i matrisen, dannet vi oss inntrykk av hva vi anså som hovedkategorier som kunne tas med videre i arbeidet vårt. Ved å foreta en slik systematisk tematisering av litteraturen, klarte vi altså å skaffe oss både dybdekunnskaper og oversikt over innholdet i artiklene, og ble i stand til å se sammenhenger mellom dem.

3.0 Teori

Gjennom studiet er vi blitt kjent med Joyce Travelbee og ser at hennes teori kan hjelpe oss i å finne svar på problemstillingen vår. Vi vil derfor først kort presentere hennes tanker omkring kommunikasjon og relasjoner før vi legger fram teori fra pensum og selvvalgt litteratur. Til slutt i kapittelet presenterer vi forskningsartiklene.

3.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en amerikansk, psykiatrisk sykepleier, som gjennom sin filosofi og sykepleietenkning har hatt stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning (Kristoffersen 2005). Hennes sykepleiedefinisjon bygger på oppfatningen om at ethvert menneske er unikt – likt, men også ulikt alle andre – og det faktum at lidelse og smerte er uunngåelig for mennesket. En sykepleier må, etter Travelbees mening, fordype seg i meningen med lidelse, sykdom, ensomhet og død før hun kan betrakte seg som ferdig utdannet. Dette fordi alle mennesker før eller senere i livet vil rammes av sykdom, smerte, angst og til slutt døden (Travelbee 2001). Sykepleie består etter hennes mening i å hjelpe den syke og lidende til å mestre og å finne mening i situasjonen. Hennes sykepleiedefinisjon er:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2001:29).

Joyce Travelbee har ingen definisjon på hva helse er, fordi hun mener helse er individuelt og oppleves subjektivt. Mennesker definerer egen helse ulikt og hvert enkelt menneske er så friskt eller sykt som det selv føler seg (Kristoffersen 2005).

Sykepleie er en ”mellommenneskelig prosess”, mener Joyce Travelbee. Det dreier seg alltid, direkte eller indirekte, om mennesker som gjennom en eller flere hendelser (hvor den ene part har behov for hjelp) påvirker hverandre gjennom en stadig prosess. Sentralt i hennes sykepleietenkning står overbevisningen om at menneske-til-menneske-forholdet er virkemidlet som sykepleierens mål og hensikt realiseres gjennom. Med dette mener hun at sykepleieren må betrakte både seg selv og den syke som likestilte mennesker, og ikke som rollene sykepleier og pasient. Sykepleiehandlingene skal ikke være et mål, men et middel til å hjelpe den syke og lidende (Travelbee 2001).

Joyce Travelbee setter kommunikasjon sentralt i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Hun hevder at det foregår kommunikasjon mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, ved ethvert møte mellom dem. Begge kommuniserer, både når de snakker og når de er tause - enten de er det bevisst eller ikke (Travelbee 2001).

Travelbee påpeker at sykepleieren må være bevisst kommunikasjonen. Hun må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og bruke informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Det finnes, etter Joyce Travelbees mening, ingen erstatning for kommunikasjon og det å bli kjent med den syke. I observasjon og kommunikasjon med den syke bør sykepleieren være særlig lydhør for elementer som kan fortelle noe om hvordan den syke oppfatter tilstanden sin. Den profesjonelle sykepleieren skal oppfatte, og være i stand til å gi den hjelp det er behov for, uten å måtte bli bedt om det (Travelbee 2001).

Joyce Travelbee hevder at håpet trolig er avgjørende for om et menneske kan være i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse. Hun definerer håp som et flerdimensjonalt fenomen: *"Et mentalt stadium karakterisert ved ønske om å nå en slutt eller et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det er oppnåelig"* (sitert av Utne og Rustøen 2010:63).

Joyce Travelbee vektlegger sterkt betydningen av psykologiske aspekter ved omsorgen, men påpeker at dette ikke på noen måte må forstås slik at den fysiske omsorgen kan forsømmes. I og med at oppgaven til en profesjonell sykepleier er å hjelpe den syke med å finne og opprettholde håp, unngå håpløshet, samt hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håp, må sykepleieren kommunisere at hun er tilgjengelig, og være villig til å hjelpe. Dersom hun ikke er oppmerksom på den sykes velvære eller hans fysiske behov, vil hun kunne ta fra ham håpet (Travelbee 2001).

Joyce Travelbee hevder at to vesentlige forutsetninger må ligge til grunn for at et hjelpeforhold til et annet menneske skal kunne etableres og opprettholdes. For det første må sykepleieren ha en kunnskapsbase, samt tilhørende evne til å bruke den. For det andre må hun ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 2001).

Å bruke seg selv terapeutisk vil i følge Joyce Travelbee si at sykepleieren bevisst gjør bruk av sin egen personlighet og kunnskap med den hensikt å oppnå forandring hos den syke. Når forandringen lindrer den syke sine plager betraktes den som terapeutisk (Travelbee 2001).

3.2 Kommunikasjon i relasjoner

Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr ”å gjøre felles”, og er av Eide og Eide (2007) beskrevet som utveksling av informasjon i form av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Vi snakker også ifølge Eide og Eide (2007) om verbal og nonverbal kommunikasjon fordi kommunikasjonen mellom mennesker er sammensatt av flere komponenter; så som ord og stillhet, tonefall og styrke, mimikk og kroppsbevegelser samt tempo. Ifølge Reitan (2010) eksisterer ikke ikke-kommunikativ atferd mellom mennesker, siden vi kommuniserer hele tiden.

Eide og Eide (2007) sier at kommunikasjonen må fortolkes av mottaker, og at assosiasjoner, ideer og følelser påvirker denne tolkingen. Kommunikasjon mellom mennesker er delvis kulturelt betinget, og møtet mellom mennesker kan ifølge Eide og Eide oppleves svært forskjellig, avhengig av hvordan signalene oppfattes og tolkes. En del av den nonverbale kommunikasjonen er universell, så som følelsen av angst, sinne og sorg (Eide og Eide 2007).

Eide og Eide (2007) gjør oppmerksom på at nonverbale uttrykksformer ofte er spontane, ubevisste reaksjoner, og at de i mange tilfeller kan være mer tydelige og direkte enn ord, og at denne fortolkningen sjelden blir helt presis. Reitan (2010) hevder at verbal kommunikasjon vanskelig kan forstås uten den nonverbale.

Begrepet ”relasjon” kommer av det latinske ordet *relatio*, og betegner at én gjenstand står i forbindelse med en annen (Eide og Eide 2007). Gode, tette relasjoner mellom mennesker letter i følge Eide og Eide (2007) kommunikasjonen – det trengs da som regel færre ord for å formidle tanker og meninger. Når den ene part har mer makt og myndighet enn den andre sier vi at relasjonen er asymmetrisk (Reitan 2010). Relasjonen mellom helsepersonell og pasient er et typisk eksempel på asymmetrisk relasjon (Reitan 2010).

Profesjonell kommunikasjon har som mål å være hjelpende – det vil si at den er faglig begrunnet og til hjelp for pasienten (Eide og Eide 2007). Ifølge Reitan (2010) har helsepersonell et spesielt ansvar for at det ikke skapes negative maktkonstellasjoner i kommunikasjon med pasienten.

Det lineære perspektiv, med grunnelementene sender, budskap og mottaker, har også andre sentrale begreper som kanal, tegn og signal. Dialogisk perspektiv handler om initiativ og respons, som viser forholdet mellom bekreftende og styrende kommunikasjon. Ses kommunikasjon i et prosessuelt perspektiv synliggjøres særlig det relasjonelle aspektet ved

hjelpende kommunikasjon og kompleksiteten i denne. Kommunikative utfordringer oppstår blant annet når kulturavstand og forskjeller i språk og koder farger kommunikasjonssituasjon. Veksling mellom perspektivene kan være til hjelp for å se og oppdage vesentlige momenter i hjelpende kommunikasjonen med pasienten (Eide og Eide 2007).

Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av nonverbalt å formidler den profesjonelle holdningen av interesse for pasienten som person, og vise vilje til å hjelpe. De sier videre at vi aldri kan vite fullt ut hva den andre tenker og føler, og at vi derfor må prøve oss fram, lytte og prøve oss fram igjen.

Som fagperson er den viktigste relasjonen ifølge Eide og Eide (2007) den man har med pasient og pårørende, men de presiserer at også relasjoner mellom kollegaer på tvers av faggrenser spiller en rolle, og at tverrfaglige relasjoner indirekte får konsekvenser også for pasienten. Kollegial og tverrfaglig kommunikasjon står sentralt i god omsorg for pasienter i palliativ fase (Reitan 2010).

3.3. Ethiske hensyn i kommunikasjon

Etikk kan defineres som *”systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger”* (RHF 1990, sitert i Eide og Eide 2007:51). For å yte god omsorg og å kommunisere godt og hensiktsmessig er evnen til etisk bevissthet en forutsetning. Som fagperson må man reflektere over hvordan man bør forholde seg, i hver enkelt situasjon. Dette forutsetter ifølge Eide og Eide (2007) at man oppdager og innser hva som står på spill, og for hvem. Etisk refleksjon betyr ikke at man bare reflekterer over egne situasjoner, men at man kan samtale kollegialt og tverrfaglig, med mulighet for veiledning. Reitan (2010) hevder således at faglig dyktighet ikke kan reduseres til et personlig anliggende. Etisk diskusjon innen helsevesenet dreier seg ifølge Sæteren (2010) ikke om hvorvidt pasienten skal informeres, men hvordan dette kan skje på en god måte.

Eide og Eide (2007) mener det er tre sentrale utfordringer sykepleieren bør være bevisst ved etisk kommunikasjon: (1) hvordan man bør forholde seg til de man kommuniserer med, (2) spørsmål om rettferdighet hva angår fordeling og bruk av tid, ressurser og andre goder, samt (3) hvordan man som fagperson kan tenke etisk i praksis.

Gjennom god kommunikasjon kan man ifølge Eide og Eide (2007) få hjelp til å forstå og finne brukbare løsninger på etiske problemer. Motsatt hevder de at manglende etisk refleksjon kan ende med brudd på prinsipper for god profesjonell kommunikasjon, og at etisk

kommunikasjon er et spørsmål om hvorvidt vi som fagpersoner uttrykker verdier som omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet i praksis.

3.4 Sykepleie i palliativ fase

Palliativ fase betegnes av Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen som: ”en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og som avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet 2013). Kreftpasienter i livets slutfase har ifølge Sæteren (2010) ofte mange og sammensatte problemer, og palliativ omsorg dekker derfor et bredt spekter av omsorgsrelaterte aktiviteter som kan vare over en lengre periode. Pleien betegnes ofte som lindrende fordi lindring av den syke og døende pasientens plager står sentralt (Lorentsen og Grov 2010).

Kroppslige ubehag som forringer pasientens livskvalitet i livets slutfase er ofte smerter av ulike slag, fatigue/tretthet, munnsår/munntørrehet, tungpustethet, kvalme/brekninger og fordøyelsesproblemer (Lorentsen og Grov 2010, Sæteren 2010).

Psykiske plager i palliativ fase er ofte opplevelser av angst- og depresjonslignende reaksjoner (Lorentsen og Grov 2010, Sæteren 2010). Sæteren (2010) hevder at sykepleierens kommunikative evner er helt avgjørende for å kunne finne de bakenforliggende årsakene til pasientens behov og plager, og komme fram til adekvate tiltak. Ifølge Utne og Rustøen (2010) er det viktig at sykepleiere også snakker med pasientene om håp og det å finne håp i en vanskelig situasjon.

Håp er ifølge Blix og Breivik (2006) et behov for å oppleve kontroll over livet sitt, og det som bekrefter at et menneske er i live. Det er også ifølge dem håpet som gir mening til livet. Håp betraktes av teologen William F. Lynch (1908-1987) som en positiv ressurs som mennesket bruker for å mestre livets vanskeigheter (Utne og Rustøen 2010).

3.5 Pårørende

Pasientens pårørende er ifølge Sæteren (2010) pasientens viktigste ressurs. Omsorg for pasienter ved livets slutt innbefatter derfor også omsorg for de pårørende, sier hun, slik at de kan være en støtte for pasienten, og samtidig mestre sine egne reaksjoner. Hun sier videre at det er en belastning i seg selv å stå som pårørende, fordi man naturlig vil påta seg en pleie- og omsorgsoppgaver, og at dette kan medføre økt fare for depresjon. Sæteren (2010) påpeker også derfor viktigheten av at pårørende føler tilstrekkelig støtte fra helsepersonell. Lorentsen

og Grov (2010) mener at pårørende også har behov for støtte og omsorg i form av informasjon om prognose og sykdomsutvikling, og forvissning om at pasienten får den beste pleie og omsorg. For å kartlegge hva som kan gjøre pleie- og omsorgssituasjonen lettere for pårørende er det nødvendig med tverrfaglig kommunikasjon mellom hjemmesykepleier, kreftsykepleier, fastlege eller andre som har gjenvnlig kontakt med pasient og pårørende (Lorentsen og Grov 2010).

Ifølge Sæteren (2010) medfører ofte dødsfall til sterke reaksjoner som sjokk, tapsfølelse og sorg, selv om pasientens død er ventet. Er de pårørende ikke til stede i dødsøyeblikket, er det derfor etter Sæterens mening (2010) viktig at de informeres og får mulighet til å komme. Ifølge Mathisen (2005) kan det for mange være godt å ha noen kulturelle ritualer å støtte seg til i slike situasjoner. Hun hevder videre at det derfor alltid er viktig, så tidlig som mulig, å samtale med pasient og pårørende om hvordan de ønsker at vi skal ivareta deres tradisjoner og særegne behov. Blix og Breivik (2006) påpeker at kommunikasjonsproblemer kan kreve bruk av tolk, på grunn av språklige barrierer under slike samtaler.

3.6 Forskning på området

Vi vil her presentere de seks artiklene som vi anså som relevante for å belyse problemstillingen vår og gi arbeidet vårt en faglig og oppdatert forankring. Alle artiklene er fagfelleurdert.

1. Palliative Care Communication in Oncology Nursing.

I dette arbeidet presenterte forfatterne en læreplan for kommunikasjon i palliativ omsorg og belyste denne med støtte i nyere litteratur innenfor området. Læreplanen ble benevnt COMFORT, et akronym som er sammensatt av de engelske ordene communication, orientation, mindful presence, family, openings, relating og team. COMFORT ble omtalt som «en helhetlig modell for narrativ klinisk kommunikasjon i praksis» og var utviklet som en ressurs for kreftsykepleiere i USA, for bruk i tidlig palliativ omsorg. Forfatterne konkluderte med at COMFORT er en ressurs for kreftsykepleiere, og kan bidra til å oppfylle de åtte «domenene» i den nasjonale kvalitets-standarden for palliativ omsorg (NCP) i USA (Goldsmith *et al.* 2013).

2. Communication and advanced care planning in palliative and end-of-life care

Denne artikkelen presenterte en systematisk gjennomgang av litteratur om *advanced directives* (AD) og *advanced care planning* (ACP) i USAs helsevesen, hvor pasienten angir ønsker for framtidig håndtering av egen helse og pleie. Artikkelen omhandlet samtidig kommunikasjon om omsorg i palliativ fase og ved livets slutt. Studien påviste et potensial for å forbedre kommunikasjonen i denne fasen, slik at planlegging av framtidig pleie kunne gjennomføres mer effektivt. Det ble påvist barrierer for effektiv kommunikasjon mellom personell og pasient. Studien konkluderte med at effektiv planlegging av den framtidige pleien er en viktig komponent i personsentrert omsorg ved livets slutt (Waldrop og Meeker 2012).

3. Communication in palliative care: a review of recent literature.

Hensikten med denne studien var å belyse kvaliteten på kommunikasjon mellom pasienter, familie og medarbeidere i palliativ kreftomsorg. Arbeidet var et litteraturstudium, der forfatterne systematisk gikk gjennom alle artikler publisert i året 2004. Problemstillingen ble belyst gjennom ulike sider ved kommunikasjon: Relasjonsbygging, informasjonsutveksling, beslutningstaking, rådgiving og håndtering av følelser. Den eksistensielle påkjenningen til pasienter og personell i palliativ omsorg ble også drøftet. Studien konkluderte blant annet med at tillit er en viktig faktor for relasjonsbygging, og at beslutningstaking i palliativ omsorg er en kompleks prosess som har både etiske og juridiske sider, og stiller krav til kunnskaper og ferdigheter (de Haes og Teunissen 2005).

4. Making Sense of Receiving Palliative Treatment: Its Significance to Palliative Cancer Care Communication and Information Provision

Hensikten med denne artikkelen var å undersøke hvordan svenske pasienter fant mening i det å skulle motta palliativ behandling. Pasientene, som alle hadde framskredet gastrointestinal kreft, ble intervjuet gjennom hele den palliative fasen. Forfatterne benyttet metoden «grounded theory», for å utvikle teori gjennom systematisk bearbeidelse av de kvalitative data fra intervjuene. Forfatterne beskrev metodikken som en fenomenologisk livsverdenstilnærming, det vil si at pasientenes oppfatning av egen livssituasjon var utgangspunkt for datainnhenting. Studien konkluderte med at det å finne mening i å være mottaker av palliativ pleie innebærer en læringsprosess mot slutten av livet, hvor helsepersonellet må bidra til pasientens forståelse gjennom ulike aspekter av kommunikasjon,

mens de anerkjenner og oppmuntrer pasientens ulike måter å søke kunnskap på (Öhlén *et al.* 2013).

5. Det dialogiska förhållandet. Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar.

Målet med denne studien var å beskrive sykepleiernes opplevelser av møtet med pasienter i palliativ pleie i svenske somatiske avdelinger, og hvordan sykepleiere taklet belastningen av å pleie døende pasienter. Metodikken i dette arbeidet var kvalitativt intervju med åpne spørsmål, med påfølgende databearbeiding gjennom «grounded theory». Forskere kom fram med en hovedkode de kalte *det dialogiske forholdet*, som forklarer hvordan møtet mellom sykepleieren og pasienten kan gjøres godt gjennom ulike handlinger og interaksjoner: God pleie, hvordan pasienter møtes, mot tross frykt, relasjon til pasienten, samt sykepleiers håndtering av de vanskelige oppgavene. Forfatterens konklusjon var at det i møtet med den døende pasienten er viktig å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient, der sykepleieren er et følelsesmessig og naturlig engasjert medmenneske (Holst *et al.* 2003).

6. Challenges in end-of-life communication.

Dette forskningsarbeidet var en systematisk studie av nyere litteratur om utfordringene innen kommunikasjon i livets slutfase. Artikkelen viste et bredt spekter av vanskeligheter som kan oppstå i denne typen kommunikasjon. Det ble vist at både helsepersonell og pasienter er ambivalente i forhold til det å snakke om døden, men at det samtidig forventes at helsepersonellet tar initiativ til slike samtaler når det behøves. Studien konkluderte med at arbeidet er tyngende og krever spesielle ferdigheter hos personellet, men at støtte kan oppnås gjennom tverrfaglig og flerfaglig arbeid hvis en lykkes i samhandlingen mellom ulike spesialiteter, profesjoner og sektorer (Galushko *et al.* 2012).

4.0 Drøfting

De utvalgte artiklene varierte på flere måter. Temaet kommunikasjon i palliativ fase ble belyst gjennom både litteraturstudier og kvalitative forskningsarbeid, og ut fra ståstedet til både pasient, sykepleier og lege. På tross av denne variasjonen var det mulig å identifisere flere kategorier vedrørende kommunikasjon i palliativ fase. Disse trådte fram for oss etter hvert som vi gikk gjennom artiklene. Vi kategoriserte resultatene som fra artiklene og kom fram til kategorier som vi ga disse benevnelsene:

- Fokus på pasienten
- Sykepleier og det palliative teamet
 - Opplæring og hjelpemidler
 - Tverrfaglighet
- Kommunikasjon i palliativ fase
 - Kommunikasjon i relasjoner
 - utfordringer og vanskeligheter i kommunikasjon

For å strukturere drøftingsdelen valgte vi å innpasse disse kategoriene til Shannon og Weavers modell for lineær kommunikasjon (gjengitt i Eide og Eide 2007), som også ble benyttet som et pedagogisk redskap av Joyce Travelbee (2001). I denne enkle og godt kjente modellen finner vi tre hovedelementer. Disse er henholdsvis avsender og mottaker (aktørene) samt budskapet som overføres mellom dem. Selv om Travelbee (2001) mente at pasient og sykepleier skulle overskride sine roller og møtes i form av det å være medmennesker, velger vi å drøfte de to som aktører nettopp ut fra sine roller, for å sette fokus på funn fra litteraturen som er spesifikt for dem. Vi tar først for oss pasienten og i noen grad hans pårørende og drøfter dem først. Dette tilsvarer første kulepunkt over. Dernest setter vi fokus på funn som omhandler sykepleieren og hennes samarbeidspartnere, disse finner vi igjen under andre kulepunkt. Som det tredje og siste hovedelementet i diskusjonen drøfter vi selve kommunikasjonen mellom partene, som dekkes av det siste kulepunktet.

4.1 Fokus på pasienten

Den overordnede målsettingen for all palliativ omsorg er å bidra til best mulig livskvalitet for pasienten (WHO 2013). Livskvalitet er en subjektiv opplevelse som avgjøres av pasientens oppfatning av egen situasjon. Hver enkelt pasient har en egen oppfatning om hva som er god

livskvalitet og hva som må til for å oppnå denne (Lorentsen og Grov 2010, Ribu 2010, Helse- og Omsorgsdepartementet 2012). Innen den palliative omsorgen er det viktig at sykepleieren støtter pasienten og ivaretar hans behov, både av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell art (Holst *et al.* 2003, Helsedirektoratet 2013). de Haes og Teunissen (2005) oppsummerte at den eksistensielle påkjenningen til pasienter med livstruende kreft preges av vansker med å se døden i øynene, frykt eller uvilje mot å akseptere prognosen og et begjær etter å forlenge livet istedenfor å akseptere den dødelige sykdommen. Öhlén *et al.* (2013) beskrev hvordan palliative pasienters hverdag preges av en eksistens i spenningsfeltet mellom det å leve i nuet og det å leve avventende i forhold til en usikker framtid. Den eksistensielle påkjenningen til kreftpasienter i livets slutfase blir imidlertid ofte oversett (de Haes og Teunissen 2005).

Elisabeth Kübler-Ross (1991) gav gjentatte eksempler på viktigheten med å bygge relasjon mellom helsepersonellet og pasienten, med den hensikt å bli kjent med pasienten og kartlegge hans personlige behov. Hun kalte disse behovene for uavklarte problem og hevdet at pasienten ikke kan få en god og verdig død med mindre han får ryddet opp i disse personlige problemene. Flere av eksemplene gikk på relasjonelle spørsmål eller problem. En av pasientene "klamret" seg til livet fordi han følte skyld med tanke på den sorg han påførte sin familie ved å dø.

Goldsmith *et al.* (2013), presenterte en helhetlig læreplan for kommunikasjon i palliativ fase, hvor det anbefales at sykepleieren kommuniserer i samsvar med pasientens og familiens kulturelle og åndelige bakgrunn. Waldrop og Meeker (2012) viste hvordan pleiepersonellet kan ivareta de kulturelle og åndelige behovene ved å bruke skriftlige planleggingsprosedyrer. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på dette, da konflikter kan oppstå hvis slike behov blir oversett (Galushko *et al.* 2012). Det er følgelig avgjørende at sykepleieren anerkjenner og forholder seg til forskjeller i mål, preferanser og verdier hos pasienten, som vil variere ut fra hans sosiokulturelle bakgrunn. Dette er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne bidra til å utvikle tilpassede og effektive modeller for omsorg hos den enkelte (Waldrop og Meeker 2012).

God pleie er altså viktig for det dialogiske forholdet mellom pasient og pleier, og går i palliativ omsorg ut på å lindre pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle smerter (Holst *et al.* 2003). Det å forholde seg til pasienten som et helhetlig menneske og samtidig ha bevissthet om disse dimensjonene, er et eksempel på holistisk tilnærming (Odland 2008). Holst *et al.* (2003) mener det er viktig at pleieren møter og ser pasienten som en helt menneske

og at han på sin side føler seg forstått. Dette samsvarer med tenkningen til Joyce Travelbee (2001), som hevdet at sykepleier og pasient må nærme seg hverandre og oppnå en relasjon i egenskap av å være mennesker, ikke gjennom sine roller i sykepleier – pasientforholdet. Hvis sykepleieren tar inn over seg dette forholdet og lar det prege arbeidet sitt, har hun et godt grunnlag for å kunne yte helhetlig omsorg.

Respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet er en del av det etiske grunnlaget for sykepleien som profesjon (Sykepleieforbundet 2011). Det er videre både et etisk og et juridisk prinsipp at pasienten skal ha rett til medbestemmelse som mottaker av omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, Sykepleieforbundet 2011). Travelbee (2001) poengterte at kommunikasjon med pasienten, i hensikt å bli kjent med hans unike oppfatning og ønske, ikke kan erstattes. Autonomi i form av selvbestemmelse og valgfrihet fremmer livskvalitet og ble funnet å være viktige elementer i god pleie (Holst *et al.* 2003). Det er pasienten som skal legge føring for sykepleierens planlegging og gjennomføring av pleien. Både Waldrop og Meeker (2012) og Öhlén *et al.* (2013) viste at dersom sykepleier på et tidlig stadium får god kjennskap til pasientens ønsker for den palliative fasen, kan hun i samråd med pasienten skreddersy pleien i den hensikt å gi best mulig livskvalitet. Waldrop og Meeker (2012) mente at denne planleggingen må skje gjennom målrettet og kvalitetssikret dialog, helst i god tid før sykdommen er kommet så langt at pasientens evne til å kommunisere egne ønsker er redusert.

Vårt arbeid tar i utgangspunktet ikke for seg sykepleiers kommunikasjon med pårørende som sådan. Likevel er sammenhengen mellom pasienten og hans familie viktig å forholde seg til i forhold til kommunikasjonen med pasienten. Waldrop og Meeker (2012) hevdet at beslutninger ofte fattes i kontekst av de pårørende. Nærmeste pårørende ivaretar også autonomien når pasienten selv ikke har mulighet til det (Grov 2010). Det er avgjørende for god kommunikasjon og planlegging at sykepleieren er lydhør overfor relasjonen mellom pasient og pårørende (Waldrop og Meeker 2012). Både Kübler-Ross (1991) og de Hennezel (1997) understreket gjennom sine bøker viktigheten av kommunikasjon mellom pleiere og pasientens pårørende. Helsepersonell kan aldri fylle plassen til en av pasientens pårørende, uansett hvor nær relasjon det bygges. I følge Kübler-Ross (1991) skal den profesjonelle helsearbeideren tvert imot trekke seg tilbake og gi rom for pasient og pårørende til å være alene i perioder, dersom de ønsker det.

4.2 Sykepleier og det palliative teamet

4.2.1. Opplæring og hjelpemidler

Kommunikasjon om forhold ved livets slutt ble gjennom arbeidet til Galushko *et al.* (2012) funnet å være så vanskelig at det krever ekstra ferdigheter hos helsepersonellet. Joyce Travelbee (2001) anså at sykepleiere i utgangspunktet har ulike kommunikative evner og ferdigheter, men at systematisk arbeid gjennom sykepleieutdanningen bør kunne utvikle disse evnene og ferdighetene. Travelbee hevdet videre at ingen sykepleier kan «*betrakte seg som ferdig utdannet om hun ikke har fordypet seg i meningen med lidelse, sykdom, ensomhet og død*» (Travelbee 2001:39). Samtidig mente hun at ingen blir utlært på dette området.

Flere steder i litteraturen til dette studiet hevdes det at det er et stort potensial for å forbedre kommunikative kunnskaper og ferdigheter gjennom skolering av helsepersonell: Waldrop og Meeker (2012) etterlyste økt innsats for å fremme kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell. De mente også at arbeid med holdninger vedrørende omsorg for mennesker med dødelige tilstander må intensiveres. de Haes og Teunissen (2005) konkluderte med at dersom kommunikasjonen skal være effektiv, er det et behov for utdanning av helsepersonellet.

Svenske sykepleiere opplevde at erfaring og utdanning var positivt for kvaliteten på møtet mellom pasient og pleier (Holst *et al.* 2003). Forfatterne konkluderte med at yrkeserfaring gjør sykepleierne sikrere i egen rolle, og videreutdanning bidrar til at de føler seg tryggere. Sykepleierne i denne undersøkelsen oppfattet at relasjonen til pasientene og utfordringene forbundet med arbeidet fikk dem til å utvikles som mennesker (Holst *et al.* 2003). Galushko *et al.* (2012) avdekket imidlertid i sin gjennomgang av nyere forskningslitteratur at det er manglende opplæring i dette temaet for alle aktuelle personellgrupper. Öhlén *et al.* (2013) understreket betydningen av å arbeide bevisst med kvalitet og åpenhet i kommunikasjonen, og anbefalte klinisk veiledning for medlemmer av palliative team.

Sykepleieren må bruke alle ulike former for kommunikasjon for å utforske pasientenes og pårørendes ønsker og følelser. Galushko *et al.* (2012) hevdet at opplæring og støtte til personellet må ta for seg mer enn bare de tekniske aspektene ved kommunikasjon. Helsepersonell bør læres opp til bevissthet og refleksjon i forhold til egne følelser og verdier. Sykepleieren bør for eksempel være bevisst å skille mellom pasientens og sine egne meninger og følelser, slik at hun kan forholde seg adekvat til begge sidene (Galushko *et al.* 2012). På

den annen side er det en fordel for sykepleierens yrkesutøvelse hvis hun gjennom egne erfaringer klarer å sette seg inn i pasientens situasjon (Travelbee 2001).

Goldsmith *et al.* (2013) presenterte en studieplan for kommunikasjon, som beskrives som «en holistisk modell for narrativ klinisk kommunikasjon». Forfatterne viser hvordan studieplanen relaterer til, og bidrar til å oppfylle USAs kvalitetsstandard for palliativ omsorg (The National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013). Det finnes også norske retningslinjer for palliativ omsorg (Helsedirektoratet 2013). Det er viktig at pensum i kommunikasjon i grunn- og videreutdanning av sykepleiere utarbeides i henhold til slike nasjonale retningslinjer. Det er like viktig at sykepleiere i palliativ omsorg er seg bevisst eksistensen av retningslinjene, og bidrar til å ivareta dem gjennom sitt arbeid.

Strukturerte prosedyrer for samtaler har vist seg å være nyttig i forbindelse med planlegging for omsorg i livets siste fase, men mangler i mange tilfeller (Waldrop og Meeker 2012). de Haes og Teunissen (2004) viste at hjelpemidler som skjema og samtaleprosedyrer kan bidra til å forbedre den systematiske vurderingen av symptomer og pleiebehov hos pasienten, og gi informasjon om livskvalitet, kognitive svikt og åndelige behov. Et konkret eksempel er WHO's skjema for bedømming av livskvalitet (WHO 1995), som inneholder spørsmål av fysisk, psykisk og miljømessig art. Strukturerte skjema og prosedyrer vil nok ikke erstatte eller overflødiggjøre sykepleierens kommunikative kompetanse, men eksemplene som er nevnt over viser at slike hjelpemidler kan bidra til å strukturere og kvalitetssikre dialogen mellom sykepleier og pasient, i forhold til viktige funksjoner som for eksempel kartlegging og planlegging.

4.2.2. Tverrfaglighet

de Haes og Teunissen (2005) sin litteraturgjennomgang viste at palliativ omsorg har vist seg å handle om mange forhold i tillegg til ordinær symptombehandling: En overordnet målsetting har vært å forstå pasienten og levere tjenester i henhold til hans og de pårørendes ønsker. Et annet og viktig mål har vært å fremme livskvalitet, noe som innebærer blant annet praktisk, funksjonell og åndelig støtte, så vel som minimering av lidelse (de Haes og Teunissen 2005). I følge Kaasa (2004) kreves det samarbeid mellom profesjonene for å gi riktig behandling, pleie og omsorg av alvorlig syke mennesker. Goldsmith *et al.* (2013) slo fast at et strukturert, tverrfaglig arbeid er en forutsetning for å kunne ivareta de psykososiale aspektene til pasient og pårørende.

Holst *et al.* (2003) konkluderte etter sin forskning blant svenske sykepleiere med at god palliativ omsorg innebærer en helhet. Galushko *et al.* (2012) konkluderte også med at tverrfaglighet og flerfaglighet kan støtte pleieren i en utfordrende hverdag, men viste samtidig hvordan strukturelle barrierer kan være et hinder i samarbeidet mellom ulike spesialiteter, profesjoner og sektorer. Disse forfatterne (Galushko *et al.* 2012) pekte derfor på hvor viktig det er å ha fokus på tverrfaglig og flerfaglig kommunikasjon. de Haes og Teunissen (2005) konkluderte med at tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid vil bidra til å sikre framdrift med hensyn til både metodelære og etikk, så vel som praksis innen den palliative omsorgen. Dette viser oss at tverrfaglig og flerfaglig kommunikasjon og samarbeid ikke bare hjelper helsepersonellet og gir pasienten en bedre omsorg, men også har potensial til å øke kvaliteten på tjenesten som sådan.

Eide og Eide (2007) hevder at relasjonen til pasient og pårørende er den viktigste for sykepleierens utøvelse av sin funksjon, men at også relasjonene til de andre medlemmene i det palliative teamet er viktig. Öhlén *et al.* (2012) slo fast at alle medlemmene i det palliative teamet må bidra til å sikre åpen kommunikasjon. Goldsmith *et al.* (2013) fremhevet på sin side sykepleierens sentrale rolle i personalgruppen. De hevdet at hun gjennom sine relasjonelle ferdigheter har sterk innvirkning på kommunikasjonsmønsteret blant personalet, og kan bidra til en styrking av den gjensidige respekten og tilliten mellom de øvrige medlemmene.

Eide og Eide (2007) pekte på at god kommunikasjon er en måte å løse etiske problem på, og at det å bidra til gode samarbeids- og kommunikasjonsformer er et etisk ansvar for helsepersonell. Dette er for øvrig nedfelt i sykepleiernes etiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund 2013: 4.1), hvor det heter at sykepleieren skal «*fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten*». Travelbee (2001) påpekte at ingen helsearbeidere alene kan dekke alle behovene hos pasienten, men at personell fra både helsesektoren og andre områder håndterer ulike behov. Det som er spesielt med sykepleieren er at hun har ubegrenset tilgang til pasienten og kan yte umiddelbar hjelp. Vi ser her hvilken sentral funksjon sykepleieren har som nøkkelperson i det tverrfaglige palliative arbeidet, og hvor viktig det er at hun er bevisst denne ansvarsfulle rollen.

4.3 Kommunikasjon i palliativ fase

4.3.1. Kommunikasjon i relasjoner

Joyce Travelbee (2001) angir tre mål for interaksjonen mellom sykepleier og pasient: Å bli kjent med den syke, å fastslå og ivareta hans pleiebehov og å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasienter og pårørende kan i følge Waldrop og Meeker (2012) bidra til å oppfylle målet med palliativ omsorg, som er å bidra til en best mulig livskvalitet for pasienten. Selv om slik kommunikasjon i følge samme forfattere ofte er tilfeldig og av lav kvalitet, mener likevel Helsedirektoratet (2013) at kommunikasjon er det viktigste redskapet sykepleieren har for å vurdere pasientens livskvalitet. Også Goldsmith *et al.* (2013) hevdet at fortløpende vurdering, utforskning av barrierer og kommunikasjon med pårørende er viktige elementer i palliativ omsorg. Joyce Travelbee (2001) påpeker betydningen av at sykepleieren forstår hva det er pasienten kommuniserer, slik at hun kan benytte informasjonen i sykepleieintervensjoner for at pasienten best mulig kan mestre sin sykdom og lidelse.

I møtet med den døende pasienten er det viktig at en god relasjon blir skapt (Holst *et al.* 2003). En god kommunikasjon forutsetter nemlig et godt forhold mellom pasient og personell (de Haes og Teunissen 2005). Joyce Travelbee (2001) hevder at kommunikasjonsprosessen setter sykepleieren i stand til å etablere et «menneske – til – menneskeforhold». Travelbee omtaler dette forholdet som en gjensidig prosess, som både sykepleieren og den syke bygger opp seg imellom, først og fremst i egenskap av det å være unike menneskelige individer. For å sikre en god kommunikasjon må sykepleieren være lydhør og i stand til å forholde seg til både verbale og nonverbale signaler fra pasienten (Holst *et al.* 2013). Hun må praktisere empatisk og aktiv lytting og nonverbal tilstedeværelse (Goldsmith *et al.* 2013). Sykepleieren må også være bevisst på ulike aspekter ved kommunikasjon når hun henvender seg til pasienten, som hvordan hun plasserer seg, tonefall og ordvalg (Öhlén *et al.* 2013).

Waldrop og Meeker (2012) hevdet på sin side at relasjonsbygging skjer gjennom å respondere til pasientens og familiens behov. Dette er i overensstemmelse med Travelbees syn på etablering av menneske-til-menneskeforholdet, hvor det blant annet heter «*Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familiens hans får sine behov ivaretatt*» (Travelbee 2001:177). Relasjonen oppnås i følge de Haes og Teunissen (2005) mens det bygges tillit gjennom kommunikasjon, og kjennetegnes av respekt, kompetanse, pålitelighet og ærlighet. Holst *et al.* (2003) fant at den gode relasjonen mellom pasient og pleier skapte tillit og lettet

pasientens tilnærming til døden som tema på en verdig måte. I de tilfeller der pasienter, pårørende og helsepersonell overkommer frykt for å snakke om dette temaet kan resultatet i følge Galushko *et al.* (2012) bli «en god død». For å oppsummere ser vi at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan legge til rette for viktige samtaler som man ellers vil kvie seg for. Vi ser at relasjonen bygges som et forhold mellom to mennesker. Dette skjer gjennom kommunikasjonsprosessen i sykepleierens daglige arbeid med å ivareta pasientens behov. Det er interessant å merke seg at relasjonsbyggingen på samme tid både krever tillit og skaper tillit.

Det å finne mening i sykdom og lidelse står sentralt hos Travelbee (2001). I følge Travelbee (2001) er mening et subjektivt begrep og oppstår som en unik erfaring i den enkelte pasient. Mening innebærer at pasienten forstår og aksepterer egen tilstand, samtidig som han holder fast ved at hans eget liv fortsatt er betydningsfullt. Öhlén *et al.* (2013) konkluderte etter sine undersøkelser av svenske kreftpasienter med at det å finne mening med å motta palliativ omsorg kan betraktes som en læreprosess. Det relasjonelle blir ansett som viktig i forhold til prosessen, idet pasientens anstrengelser for å finne denne meningen skjer på ulike måter, og i relasjon til både personell og medpasienter. Öhlén *et al.* (2013) hevder at pasientautonomi som etisk prinsipp i dette perspektivet må betraktes som en relasjonell autonomi. Dette innebærer at sykepleieren må støtte pasienten når han på ulike måter prøver å finne mening i tilstanden sin ved å skaffe seg innsikt i egen sykdomsprosess.

Goldsmith *et al.* (2013) hevder at sykepleiere må læres opp til å anerkjenne det faktum at ytringer har flere meninger og mål, og at det å overbringe informasjon bare er en del av kommunikasjonen. Joyce Travelbee (2001) definerer den profesjonelle sykepleier som en person som «*besitter og anvender en disiplinert, intellektuell tilnærming til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk*» (Travelbee 2001:41). Helsedirektoratet (2013) følger langt på vei denne todelingen, når de skiller mellom kommunikasjonens oppgaveorienterte funksjon (kartlegging og informasjonsutveksling) og emosjonelle funksjon (blant annet om eksistensielle forhold).

de Haes og Teunissen (2005) viste hvordan kommunikasjon basert på en tillitsbasert relasjon kan bidra til å skape felles målsettinger for omsorgen mellom helsepersonell på den ene siden og pasienten og hans pårørende på den andre siden. Dette er et eksempel på det Helsedirektoratet (2013) omtaler som kommunikasjonens oppgaveorienterte funksjon. Waldrop og Meeker (2012) nevnte verktøy som advanced directives (AD) og advanced care

planning (ACP). Disse skal kunne bidra til å ivareta pasientens autonomi og oppfylle hans ønsker lengre ut i sykdomsforløpet, gjennom konkrete direktiver for hva som skal skje i livets slutfase. Eksempler er «hvor ønsker jeg å dø?» og «hvilke ønsker har jeg i forhold til gjenoppliving?» Det finnes også en norsk veileder for det å fatte beslutninger for pleie i livets siste fase (Helsedirektoratet 2009). Galushko *et al.* (2012) påpekte imidlertid at pasientens preferanser kan endres i løpet av sykdomsprosessen. Derfor må sykepleieren gjennom sin kommunikasjon med pasienten kontinuerlig overvåke eventuelle endringer i preferansene. Dette er i overensstemmelse med Travelbee (2001), som hevder at målene med interaksjonen aldri nås permanent.

4.3.2. utfordringer og vanskeligheter i kommunikasjonen

Travelbee (2001) anså at evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk var et kjennetegn på den profesjonelle sykepleieren. Helsedirektoratet (2013), påpeker imidlertid at de emosjonelt orienterte delene av samtalene med pasienten oppleves som vanskeligst å gjennomføre. Også i undersøkelsen til Holst *et al.* (2003) og Öhlén (2013) var vansker med kommunikasjon i palliativ omsorg et tilbakevendende tema. I boken ”Døden nær” (Hennezel 1997) gis det eksempel på at dårlig kommunikasjon kan føre til forvirring og utrygghet for pasienten. Først når lege og sykepleier tar seg tid til å presisere for pasienten hvilken prognose og behandling som venter, fører dette til at pasienten finner trygghet og ro, og samsvar mellom subjektiv opplevelse og virkelighet.

Goldsmith *et al.* (2013) viste at dårlige kommunikative erfaringer og prosesser gjenspeiler seg i emosjonelle påkjenninger, moralsk slitasje, og arbeidsrelatert stress. Galushko *et al.* (2012) pekte på at kommunikasjon om døden ofte er forbundet med frykt hos helsepersonell og at mange får assosiasjoner til personlige erfaringer. Holst *et al.* 2003 viste hvordan de vonde følelsene kan resultere i at helsepersonellet tar i bruk forsvarsmekanismer, som for eksempel distansering. Galushko *et al.* (2012) viste hvordan dette kan forårsake at mange unngår diskusjoner om hva som skal skje mot slutten av livet. Waldrop og Meeker (2012) fant blant annet at vanskeligheter og utfordringer med å gjennomføre samtaler om døden kan være til hinder for effektiv planlegging av pleien. En slik unnvikelse vil dessuten forhindre relasjonsbyggingen, som i følge Travelbee (2001) er en forutsetning for å kunne oppnå det mål som sykepleieren jobber mot.

Håp og prognoser er vanlige tema i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med livstruende sykdom, og det å overbringe dårlige nyheter framheves som et spesielt

vanskelig tema i både artikler og lærebøker (de Haes og Teunissen 2005, Eide og Eide 2007, Lorentsen og Grov 2010, Galushko *et al.* 2012, Öhlén *et al.* 2013). Det ble også ansett som utfordrende å skulle bidra til håp og samtidig være ærlig og direkte i forhold til prognose og manglende mulighet for å tilby kurativ behandling (de Hennezel 1997, de Haes og Teunissen 2005, Galushko *et al.* 2012, Öhlén *et al.* 2013). Lorentsen og Grov (2010) viste at håp kan handle om andre ting enn det å overleve og kan oppleves i alle stadier av sykdomsforløpet. For eksempel kan en kreftpasient ha håp om å leve lenge nok til å oppleve en familiebegivenhet. Begrepet håp er hos både pleiepersonell og pasienter innen kreftomsorgen omtalt som en motiverende styrke som gjør deg klar til å nå et mål (Busch 2004). Håp er også omtalt som en visshet om at noe gir mening, uansett hvordan det går (Havel 1987, sitert i Busch 2004). En aktiv og engasjert tilstedeværelse hos sykepleier vil kunne bidra til å fremme omsorgsfulle og bekreftende relasjoner som vil fremme pasientens følelse av håp (Lorentsen og Grov 2010).

Kommunikasjon i palliativ pleie kan være en så sterk følelsesmessig belastning også for helsepersonellet at sykepleierne har behov for støtte. de Haes og Teunissen (2005) viste til at nødvendigheten av å «hjelpes hjelperne» var et vanlig tema i forskningslitteraturen. Galushko *et al.* (2012) pekte på sykepleiernes behov for hjelp med egne følelser gjennom refleksjon og debriefing etter emosjonelt utfordrende situasjoner. Holst *et al.* (2003) viste at sykepleieren trenger mer støtte jo nærmere hun kommer pasienten, og at hun i enkelte tilfeller vil ha behov for profesjonell støtte. Samme forfattere erfarte at sykepleieren kan håndtere vanskelighetene gjennom ulike «copingstrategier» som kan være å senke kravene til seg selv, prøve å slappe av, eller rett og slett overlate noe av arbeidet til kolleger. De fant imidlertid at den beste, raskeste og mest adekvate støtten kom gjennom spontane samtaler med arbeidskameratene. De Hennezel (1997:20) hadde inntrykk av at de ansatte på hennes avdeling klarte "å bære og følge hele smertens tyngde" fordi de stilte seg til disposisjon for hverandre. Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren har gode relasjoner til sine kollegaer og føler seg trygg på dem.

5.0 Konklusjon

Vi startet arbeidet med denne oppgaven gjennom å stille spørsmålet: «Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom kommunikasjon fremme livskvalitet for mennesker med kreft i livets slutfase?». Vi hadde et ønske om å lære mer om hvilke faktorer som skal til for at pasienten skal oppnå god livskvalitet i livets slutfase, samt tilegne oss kunnskaper som gir oss trygghet i hvordan vi skal opptre i praksis, slik at vi kan møte disse pasientene med respekt, empati og mot. Vi har ved hjelp av Joyce Travelbees teori, og gjennom analyse av forskningsarbeid i forhold til problemstillingen, fått mer kunnskap på dette området.

I palliativ omsorg må sykepleieren ta utgangspunkt i pasienten som et helt menneske, med sine fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Pasienten må møtes som et medmenneske og må samtidig forstås gjennom sin relasjon til sine pårørende. Pasientens rett til medbestemmelse og delaktighet (autonomi) må være utgangspunkt for utøvelse av omsorgen. Kommunikasjon og relasjonsbygging er sentrale virkemidler for å gi pasienten mulighet til å utøve sin autonomi. Pasienten kan gjennom en læringsprosess finne mening i det å motta palliativ omsorg. Relasjonsbygging er et sentralt element også i denne prosessen.

Sykepleieren på sin side støter i det palliative arbeidet på mange kommunikative utfordringer som krever relasjonelt mot. Overfor pasienten må hun kunne forholde seg til å gi dårlige nyheter, samtidig som hun skal kunne bidra til å finne håp og mening i sorgen og mismotet. Hun skal også gjennomføre sitt arbeid i det spenningsfeltet som eksisterer mellom pasienten og hans pårørende og samtidig være et kommunikasjonsknutepunkt i forhold til øvrige medlemmer av personalet.

Den emosjonelle belastningen stiller krav til støttende oppfølging på arbeidsplassen, noe som først og fremst oppnås gjennom gode kollegaer. Skjema og strukturerte prosedyrer for gjennomføring av samtaler kan i noen tilfelle være til hjelp for sykepleieren, men for å oppfylle profesjonskrav og møte utfordringer stilles det krav til hennes kommunikative kompetanse. De grunnleggende ferdighetene må tilegnes i grunnutdanningen, men kan og bør videreutvikles gjennom etterutdanning og erfaringsbasert refleksjon.

Kommunikasjon er et omfattende begrep, som handler om mye mer enn det å overføre informasjon. Litteraturen vi har benyttet har vist oss mange eksempler på hvordan den oppgaveorienterte delen av kommunikasjon kan forstås som et redskap, for sykepleierens undersøkelse og kartlegging av pasientens behov, preferanser og tilstand. Dette kan blant

annet bidra til å minimere lidelse. Vi har også sett hvordan pasient og helsepersonell gjennom kommunikasjon kan legge planer for pleien i den fasen da pasienten selv ikke lenger er i stand til å kommunisere like klart. Kommunikasjon benyttes også som et redskap i den tverrfaglige samhandlingen med det øvrige helsepersonellet.

Kommunikasjonen med pasienten har også en emosjonell side, som for eksempel kan omhandle eksistensielle spørsmål. Gjennom samtaler om slike tema blir sykepleieren i stand til å bygge en tillitspreget relasjon til pasienten. For å skape denne relasjonen bør sykepleieren utøve lydhør og oppmerksom verbal og nonverbal kommunikasjon, samt aktiv og empatisk tilstedeværelse. Dette representerer sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv.

Som oppsummering ser vi at vi som sykepleiere gjennom kommunikasjon kan fremme livskvalitet hos en kreftpasient i palliativ fase på to måter: Vi kan bruke kommunikasjon som et viktig redskap for å yte en best mulig pleie i form av undersøking, kartlegging og planlegging, samt koordinering av pleien. Dernest kan vi fremme livskvalitet ved at vi møter pasienten som medmenneske og gjennom kommunikasjon bygger en tillitsbasert relasjon som gir oss et grunnlag for å hjelpe ham med å finne mening i hans tilstand.

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Blix, E. S. og Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS,

Kalfoss, M. H. (2010). Møtet med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., Stubberud, D.G., Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2.* 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. *Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lorentsen, V. B og Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D,-G. og Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 2.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Odland, L.-H (2008) Menneskesyn. I: Brinchmann, B.S. *Etikk i sykepleien* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

6.2 Selvvalgt litteratur

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie.* Oslo: Akribe (25 sider)

Busch, C., J. (2004). Håpløshet og håp. I: Kaasa, S. (red.) *Palliativ behandling og pleie, Nordisk lærebok.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (13 sider)

Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A., Beveridge, H.A. (2002) Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. *Palliative Medicine* 16(4:) 297-303 (5 sider)

- Galushko M., Romotzky V. og Voltz R. (2012) Challenges in end-of-life communication. *Current Opinion Support Palliat Care* 6(3): 355-364 (10 sider)
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., Ragan, S.L., (Apr 2013): Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 17(2): 163-167. (5 sider)
- Grov, E. K. (2010). Pårørende I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. Kr. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS (9 sider)
- von Gunten, C. (2012) Evolution and Effectiveness of Palliative Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4): 291-297. (6 sider)
- de Haes H. og Teunissen S. (2005) Communication in palliative care: a review of recent literature. *Current Opinion in Oncology* 17(4): 345-50 (6 sider)
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-for-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Sider/default.aspx> Nedlastet 12. september 2013 (5 sider)
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>. Nedlastet 3. september 2013 (1 side)
- Helse og Omsorgsdepartementet (2012). Verdens Helseorganisasjon. [online].Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126 Nedlastet 12. september 2013 (1 side)
- de Hennezel, M. (1997). *Døden nær*. Oslo: Pax Forlag A/S (130 sider)
- Holst, M., Sparrman, S., og Berglund, A. (2003) Det dialogiska förhållandet. Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Vård i Norden* 23(2): 46–49 (4 sider)
- Kaasa, S. (2004). Samarbeid i livets avslutningsfase. I: Kaasa, S. (red.) *Palliativ behandling og pleie, Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (8 sider)

- Kübler – Ross, E. (1991). *DØDEN ER LIVSVIKTIG – om livet, døden og livet etter døden*. Viborg, Danmark: N.W. Damm & Søn (75 sider)
- Larønningen S., Larsen I.K., Møller B., Engholm G., Storm H.H. og Johannesen T.B. (2013) NORDCAN – Cancer data from the Nordic countries. Oslo: Cancer Registry of Norway. (4 sider)
- Loge, J., Bjordal, K. og Paulsen, Ø. (2006) *Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling*. [Online] Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1339744 Nedlastet 12. September 2013 (3 sider)
- Mathisen, J. (2005). Livets avslutning. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (20 sider)
- National Consensus project for Quality Palliative Care (2013) *Clinical practice guidelines for quality palliative care. (3rd ed.)* [online]. Tilgjengelig fra: http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf Nedlastet 3. september 2013 (4 sider)
- NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/002/PDFA/NOU199919990002000DDD/PDFA.pdf>. Nedlastet 7. September 2013 (10 sider)
- Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1%09%09-YER-hefte_pdf.pdf (5 sider)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning* [online] tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#3-1> (1 side)
- Reitan, A. M. (2010). *Kreftsykepleie I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. Kr. (red.). Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS (11 sider)

- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. Kr. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS (10 sider)
- Statistisk sentrabyrå (2013) *Dødsårsak* [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.ssb.no/dodsarsak/>. Nedlastet 8. september 2013 (2 sider)
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
Nedlastet 7. september 2013. (8 sider)
- Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. Kr. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS (10 sider)
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (230 sider)
- Utne, I. og Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. Kr. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS (3 sider)
- WHO (1995) *WHOQOL-100*. [online]. Tilgjengelig fra:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77084/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.01_eng.pdf
Nedlastet 21. September 2013 (5 sider)
- WHO (2013) *Definition of Palliative Care* [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Nedlastet 9. September 2013 (1 side)
- Waldrop, D.P., Meeker, M.A. (2012) Communication and advanced care planning in palliative and end-of-life care. *Nursing Outlook* 60: 365 -369 (5 sider)
- Öhlén, J., Wallengren Gustafsson, C., Friberg, F. (2013) Making Sense of Receiving Palliative Treatment: Its Significance to Palliative Cancer Care Communication and Information Provision. *Cancer Nursing* 36(4): 265-273 (9 sider)
- (Totalt 644 sider)