



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Wenche Lillian Arnes og Marte Andersen Busterud

Bacheloroppgave

Når alt håp er ute...

When all hope is gone...

Bachelor i sykepleie 2012

Veileder: Marit Bye

Antall ord: 13 722

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Norsk sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren fremme mening hos pasienter i akutt krise, etter nyoppdaget uhelbredelig cancer?

Bakgrunn: Når man jobber i helsevesenet er det nærmest uunngåelig å ikke møte pasienter med kreft. Vi har begge erfart hvor vanskelig det kan være å møte pasienter som akkurat har fått vite at de har uhelbredelig kreft.

Hensikt: Oppgavens tittel «Når alt håp er ute...» innebærer en førforståelse om at håp om helbredelse er urealistisk hos pasienter med inoperabel kreft. Med bakgrunn i sykepleieteoretikeren Travelbee sin definisjon av sykepleierens funksjon, som handler om å hjelpe pasienter og deres pårørende å mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening, er oppgavens hensikt å belyse hvordan sykepleieren kan gjøre dette.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie, og Joyce Travelbee og Kari Martinsen ligger til grunn for den sykepleieteoretiske plattformen, sammen med relevant litteratur og forskning om blant annet krise, håp, omsorg og psykososiale behov. Med fokus på det eksistensielle behovet drøfter vi ved hjelp av litteratur og egne erfaringer, hvordan sykepleieren kan fremme mening hos palliative pasienter.

Resultat: Det viser seg at det aller viktigste for pasienter med dødelig sykdom er opplevelsen av håp, og å fremme håp er blant sykepleierens oppgaver. Håp kan gi livet mening, og mening i situasjonen de befinner seg i, og dette kan hjelpe pasienten å mestre.

Konklusjon: Omsorg er blant grunnpillarene i sykepleieutøvelsen, og må være basert på en forståelse av den andres situasjon. Sykepleieren kan fremme mening ved å bruke sine empatiske evner, god kommunikasjon, og ivareta pasientens psykososiale behov.

Forord

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 e 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 har gjort død til liv for deg.

Av Bjørn Eidsvåg (1983)

Innholdsfortegnelse

NORSK SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	7
1.2 REDEGJØRELSE FOR FØRFORSTÅELSE	7
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
1.4 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	9
2. METODE	10
2.1 HVA ER METODE?.....	10
2.2 FREMGANGSMÅTE	10
2.3 KILDEKRITIKK	10
2.3.1 <i>Kritikk av artikler</i>	11
2.3.2 <i>Kritikk av bøker</i>	12
2.4 ARTIKLER.....	13
3. TEORI	18
3.1 HVA ER KREFT?	18
3.1.1 <i>Cancer ventriculi</i>	18
3.2 CASE	19
3.3 SYKEPLEIERENS FUNKSJONS- OG ANSVARSOMRÅDER	19
3.4 SYKEPLEIETEORETIKERE	20
3.4.1 <i>Joyce Travelbee</i>	20

3.4.2	<i>Kari Martinsen</i>	22
3.5	KRISE.....	23
3.5.1	<i>Mestringsstrategi</i>	23
3.5.2	<i>Traumatisk krise</i>	23
3.5.3	<i>Krisefaser</i>	24
3.6	SORG.....	25
3.7	HÅP.....	25
3.8	PSYKOSOSIALE BEHOV	26
3.8.1	<i>Haviks kontrollmodell</i>	27
3.9	OMSORG.....	29
3.10	PÅRØRENDE	29
3.11	ETIKK.....	30
3.12	KOMMUNIKASJON	31
3.13	PRESENTASJON AV ARTIKLER.....	31
4.	DRØFTING	35
4.1	HVORDAN KAN DEN KREFTRAMMEDE REAGERE?	35
4.2	HVA ER SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ROLLE?	37
4.3	HVILKEN BETYDNING HAR HÅPET FOR DEN PALLIATIVE PASIENTEN?	37
4.4	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN IVARETA DEN PALLIATIVE PASIENTENS PSYKOSOSIALE BEHOV?.....	40
4.5	HVA ER EMPATIENS ROLLE I RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT?.....	41
4.6	HVA ER GOD OMSORG?.....	43
4.7	HVORDAN KAN PÅRØRENDE REAGERE?.....	43
5.	KONKLUSJON	45
	LITTERATURLISTE	48
	VEDLEGG 1	51

1. Innledning

Temaet for denne oppgaven er pasienter som er selvhjulpne, men hvor døden er nært forestående grunnet en nyoppdaget cancer med dårlig prognose, og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sin nåværende livssituasjon.

I 2013 fikk 30 401 nordmenn en kreftdiagnose (Kreftregisteret, 2015). I løpet av utdanningen vår har vi i samtlige praksisperioder møtt mennesker som får en diagnose som endrer livet deres. Innenfor somatikken gjelder dette pasienter med en ondartet svulst.

I 2012 var kreft den nest hyppigste dødsårsaken i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2013), og hvert år blir det påvist 500 nye tilfeller av cancer ventriculi (Paulsen, 2011). I 2013 døde 320 personer etter å ha blitt diagnostisert med cancer ventriculi (Folkehelseinstituttet, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har selv opplevd, og kjent på hvor vanskelig det kan være å møte disse pasientene, for hva kan man gjøre for noen som klarer seg selv, men samtidig mest sannsynlig vil dø? Pasientene skal ikke frarøves håp – men vi kan heller ikke gi falskt håp om helbredelse. Hva kan man snakke om? Når man jobber innenfor helse er det nærmest uunngåelig å ikke møte pasienter som er i livets slutfase, herunder pasienter med kreft. Hvordan bør sykepleieren møte pasienten når håp om overlevelse er urealistisk? Oppgavens formål er å få økt kunnskap om hvordan sykepleieren kan fremme mening hos pasienter i krise, avgrenset mot kreftpasienter.

1.2 Redegjørelse for førforståelse

Dette omhandler pasienter hvor døden er nær forestående. Kurativ behandling er enten gitt eller vurdert uhensiktsmessig, og det kan bli sagt at «nå er det ikke mer vi kan gjøre». Dette har vi hørt blitt sagt flere ganger – om ikke direkte til pasienten, så har det blitt sagt om pasienten, ofte i et faglig forum på vaktrommet. Vi tenker at det virker som om helsepersonellet rundt disse pasientene med tragiske skjebner ofte rammes av en slags håpløshet i en kort periode, før disse kreftene omgjøres til noe mer konstruktiv.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Når kurativ behandling ikke lenger er mulig, og pasienten vil dø i løpet av det kommende året, kan både leger og sykepleiere kjenne på følelsen av at det ikke lenger er noe å gjøre. Allikevel vil det fra sykepleierens side, alltid være noe å gjøre for pasienten – selv om han er døende (Lohne, 2010). Vi ønsker å sette lys på hva sykepleieren kan gjøre, hva hun bør gjøre, og hvordan hun gjør det – slik at pasienten opplever møtet meningsfullt, og mestrer sin livssituasjon. Sykepleierens funksjon er i følge Travelbee (1999) å hjelpe pasienten og familien å mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening. Vi ønsker å finne ut *hvordan* sykepleieren kan gjøre dette.

Problemstillingen er som derfor som følgende:

Hvordan kan sykepleieren fremme mening hos pasienter i akutt krise, etter nyoppdaget uhelbredelig cancer?

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Med «mening» mener vi mening i situasjonen, og mening med livet slik det er nå.

Vi er innforstått med at sykepleieren har ansvar for å ivareta alle de grunnleggende behovene, men vi har fokus på de psykososiale behovene i denne besvarelsen.

Vi omtaler pasienter som har trådd inn i en fase hvor man med stor sikkerhet vet at døden vil inntre i løpet av det kommende året. Det skal sies at vi er innforstått med at man aldri med klar sikkerhet kan spå pasienters levetid, da prognoser er basert på gjennomsnittlig levetid, og alle mennesker er forskjellige.

Tidspress er et veldiskutert tema innenfor helse, og sykepleien. Det er velkjent at sykepleiere opplever å måtte nedprioritere pasientens psykososiale behov, da praktiske gjøremål ofte må komme først. Vi velger å ikke utbrodere tidspress ytterligere i oppgaven, da vi mener at sykepleieren har et eget ansvar for at alle behov blir ivaretatt.

Sykepleieren vi omtaler i denne oppgaven vil møte pasienten på sykehus, og i hjemmet i form av hjemmesykepleie. Vi kommer ikke til å påpeke eller utbrodere dette videre, da vi mener det ikke har betydning for hva vi ønsker å formidle.

Vi har valgt å ha et kapittel om sykepleie til pårørende av pasienter i palliativ fase, men ønsker å understreke at dette er et så omfattende tema i seg selv, at kun hovedpunkter kan trekkes frem. Det samme gjelder temaet kommunikasjon.

I oppgaven omtaler vi sykepleieren som «hun», og pasienten som «han», av praktiske årsaker.

1.5 Oppgavens disposisjon

Dalland (2012) ligger til grunn for måten vi har valgt å løse oppgaven på, og oppgavens disposisjon. I innledningen har vi presentert problemstilling, og bakgrunnen for at vi har valgt dette temaet. Oppgaven består videre av et metodekapittel, et teorikapittel, og et drøftingskapittel, før vi til slutt presenterer en konklusjon basert på valgt teori og forskning. I metoddelen presenterer vi forskernes metode i sin studie, og i teoridelen setter vi lys på hvilke funn og resultater de kom fram til.

2. Metode

2.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s.112) definerer metode som «...en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, og komme frem til ny kunnskap...». En skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitative metoder gir målbar data, og gir bred informasjon, mens kvalitativ metode sier noe om mening og opplevelse som ikke kan måles ved hjelp av tall og data, og går mer i dybden (Dalland, 2012).

2.2 Fremgangsmåte

Dette er en litteraturstudie – en litterær oppgave hvor vi ikke benytter en bestemt metode, men utforsker temaet basert på eksisterende kunnskap. Mens studier vil gjøre rede for valg av metode, vil vi i det følgende redegjøre valg av litteratur (Dalland, 2012).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode for å vurdere troverdigheten til en kilde, og å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. I en litteraturstudie må vi gjøre rede for valg av litteratur. Det innebærer en redegjørelse for hva vi har funnet av litteratur, og hvilke kriterier vi har satt. Vi må eksemplifisere hvilken litteratur som faller utenfor kriteriene, og hva som faller innenfor – for å tydeliggjøre hvordan vi har brukt kriteriene våre. Hva slags kilder vi har funnet, om det er forskning eller faglitteratur, hvilken fremgangsmåte vi har brukt for å finne de, hva kildene handler om, og hvilken relevans de har for vår problemstilling (Dalland, 2012).

Vi satt oss tidlig noen utvelgelseskriterier for forskningsbasert litteratur. Blant annet ønsket vi i all hovedsak litteratur basert på kvalitativ metode, fordi det sier noe om informantenes egen erfaring, noe vi mener er svært relevant for vår problemstilling. Kvantitativ forskning vil også være av verdi for å svare på oppgavens problemstilling. Vi fant kvantitativ forskning, men disse artiklene møtte ikke kriteriene vi hadde satt, og ble derfor ekskludert.

Vi har dog inkludert en fagartikkel som er basert på kvantitativ metode i form av en undersøkelse. Forskingen måtte også være relevant for sykepleiefunksjonen, selv om medisinsk forskning kan være nyttig i denne sammenhengen. I utgangspunktet hadde vi ikke satt strenge kriterier for forskningens alder, da vi mente at sykepleierens møte med den palliative, døende pasienten har vært aktuelt i lang tid. Senere i prosessen så vi at menneskesynet, og tilnæringsmåter har utviklet seg over tid, og at det allikevel var hensiktsmessig å fokusere på nyere forskning.

2.3.1 Kritikk av artikler

Å søke etter litteratur har vært en lang prosess. Å finne gode søkeord, og sette de sammen, har vært krevende, og ofte ga søkestrategiene vi brukte mange resultater. Det har vært utfordrende å avgrense, da dette ofte førte til ingen resultater. Vi har derfor godtatt at våre søk ga mange artikler, og har i stedet brukt tid på å lese titler og abstrakter i vår avgrensing i litteratursøket.

Forskingen vi har benyttet er av varierende årstall (1998-2012). Vi hadde ingen strenge kriterier for alder, men noen av artiklene er allikevel eldre enn vi foretrekker. Vi har derfor hatt fokus på validitet, og forskningens gyldighet i dag.

Alle forskningsartiklene vi har inkludert er studier som er utført i Norge eller Sverige. Dette anser vi som en styrke, da overføringsverdien vil være større til vår oppgave når likhetene er flere. En artikkel ble ekskludert fordi studien ble utført i Hong Kong, og det var tydelig at kulturforskjeller utgjorde vesentlige ulikheter i studiens resultater, sammenlignet med studier utført i Skandinavia.

Fire av artiklene er engelskspråklige, og det kan være en svakhet i vår fortolkning av innholdet.

Deltakerne i noen av studiene har en vesentlig aldersforskjell til pasienten i oppgavens case, som kan påvirke deres bidrag til studien, fordi vi mener alder spiller inn på menneskers behov, prioriteringer og erfaringer basert på hvilken fase i livet de befinner seg i.

I den ene studien fikk inkluderte deltakere både palliativ og kurativ behandling, noe vi mener er en svakhet da pasienter med ulik prognose mest sannsynlig vil ha ulike oppfatninger.

I den ene fagartikkelen (Kvåle, 1999) vi har benyttet, er sykepleiergruppen som deltok i undersøkelsen liten, og vi stiller oss derfor kritisk til funnene. Kvalitativ forskning er ofte basert på mindre grupper (Dalland, 2012), men i denne undersøkelsen hvor to grupper er intervjuet, er sykepleiegruppen mindre enn pasientgruppen. Artikkelforfatteren er sparsom i sin beskrivelse av metode, og disposisjonen er noe uoversiktlig. Allikevel er funnene hun gjorde i sin undersøkelse av interesse for vår oppgave, og vi har derfor valgt å bruke den, selv om vi leser den med et kritisk blikk.

En artikkel vi først vurderte som relevant, ble ekskludert på grunn av stort fokus på basale behov, som det gode stellet – noe som jo er viktig, men ikke like relevant for vår oppgave. Vi anså det også som negativt at forskningen ble gjennomført med kun to sykepleiere som deltakere. Vi ekskluderte også artikler som var basert på forskning gjort med kreftpasienter hvor behandlingen var kurativ.

2.3.2 Kritikk av bøker

Vi har i stor grad brukt boken til Kirsti Kvåle, *Sykepleie til mennesker med kreft*. Boken er skrevet for sykepleiere i møte med kreftpasienter, og vi vurderer den derfor som relevant. Forfatteren hadde vært praktiserende sykepleier i mange år når hun skrev boken, og hadde de senere årene jobbet som høgskolelektor ved videreutdanningen i kreftsykepleie. Vi anser det som positivt at forfatteren har lang erfaring i arbeid med kreftpasienter, fordi dette gir henne førstehåndskunnskap om emnet hun skriver om. Det trekker ned at boken er såpass gammel i dag, da kreftsykepleie er et tema under kontinuerlig utvikling, og informasjonen i boken kan være utdatert. Dette har vi sjekket nøye, og vi vurderer den som relevant for sykepleiere i dag, samtidig som vi har supplert med nyere kilder.

Vi har benyttet boken *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* i stor grad i oppgaven. Den er av nyere årstall, og kan vise til nyere forskning på temaet. Bokens redaktør, og forfatter av store deler, Dag-Gunnar Stubberud, er en erfaren intensivsykepleier, og jobber som førstelektor ved videreutdanningen i nevnte felt. Vi anser fagboken som en troverdig kilde, da forfatteren er en erfaren kliniker i møte med akutte/kritiske syke mennesker, og han er for øvrig også forfatteren i pensumlitteratur høyskolen har satt. Boken er skrevet for sykepleierstudenter, og sykepleiere i møte med akutt eller kritisk syke mennesker.

Når vi skulle redegjøre for sykepleieteori, valgte vi å bruke litteratur teoretikerne har skrevet selv. På denne måten fikk vi studert og analysert teorien slik forfatterne selv har presentert

den, noe vi mener er en styrke. Boken til Joyce Travelbee (1999) regnes som primærlitteratur, men det bør nevnes at den er oversatt fra engelsk til norsk, noe som kan prege innholdet. Vi har også valgt å bruke Marit Kirkevolds bok *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* når vi har tolket teoriene, både for å se om vi har tolket den likt som Kirkevold, som er mer erfaren på området enn oss, men også fordi noe av litteraturen er av eldre karakter, og har vært utfordrende å forstå. Kirkevold har fortolket teoriene, og faren med å bruke hennes bok, som er en sekundærkilde, kan være at hun har tolket teorien feil, som igjen vil gjenspeile seg i vår oppgave (Dalland, 2012).

Cullberg (2007) er en anerkjent forfatter innenfor kriseteori. Vi har valgt å benytte hans bok *Mennesker i krise og utvikling*, fordi den er en kjent klassiker i litteratur om kriserammede mennesker. Boken er ment for mennesker utover et spesielt fagfelt, og er skrevet for å gi mennesker som ønsker å hjelpe andre, en innføring i hvordan denne hjelpen kan skje. Cullberg snakker om «terapeuten» i sin bok, og vi har valgt å omgjøre dette begrepet til «sykepleieren» i vår oppgave i drøftingsdelen.

2.4 Artikler

Her vil vi gjøre rede for hvordan vi har funnet forskning, hva slags forskning det er, og hvilken fremgangsmåte forfatterne har brukt.

Søkehistorikk og søkestrategi

Vi har søkt i databasene Cinahl, Cochrane og Svemed+. Artikler i Cochrane er som oftest fagfellevurdert, og har høy standard, noe vi anser som en styrke for innholdets troverdighet.

Vi har brukt Google Scholar for å få tilgang til artiklene i fulltekst. Vi har brukt Svemed+ for å finne MeSH-termer. Vi har for det meste søkt etter engelsk litteratur, for å utvide søket, og finne relevant litteratur.

Vi søkte i Cochrane med søkesetningen *nursing inoperable ventricle cancer*, og fikk ingen funn. Vi forsøkte videre i Google Scholar, og fikk mange treff der, blant annet en artikkel vi har valgt å bruke, grunnet dens relevans, og fordi den møter kriteriene vi har satt. I Cinahl søkte vi med søkeordene *palliative nursing AND care AND crisis AND hope*, og fikk ingen relevante funn.

Norske søkeord vi har brukt: sykepleie, palliativ, inoperabel, kreft, cancer, tumor, håp, krise, psykososiale behov,

Engelske søkeord vi har brukt: palliative nursing, inoperable, cancer, ventricle cancer, psychosocial, nursing,

Winterling, J., Wasteson, E., Sjöden, P.-O., & Nordin, K. Substantial changes in life: perceptions in patients with newly diagnosed advanced cancer and their spouses, 2004

Denne artikkelen fant vi ved å bruke søkeordene nursing AND patients AND inoperable ventricle cancer i Google Scholar. Artikkelen var nummer fire av 1980 resultater, og fanget vår interesse grunnet tittelen, som vi håpet kunne si oss noe om hvordan pasienter med langtkommen kreft har det.

Artikkelen er basert på kvalitativ metode, og studien er fenomenologisk, som innebærer at empirien gjenspeiler objektene egne opplevelser (Dalland, 2012). Etter en utvelgelsesprosess satt intervjuerne igjen med 14 par. Pasient og partner ble intervjuet hver for seg, og ble stilt de samme spørsmålene.

Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell CR., Mills, M. & Donnelly, M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients (review), 2012.

Vi søkte i Cochrane med søkeordene nursing to recently diagnosed cancer patients, og fikk 299 resultater, hvor denne artikkelen var nummer tre.

Artikkelen er en vitenskapelig, systematisk oversiktsartikkel slik vi vurderer det jf. kriteriene presentert av Dalland (2012, s. 79). Det er et sammendrag av tidligere forskning fra og med 1981 til og med 2008, og forfatterne har kritisk gått i gjennom 30 studier med til sammen 1249 pasienter. Formålet var å avklare om psykososiale tiltak forbedrer livskvaliteten til pasienter med nydiagnostisert kreft.

Kvåle, K. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det, 2006

Vi søkte i databasen Svemed+, med søkeordene caring nursing patient cancer, og krysset av for å få kun norske resultater. Søket ga 35 artikler, hvor denne artikkelen var nr. 15. Vi brukte videre Google Scholar for å lese artikkelen i fulltekst.

Det er brukt kvalitativ forskningsmetode, og intervju som fremgangsmåte. 20 pasienter deltok, med jevn kjønnsfordeling. Studiens formål var å avklare hva kreftpasienter mener er god omsorg. Kriteriene for deltakelse var en diagnostisert kreftdiagnose, alder mellom 25-80 år, og innlagt til utredning, palliativ eller kurativ behandling. Pasientene hadde ulike kreftdiagnoser i ulike stadier, med ulik prognose og forventet levetid.

Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum, T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients, 1998

Vi brukte søkeordene nursing AND cancer patient AND hope AND quality of life i databasen Cochrane. Vi fikk tre resultater, og dette var artikkel nummer en. Vi brukte Google Scholar for å lese artikkelen i fulltekst.

Artikkelen er en randomisert, kontrollert studie, basert på kvalitativ metode. Målet med studien var å evaluere hvilken effekt sykepleietilnærminger har på håp og livskvalitet, og undersøke om kreftpasienter kunne få en større følelse av håp, og forbedret livskvalitet. Studien bestod av 96 norske deltakere i aldersgruppen 26-78år.. Kriteriene for deltakelse var voksen alder, ha en kreftdiagnose stilt i løpet av det siste året. Pasientene ble tilfeldig inndelt i tre ulike grupper, hvor en gruppe hadde fokus på å øke håp, en annen hvor pasientene skulle lære om å leve med kreften og bedre sin livskvalitet, og den siste gruppen var en kontrollgruppe. Pasientene i kontrollgruppen fikk vanlig omsorg og oppfølging på sykehuset.

Det ble brukt spørreskjemaer fire ganger gjennom studien: første gang 3-4 uker før oppstart av studien, andre gang rett før oppstart, tredje gang to uker etter start, også siste gang seks måneder etter fullført studie.

Kvåle, K. Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleierne vil lytte, 1999

Vi ønsket å finne forskning om hva pasienter mener er god sykepleie, og kom over artikler hvor denne artikkelen ble brukt som referanse. Forfatteren av artikkelen er samme forfatter av en fagbok vi har brukt. Vi søkte i databaser, men fikk ikke tilgang til artikkelen. Vi sendte derfor mail til tidsskriftet Sykepleien, der artikkelen først var publisert, og fikk artikkelen i PDF-versjon på mail.

Kirsti Kvåle gjorde i 1997 en undersøkelse blant kreftpasienter og sykepleiere, for å belyse hva de vektla høyest av sykepleierens handlinger som var god omsorg, og hun ønsket å sammenligne pasienter og sykepleieres rangeringer. Pasientene var mellom 20-85 år, og totalt 30 pasienter deltok i undersøkelsen.

I undersøkelsen brukte hun instrumentet Care-Q, og forklarer dette som en måte å undersøke ulike dimensjoner av fenomener slik subjektet opplever det. Hun har brukt kvantitativ metode, og kartlegging som verktøy, og sykepleierne som deltok i undersøkelsen hadde daglig omsorg for pasientene i samme undersøkelse. Det ble brukt 50 utsagn i seks undergrupper, hvor utsagnene hadde ulike vektninger, og ved å regne ut middelveiden i hele materialet kom subjektene prioriterte frem.

Olsson, L., Östlund, G., Strand, P., Grassmann, E. J. & Friedrichsen, M. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care, 2010.

Vi søkte i databasen Cinahl, og brukte søkeordene palliative patients AND palliative care AND hope when close to death, og artikkelen var nummer en av fem resultater.

Dette er en explorative, kvalitativ studie, som innebærer at forskerne hadde en hypotese de ønsket å utforske, og å finne svar på. Forskerne brukte intervju og dagbøker som metode, for å belyse hvordan pasienter som mottar palliativ omsorg i hjemmet, opprettholder håp. Forskerne ønsket ved hjelp av å samle inn og analysere pasienters erfaringer, å identifisere psykososiale prosesser knyttet til å opprettholde håp. Datainnsamlingen tok sted mellom 2005-2007.

Kriterier for deltakelse var at de var voksne, fikk palliativ behandling, bodde hjemme, kunne lese, snakke og skrive på svensk, og var fysisk og psykisk kapable til å delta. Det var totalt 11 pasienter som deltok i studien, der ni ble intervjuet to ganger. I det første intervjuet ble det fokusert på håp, mens det i andre intervju ble tatt utgangspunkt i analysen fra første

intervju, samt dagbøkene pasientene hadde skrevet. I dagbøkene var det spørsmål til pasientene, om deres håp, helse, humør, og hvordan de mestret sin livssituasjon.

Etiske overveielser

I Winterling et al. (2004) sin studie, fikk pasientene muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål og utførelse. Studien ble godkjent av den lokale etikkomitéen.

I Kvåle (2006) sin studie hvor det ble brukt båndopptaker, ga pasientene skriftlig tillatelse til opptak av samtalene, og opptakene ble slettet etter innholdet var skrevet ned. Studiens utførelse var basert på de etiske kravene til forskning som er nedfelt i Helsinki deklarasjonen, og prosjektet ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk. Datatilsynet fikk også beskjed om studien.

I Rustøen et al. (1998) fikk pasientene skriftlig og muntlig informasjon om studien. Bare 28 % av de som ble spurt ønsket å delta, og de ga skriftlig samtykke før deltakelse. Studien ble godkjent av etisk komité.

I Kvåle (1999) sin undersøkelse i 1997 ble pasientene spurt før deltakelse.

I Olsson et al. (2010) sin studie fikk pasientene muntlig og skriftlig informasjon, og de ble forsikret om at deltakelse var frivillig, og at dataene var konfidensielle. Alle deltakerne ga skriftlig samtykke.

Etiske overveielser i oppgavens case

Caset som blir presentert senere i oppgaven er basert på ulike mennesker vi har møtt i løpet av vårt studie. Det er ikke mulig å identifisere enkeltpersoner basert på opplysningene i caset, verken gjennom navn, personnummer eller via bakgrunnsvariabler, og caset er derfor anonymisert (Dalland, 2012). Som sykepleiere har vi en plikt til å verne om pasienters fortrolige opplysninger (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011), og det mener vi er gjort i utformingen av caset. Pasientene caset er basert på kan ikke kjenne igjen seg selv, og deres pårørende vil heller ikke kjenne igjen pasienten.

3. Teori

3.1 Hva er kreft?

I medisinsk terminologi bruker en begrepene malign tumor, ondartet svulst, kreft og cancer om hverandre (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Kroppen består av celler, og kroppen produserer nye celler kontinuerlig for å erstatte celler som dør. For å produsere nye celler, må en celle doble arvestoffet sitt (DNA), og dele seg i to ved første celledeling, og så fire ved neste (Kreftforeningen, s.a.). Det er under celledelingen en tumor oppstår, ved at det har skjedd en skade i cellens arvestoff, som fører til ukontrollert celledeling. Ved invasjon av omkringliggende vev eller ved spredning (videre omtalt som metastaser) kalles tumoren malign, altså ondartet (Bertelsen et al., 2011).

3.1.1 Cancer ventriculi

Kreft i magesekken blir sjeldent påvist hos pasienter under 40 år, og gjennomsnittsalderen med denne krefttypen er 75 år. Røyking, og et kosthold med høyt saltinnhold, sterkt krydder og høyt inntak av animalske produkter er de mest kjente, mulige årsakene til denne kreftformen. Den eneste behandlingsformen er kirurgi, og enten deler eller hele ventrikkelen fjernes, avhengig av hvor tumoren sitter. Det er også vanlig å gi cytostatikabehandling (cellegift) før og etter det kirurgiske inngrepet. Prognosen ved cancer ventriculi er relativt god, da 75% blir kurert etter kirurgisk behandling. Levermetastaser er ikke uvanlig ved cancer ventriculi, da kreften kan spre seg via blodbanen til leveren. Ved spredning til lever er gjennomsnittlig levetid ca. 6 måneder (Paulsen, 2011), og behandlingen som gis vil være palliativ. En bruker begrepet kurativ om behandling som er helbredende, mens palliativ behandling har som formål å forebygge eller lindre symptomer, og forlenge livet (Kvåle, 2002).

3.2 Case

Kjell er en mann mellom 40-50 år. Han er skilt, har fire myndige barn, og ett barnebarn. Det andre barnebarnet er ventet om fem måneder. Kjell er daglig leder i eget firma, og har en travel jobbhverdag. Det siste halvåret har han vært plaget av diaré, dårlig matlyst og magesmerter. Han har også hatt et vekttap på 13kg som han selv setter i sammenheng med den dårlige matlysten og redusert matinntak. Kjell har en sykehistorikk med gjentagende ulcus ventriculi, og etter fem uker med tiltakende plager oppsøker han fastlege. Kjell har hatt samme lege i mange år, og han forteller at plagene han har minner om magesår, og legen skriver ut antibiotika og syresekresjonshemmende midler. De snakker samtidig om hvordan Kjell må bli flinkere til å stresse mindre i hverdagen, da både diaré og magesår virker å dukke opp etter lengre, stressende perioder i Kjells liv.

Kjell oppsøker fastlegen sin på nytt to måneder senere, når plagene har blitt verre. Han har observert mørk avføring, og nå har flere kommentert at han er gul i huden. Fastlegen henviser han til sykehuset, hvor det blir gjort en gastroskopi. Der finner man en tumor i ventrikkelen, og Kjell henvises videre til en CT av øvre abdomen og thorax.

Etter å ha gått et halvt år med tilbakevendende og tiltakende plager får Kjell den endelige beskjeden om at han har kreft i magesekken, som har spredd seg til leveren.

3.3 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Sykepleierens funksjonsområde har mange sider; forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende, administrative, og fagutviklende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Sykepleieren har en helsefremmende og forebyggende funksjon i møte med pasienter som er friske, syke eller spesielt utsatt for sykdom. Sykepleieren iverksetter primær,- sekundær,- og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak har som hensikt å fremme helse ved å styrke pasientens ressurser. Sekundærforebyggende tiltak er rettet mot tidlig identifisering og forebygging av helsesvikt. Dette kan hun gjøre ved å observere symptomer på sykdom og igangsette behandlingstiltak. Tertiærforebyggende tiltak har som hensikt å forhindre komplikasjoner som følge av sykdom, utredning og behandling, og forebygge ytterligere funksjonssvikt blant kronisk syke (Nortvedt & Grønseth, 2010, s.21).

Sykepleierens behandlende funksjon handler om å observere, vurdere, og gjennomføre pasientrettete tiltak. Hensikten er god omsorg, og tiltakene skal evalueres av sykepleieren. Hun skal utføre eller assistere i behandling legen har forordnet, og evaluere effekten (Nortvedt & Grønseth, 2010, s.21).

Sykepleierens lindrende funksjon omhandler å begrense belastningen pasienten opplever både fysisk, psykisk og sosialt. Sykepleieren skal lindre smerter, og være oppmerksom på pasientens livskvalitet, og hvordan han opplever og erfarer sin sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22).

Sykepleierens møte med seg selv

I møte med mennesker i akutte kriser, må en evne å leve seg inn i situasjonen (Cullberg, 2007). Dette krever å identifisere seg med den andre, og derfor kan man selv kjenne på angst og andre ubehagelige følelser. Cullberg (2007) beskriver hvordan en fort kan miste oversikt over hva som er ens egne følelser og erfaringer, og hva som er relatert til pasientens opplevelse og situasjon. Han sier også noe om hvordan helsepersonell ikke alltid klarer å møte pasienter i krise hensiktsmessig. Med dette menes en følelse av at situasjonen ikke kan takles, det har ingen hensikt å diskutere problemet fordi en ikke kan hjelpe pasienten slik en ønsker, og en søker derfor til hurtigere løsninger, for eksempel beroligende medikamenter. Cullberg (2007) beskriver hvordan slike valg kan bunne i manglende forståelse for helsepersonells evne til å bruke seg selv terapeutisk.

3.4 Sykepleieteoretikere

3.4.1 Joyce Travelbee

Vi har valgt Joyce Travelbee som en av sykepleieteoretikerne i vår oppgave, fordi vi mener at fokuset hun har på kommunikasjon, enkeltindividet og relasjonen mellom sykepleier og pasient, er meget relevant til å kunne svare på problemstillingen vår.

Travelbee (1999, s.29) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren hjelper noen andre med å forebygge, mestre, og å finne mening i erfaringer de gjør seg under sykdom og lidelse.

Travelbee (1999) forklarer begrepet ”mellommenneskelig” som sykepleie, der det alltid dreier seg om menneskers kontakt med hverandre, direkte eller indirekte. Videre forklarer hun at sykepleie er en prosess hvor ett eller flere individer trenger den hjelpen en sykepleier kan gi, og at sykepleierens handlinger er av dynamiske erfaringer som endres og utvikles over tid. Travelbee (1999) beskriver at en av sykepleierens oppgaver er å skape forandringer, med det menes det at sykepleieren hjelper individet, familien eller samfunnet til å bli bevisst på hvordan sykdom, funksjonssvikt og lidelse kan forebygges. Sykdom, og spesielt lidelse, kan ikke alltid forebygges, derfor har sykepleieren et ansvar for å hjelpe den enkelte til å mestre sin sykdom eller lidelse for å oppnå en optimal helse på høyest mulig nivå. Det er også viktig at sykepleieren hjelper til med å finne en mening i erfaringene den syke eller familien har. Videre sier hun at sykepleiere har den evnen til alltid å hjelpe andre, og at det syke individet eller familien har behov for sykepleierens tjenester.

Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (1999, s.177) beskriver menneske-til-menneske-forholdet som et forhold mellom sykepleier og den syke, hvor opplevelser og erfaringer deles, og pasienten eller hans pårørende får sine behov ivaretatt. Forholdet er gjensidig mellom pasienten og sykepleieren, hvorpå sykepleieren har ansvaret for at forholdet blir etablert og opprettholdt. Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, som vil si at hun bevisst bruker sin personlighet og egne kunnskaper for å skape forandring hos pasienten.

Empati

Travelbee (1999, s. 193) definerer empati som en erfaring mellom to eller flere personer, og handler om evnen til å dele og forstå den andres sinnsstemning, og å kunne gå inn i hans erfaring. I empatifasen tar individene del i og forstår meningen med og relevansen av tankene og følelsene til hverandre. Å kunne forutsi det andre individets handling, er resultatet av empati. En forutsetning for empati, er likhetstrekk mellom partenes erfaringer. Empati er avhengig av likhet, og derfor kan ikke sykepleieren føle empati for alle pasienter (Travelbee, 1999, s. 195). Empati kan fremmes av god erfaringsbakgrunn, og når individene har et ønske om å fatte og forstå det andre individet (Travelbee, 1999; Kirkevold, 1998).

3.4.2 Kari Martinsen

Vi har valgt Kari Martinsens sykepleieteori fordi hennes filosofi bygger på særlig en verdi vi finner fundamental i sykepleien – omsorg.

Omsorgsbegrepet står sterkt i Martinsens teoretiske presentasjon av sykepleiefaget, og hun presenterer begrepet slik vi kjenner det fra dagliglivet; å hjelpe andre, nestekjærlighet, og å handle uselvvisk (Martinsen, 2003, s.14). Videre mener hun at omsorg er forutsetningen for vår eksistens, og fordi det å yte omsorg krever en andrepert, er omsorg en sosial handling (Martinsen, 2003, s.69).

Martinsen mener at alle mennesker er avhengige av hverandre, og at dette kan komme tydeligere frem ved sykdom og lidelse. Det er nettopp derfor hun mener vi trenger omsorg som et motsvar til denne avhengigheten, og vi forstår det slik at sykepleieren må ha det som utgangspunkt i yrkesutøvelsen (referert i Kirkevold, 1998).

Som referert i Kirkevold (1998) fastholder Martinsen tre sider ved omsorgsbegrepet:

1. Omsorg er et relasjonelt begrep, som omhandler det mellom-menneskelige forholdet hvor grunntanken er at mennesker er avhengige av hverandre.
2. Omsorg er et moralsk begrep, hvor den sykes avhengighet må møtes med et moralsk ansvarlig maktbruk fra sykepleieren.
3. Omsorg er et praktisk begrep, hvor konkrete, situasjonsbetingede handlinger utføres basert på tanken om hva som er til det beste for den andre.

Utgangspunktet for god sykepleie er derfor relasjonen mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleieren kjenner pasientens livs- og lidelseshistorie. Dette gir seg til kjenne i omsorg som lindrer pasientens lidelse (Kirkevold, 1998, s. 176).

I følge Martinsen er forståelse sentralt i omsorgsbegrepet. I det legger hun forståelse for den andres situasjon, og trekker frem fellesskapets betydning, og hvordan felles normer og behov kan ligge til grunn for en dagligverden vi kan dele sammen (Martinsen, 2003, s.69). Videre fremhever Martinsen (2003) hvordan sykepleieren må anerkjenne pasienten som person, og med det mener hun å forstå hans situasjon fra hans synspunkt.

3.5 Krise

Hummelvoll (2012, s. 501) skriver at krise kan oppstå dersom en livshendelse blir så overveldende at den overstiger menneskets evne til å møte utfordringen eller trusselen på en passende måte. Flannery & Everly (referert i Hummelvoll, 2012, s. 503) definerer krise som en responstilstand hvor den psykologiske likevekt er forstyrret, vanlige mestringsmåter har feilet i å gjenopprette likevekt, og smerten og fortvilelsen som krisen skaper har medført reduksjon i funksjonsevne.

Reitan (2010, s. 88) definerer krise som den psykiske reaksjonen mennesker opplever dersom de ulike mestringsstrategiene ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger i vanskelige situasjoner. Mennesker som preges av, eller gjennomgår en krise blir karakterisert med sterke følelser som kan gi voldsomme uttrykk, enten direkte eller indirekte (Reitan, 2010).

3.5.1 Mestringsstrategi

Mestringsstrategier er det man gjør for å kunne takle krav eller utfordringer. Formålet er å hjelpe vedkommende til å opprettholde sitt selvilde, personlige kontroll og å finne mening i problemene, og de ytre og indre kravene man står ovenfor. For å få kontroll over ulike mestringsutfordringer man kan møte ved livstruende sykdom, uventet død, ulykker eller katastrofer, er kontroll over tanker, følelser og reaksjoner viktig. Mestringsstrategier handler om kontroll på det emosjonelle, kognitive og atferdsmessige nivået (Reitan, 2010, s.79).

3.5.2 Traumatisk krise

Å få en kreftdiagnose vil for mange medføre en opplevelse av traumatisk krise (Kvåle, 2002). Cullberg (2007, s. 108) definerer en traumatisk krise som «individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at pasientens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet». Å få en kreftdiagnose med dårlig prognose, kan betraktes som en ytre hendelse som både truer individets muligheter for liv/overlevelse, hans fysiske eksistens i form av kroppslig forfall, sosiale identitet i form av rollebytte (fra omsorgsgiver til omsorgsmottaker), og hans trygghet grunnet uforutsigbar fremtid.

Kübler-Ross (referert i Kvåle, 2002, s. 23) har beskrevet fem faser pasienter ofte går gjennom når deres livsmuligheter er truet:

Den første fasen innebærer fornektelse og isolasjon, hvor den rammede ofte tar i bruk forsvarsmekanismer, eksempelvis isolasjon og fortrenning. Å bruke forsvarsmekanismer kan være hensiktsmessig en kort periode, for å makte å hankes med krisen man står overfor.

I andre fase går fornektelsen over, og pasienten kan kjenne på raseri og misunnelse, noe som kan være utfordrende for menneskene rundt pasienten.

I tredje fase forsøker pasienten med kjøpslåing eller byttehandel for å hankes med situasjonen, og kan for eksempel tigge Gud om helbredelse, mot en lovnad om bedre atferd.

I den fjerde fasen har følelser som raseri utviklet seg til depresjon, og en opplevelse av et enormt tap. I denne fasen vil det ofte oppstå en sorgreaksjon hos pasienten med livstruende sykdom.

Den femte og siste fasen opptrer den siste tiden, og har i motsetning til de tidligere fasene, lite følelser. Pasienten har godtatt situasjonen, har ikke smerter, og trenger ikke lenger å kjempe.

3.5.3 Krisefaser

Sjokkfase:

I sjokkfase kan økt spenning føre til en konkret stressor. Den utløsende årsaken kan skape angst, og angsten kan berøre personens vanlige mestringsmåter. Symptomene i den første fasen kan handle om benektelse, uvirkelighetsfølelse, apati, vansker med å ta inn og bearbeide informasjon, endret tidsopplevelse, og kroppslige stressreaksjoner. Denne fasen kan vare fra noen timer til dager (Hummelvoll, 2012).

Reaksjonsfase:

I reaksjonsfasen vil smerten og fortvilelsen, som er forårsaket av en hendelse, komme frem. Denne fasen kjennetegnes av søvnforstyrrelser og mareritt, dårlig matlyst, frykt og sinne, angst og depressiv fortvilelse, gjenopplevelse av kris hendelser og tidligere kriser. Reaksjonsfasen kan vare fra noen uker til flere måneder. Økt angst kan også forekomme i reaksjonsfasen, på grunnlag av at tidligere metoder å møte angsten på, ikke strekker til. Gradvis vil bearbeidingen av det som har skjedd begynne (Hummelvoll, 2012).

Bearbeidingsfase:

I bearbeidingsfasen begynner pasienten å akseptere det som har skjedd, og de sterkeste følelsene gir seg. Forsvarsmekanismen hos pasienten er ikke like sentral, og pasienten prøver å definere faren på en slik måte at han ta i bruk kjente mestringsmåter, som kan føre til at pasienten får bedre kontroll over situasjonen og han kan komme på rett vei igjen (Hummelvoll, 2012, s.509).

Nyorienteringsfase:

I nyorienteringsfasen vil pasientens smerte ved det tapte, eller den krenkende opplevelsen, avta og han vil oppleve større kontroll. Pasienten vil finne tilstrekkelig overskudd til å kunne gå videre i hverdagen, og gjenoppta sine interesser og ta på seg nye oppgaver (Hummelvoll, 2012).

3.6 Sorg

Hummelvoll (2012, s. 193) skriver at det kan være vanskelig å se forskjell på om pasienter er sørgende eller deprimerte, og hos begge parter dreier det seg om tap, nedsatt vitalitet og mangel på livslyst. Hummelvoll (2012) mener at pasienter i sorg eller som er deprimerte ikke har noen spesiell interesse for det som skjer rundt dem. Han omtaler sorg som tap av noen man er glad i, og hvor man ikke er preget av skyldfølelse og selvbebreidelse. Mennesker i sorg gjennomgår en sorgprosess hvor man arbeider seg gjennom sine følelser, og ofte vil personen bli minnet på de minnene og assosiasjoner man hadde til den man mistet. Den deprimerte pasienten kjenner ofte skyldfølelse og selvbebreidelse.

Kringlen & Finset (2006, s. 237) skriver om den døendes bekymringer, og hvor den døendes største frykt er isolasjon, smerte, tap av kroppslig og sjelelig kontroll, og er redd for å forlate sine nærmeste. Dødsangst inntreffer hos mange døende pasienter. Dødsangsten handler om frykten for å dø, redselen for å ikke leve lengre, angsten for å utslettes, og det at de skal slutte å eksistere.

3.7 Håp

Travelbee (1999, s. 117) definerer håp som et ønske om at et mål blir nådd, og en forventning om at målet er oppnåelig. Håp kan ses på som en motiverende faktor i forhold til menneskers atferd, og det kan hjelpe oss til å mestre blant annet vanskelige situasjoner, tap

og lidelse. Hun mener videre at håpet springer ut fra en forventning om at andre vil hjelpe en ut av problemene.

Travelbee (1999, s. 117) setter spørsmålstegn rundt relevansen av å omtale håp i sammenheng med palliative pasienter. Hun understreker at palliative pasienter kan håpe på helbredelse, men at dette vil være urealistisk uten et mirakel. Pasienter som mangler håp, er de som ikke klarer å finne en vei ut av vanskelighetene, og identifisere en løsning på problemet. Det er sykepleierens jobb å fremme håp blant disse pasientene, slik at de kan mestre sin sykdom og lidelse. Hun fremhever sykepleierens rolle i å hjelpe pasienter rammet av håpløshet til å gjenvinne håpet. Dersom sykepleieren gjør seg tilgjengelig og er villig til å hjelpe, hjelper hun pasienten til å opprettholde håp, og unngå håpløshet. Sykepleieren kan legge til rette for at pasienter skal oppleve håp, men hun kan ikke gi håp til pasienter (Travelbee, 1999, s. 123).

Håp har et viktig helbredende aspekt ved sykdom og behandling, og håpet kan hjelpe pasienter til å akseptere sin situasjon. Pasienter som opprettholder sitt håp, følger lettere opp behandling og har høyere toleranse for smerte og ubehag enn pasienter uten håp (Reitan, 2010).

Stubberud (2013b, s. 95) definerer håp som en del av menneskets utvikling, en prosess, en teori og en kilde til mening i livet. Han skriver også at håp er forbundet med valg vi mennesker har, som for eksempel at pasienter kan, der det er mulig, styre og ha kontrollen i situasjoner. Å kunne bestemme selv, kan føre til en opplevelse av kontroll over egen skjebne (Travelbee, 1999).

Håp kan også være kortsiktig, i form av håp om en god natt søvn, besøk av pårørende eller gode venner som kan gi støtte, og håp om en hverdag med mindre smerter (Lohne, 2010).

3.8 Psykososiale behov

«De psykososiale behovene har med menneskets psyke, det vil si det sjelelige eller mentale, å gjøre, det som kan beskrives som menneskets sjel liv... Psykososiale behov ved sykdom har sitt utgangspunkt i sykdom som opplevd fenomen, det vil si hvordan pasienten opplever

å være syk» (Stubberud (2013a), s.14). Psykososiale behov kan deles inn i to: den emosjonelle delen, og den relasjonelle delen. Emosjonelle behov innebærer opplevelse av trygghet, tilfredshet og velvære, orienteringsevne og opplevelse av kontroll over eget liv, samt behov for å få individuell og målrettet sykepleie. Relasjonelle behov går ut på sosial kontakt, følelsesmessig støtte, gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement (Stubberud, 2013a).

3.8.1 Haviks kontrollmodell

I følge Stubberud (2013b) er sykepleierens mål å redusere stressmomenter pasienten kan bli utsatt for. Hvis dette ikke er gjennomførbart, må sykepleieren hjelpe pasienten til å mestre situasjonen ved å ta i bruk Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (referert i Stubberud, 2013b, s.75-76). Tiltakene kan deles i tre kategorier: tiltak som kan fremme pasientens kognitive, instrumentelle, og emosjonelle kontroll.

Vi vil i det følgende presentere hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov, med utgangspunkt i Stubberuds (2013b) beskrivelse og tolkning av Haviks modell.

Kognitiv kontroll

Sykepleieren skal informere pasienten om hans helsetilstand. Dette er noe vi er lovpålagt å gjøre (Helsepersonelloven, 2015). Det er også vesentlig for pasienten å ha nok, og god nok informasjon, for å kunne oppleve kognitiv kontroll. Sykepleieren må informere om hva som skal gjøres, hva som blir gjort, og hvorfor, i den hensikt at pasienten får større oversikt og forståelse over egen situasjon. Pasienter med akutt og/eller kritisk sykdom kan oppleve at de trenger samme informasjonen gjentatte ganger, noe sykepleieren må være bevisst på. Hun har et ansvar for at pasienten har fått med seg og forstått informasjonen som blir gitt (Stubberud, 2013b).

Ofte kan sykepleierens kommunikasjon bære preg av faglig innhold, om prosedyrer og gjøremål, mens pasienten kunne trengt å snakke om mer hverdagslige ting. Det er sykepleieren som bør ta initiativet til slike samtaler (Stubberud, 2013b).

Det bør være kontinuitet i helsehjelpen som ytes, slik at pasienten opplever stabilitet og minst mulig uforutsigbarhet i behandlingsforløpet (Stubberud, 2013b).

Sykepleieren må vise sin kompetanse. Studier (referert i Stubberud, 2013b) viser at pasienter ønsker sykepleiere som er faglig kompetente, og har en menneskelig holdning. Faglig kompetanse innebærer teoretisk kunnskap, og praktiske ferdigheter.

Instrumentell kontroll

Instrumentell kontroll innebærer å hjelpe pasienten til å bruke egen kraft for å forebygge eller redusere negative hendelser. Hensikten er at pasienten skal ha strategier han ta i bruk ved problemer, slik at han kan oppleve mestring. Sykepleieren må gjøre pasienten til en aktiv deltaker, og være bevisst på at noen pasienter trenger å bli stimulert for å ta en aktiv rolle omkring de beslutningene de har forutsetning for å ta. Pasienten har rett til å medvirke i helsehjelpen han mottar, og skal ha mulighet til å delta aktivt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. For å kunne fremme pasientens instrumentelle kontroll krever det at sykepleieren kjenner pasienten, slik at hun vet om hans ressurser og begrensinger, som vil påvirke hans delaktighet. I fremmede miljøer som sykehus kan det være faktorer som ukjente lyder, mindre behagelig seng, og lite privatliv som påvirker pasientens søvnkvalitet. Sykepleieren må tilrettelegge for at pasientens grunnleggende behov for søvn og hvile blir ivaretatt, samt hans behov for velvære. Velvære kan være kroppslig, men det kan også være eksistensielt. Kroppslig velvære innebærer at grunnleggende behov som hygiene, ernæring, eliminasjon blir ivaretatt, og pasienten har minst mulig smerter og ubehag. Eksistensielle behov handler om selve livet, og livets mening, og relateres for mange til tro og religion. Pasienten kan undre over hva som er meningen med livet, og sykepleieren må evne å være tilstede under disse samtalene. Sykepleieren kan hjelpe pasienten i å finne mening i situasjonen han er i, blant annet ved å informere han om sykdommen. Ved å hjelpe pasienten å ivareta sine eksistensielle behov kan man blant annet styrke pasientens håp, og det eksistensielle kan sies å være selve essensen i de psykososiale behovene (Stubberud, 2013b).

Sykepleieren må styrke pasientens opplevelse av kjærlighet, i form av å fremme hans opplevelse av aksept i hans nåværende situasjon. Hun må bry seg, vise nærhet, og *se* han (vår kursivering), i den hensikt at pasienten ikke skal føle at han bare er en av mange. Sykepleieren har videre en rolle i å tilrettelegge for nærhet mellom pasienten og hans pårørende (Stubberud, 2013b).

Emosjonell kontroll

Emosjonell kontroll kan bidra til en opplevelse av nærhet og tilhørighet. Sykepleieren må se pasienten, i form av blikkontakt, vise respekt og omsorg, og pasienten må føle at han blir tatt på alvor. Sykepleieren må ta seg tid til å være tilstede for pasienten, ved å sette seg ned, følge han opp, og være bevisst på sin non-verbale kommunikasjon i form av kroppsspråk. Sykepleieren må vise empati, for å skape en relasjon med pasienten som er bygd på tillit (Stubberud, 2013b). Empati kan defineres som evnen til å forstå den andre, og sette seg inn i den andres situasjon (Hummelvoll, 2012).

3.9 Omsorg

Noen sykepleiere setter et likhetstegn mellom sykepleie og omsorg, og skiller mellom omsorg og behandling, og mener at sykepleieren gir omsorg, mens legen behandler (Kvåle, 2002). «De som gjør dette, glemmer at omsorg også utgjør en stor del av den medisinske praksisen. Behandling av en sykdom er ofte den viktigste omsorgen en kan gi en pasient» (Kvåle, 2002, s.15).

«Sykepleiere har ofte en skjematisk oppfatning av hvilke reaksjoner pasienter bør ha» (Kvåle, 2002, s.16). Hvis pasientens reaksjoner ikke lever opp til sykepleierens forventninger, kan hun mistenke at pasienten lever i fornektelse, og bruker forsvarsmekanismer for å hanskles med situasjonen, noe som nødvendigvis ikke er sant (Kvåle, 2002). Angst er mer utbredt enn depresjon hos kreftpasienter, samtidig forventer sykepleiere større psykisk lidelse enn hva pasienter beskriver selv (Kvåle, 2002).

3.10 Pårørende

Nærmeste pårørende er en person pasienten har valgt, som skal informeres og inkluderes i hans helsesituasjon. Pårørende er ofte familiemedlemmer, men kan også være bekjente, naboer, eller kollegaer (Honoré, 2010).

Allerede i den første sykdomsperioden begynner pårørende å lete etter orden i kaoset, og det er vanlig med kraftige psykiske reaksjoner. Angst er vanlig, fordi pasientens liv er i fare, noe som gjør pårørende usikre på fremtiden både for dem selv, pasienten og ofte resten av familien (Honoré, 2010, s. 170). En måte pårørende viser omsorg på er ved å oppdage mangel i pleien pasienten får. De opplever at tilstedeværelse er viktig for at den syke skal få

optimal pleie, og de våker over pasienten. Pårørende ønsker ofte, selv om pasienten kan virke ukjent, å være tilstede, og ha fysisk kontakt med han. Pårørende ønsker å kunne gi følelsesmessig støtte, en hånd å holde i og en klem (Honoré, 2010).

Pårørende er en god ressurs for sykepleiere i tilrettelegging og utførelse av pleien pasienten får, da de kjenner pasienten bedre, og vet hvem og hvordan han er eller var før sykdommen (Honoré, 2010, s. 173).

Helsepersonell kan ved å vie pårørende oppmerksomhet, gi betryggelse, og lettelse (Honoré, 2010). Det øyeblikket hvor pårørende blir klar over at døden er nær forestående, er noe mange husker i lang tid, og «de beskriver følelser av sjokk, sinne, uvirkelighet, resignasjon og tap av håp» (Honoré, 2010, s. 180). Pårørende ønsker å være til så stor hjelp som mulig for pasienten, og denne hjelpen kommer ofte i form av støttende atferd, og ved å legge til side egne følelser (Stubberud & Eikeland, 2013; Honoré, 2010). Sykepleieren bør oppfordre pårørende til å ivareta egne behov, og forsikre om at de ikke behøver å ha dårlig samvittighet for å ikke være hos pasienten hele tiden (Stubberud & Eikeland, 2013).

I følge Stubberud & Eikeland (2013) er det viktigste for pårørende å føle at pasienten får den beste behandlingen og pleien, at alt som kan gjøres blir gjort, og at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret.

3.11 Etikk

NSF (2011) har opprettet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene består blant annet av hvordan sykepleiere skal ivareta hver enkelt pasient. Retningslinjene sier at sykepleiere skal fremme håp, mestring og livsmot hos pasienter, samt at de skal ivareta behovene for helhetlig omsorg. Sykepleiere skal også hjelpe pasienten med å ta selvstendige avgjørelser, dette kan de gjøre ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre at informasjonen som er blitt gitt, er forstått av pasienten. Sykepleiere har også ansvar for at pasienten ikke opplever lidelse og smerte, og skal derfor sørge for å lindre dette, samt at de skal bidra til at pasienten får en naturlig og verdig død. På lik linje som pasienter har rett på informasjon, skal sykepleiere sørge for at pårørende også mottar informasjon de har krav på.

3.12 Kommunikasjon

Begrepet “kommunikasjon” stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen og ha forbindelse med. For at kommunikasjon skal kunne foregå trengs to parter. Kommunikasjon handler ikke bare om hvordan to eller flere snakker med hverandre, men også om tegn og signaler partene utveksler (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjon kan foregå verbalt og nonverbalt. Verbal kommunikasjon kan eksempelvis være å stille spørsmål, sammenfatte, speile følelser, parafrasere, oppmuntre og bruke pauser. Nonverbal kommunikasjon kan være øyekontakt, håndbevegelser, berøring, stillhet, kroppsholdning og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) skriver at god kommunikasjon kan hjelpe pasienter til å bearbeide reaksjoner, og mestre sykdom og krise bedre, samtidig som det er viktig at pasientene får god og tilstrekkelig informasjon om sin sykdom og behandling. Dette kan bidra til at pasienten får en større forståelse av situasjonen, og er med på å skape forutsigbarhet og mening for pasienten. Sykepleieren har en viktig og særegen kraft i sin tilstedeværelse og å være en aktiv lytter for pasienten. Sykepleiere er ofte gode på å stille pasienter de rette spørsmålene, og dette er viktig for at sykepleieren skal kunne fange opp nødvendig informasjon som kan skape trygghet hos pasienten.

En av de viktigste funksjonene en sykepleier har innenfor kommunikasjon er å møte pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. På denne måten opplever pasienten at sykepleieren bygger opp tillit, trygghet og motivasjon, som igjen fører til at pasienten åpner seg og ønsker å dele sine følelser og tanker (Eide & Eide, 2007).

3.13 Presentasjon av artikler

Winterling et al. Substantial changes in life: perceptions in patients with newly diagnosed advanced cancer and their spouses, 2004

Artikkelen omhandler pasienter med nyoppdaget, inoperabel gastrointestinal cancer, og deres oppfatning av hvordan kreften har påvirket og/eller endret livet deres, og partnerens liv. Resultatene viste at samtlige opplevde betydelige endringer i livet, knyttet til negative

fysiske, psykiske og praktiske endringer. Noen opplevde også positive endringer, eksempelvis i form av nærere relasjon med partneren. Psykiske endringer inkluderte tre kategorier: fortvilelse, hvorfor, og uvisshet/usikkerhet. Deltakerne hadde ulike metoder for å håndtere endringene; pasientene svarte i hovedsak at de ikke burde klage, mens partnerens måte var å håpe, og alle svarte at de forsøkte å gjøre det beste ut av situasjonen. Det aller viktigste for pasientene med dødelig sykdom, var opplevelsen av håp. Artikkelforfatterne konkluderte med at det var pasientene framfor partnerne som virket å akseptere situasjonen i størst grad, da de forberedte seg for døden, mens partnerne opplevde fortvilelse, brukte håp og unngåelse som mestringsstrategier, og var opptatte med praktiske gjøremål.

Galway et al. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients (review), 2012

Denne systematiske oversiktsartikkelens formål var å avklare om psykososiale tiltak kan forbedre livskvaliteten til pasienter med nydiagnostisert kreft. Forfatterne konkluderte med at det ikke er nok evidens til å fastslå at psykososiale tiltak bedrer livskvaliteten til kreftpasienter. Allikevel konkluderer de forsiktig at tilnærminger av sykepleiere basert på informasjon og støttende atferd kan ha positiv effekt på nydiagnostiserte kreftpasienter.

Kvåle, K. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det, 2006

Hovedmålet med studien var å få frem pasientenes opplevelser, meninger og erfaringer om sykepleierens omsorg. Funnene viser at pasientene mener omsorgen som ble gitt av sykepleierne var god, og forskningen bekrefter sykepleieteoretikerens definisjon på god omsorg. Pasientene beskrev omsorgen som at sykepleierne individualiserte, var pasientfokuserende og var opptatt av deres behov. Den gode omsorgen førte til at pasientene følte seg vel, og det ga dem styrke og mot, samt tillit og trygghet. De fleste av pasientene mente at alle sykepleierne gav dem god omsorg, men likevel kunne de identifisere en eller to sykepleiere som de opplevde som spesielt omsorgsfulle. De fleste pasientene ga også uttrykk for god omsorg da sykepleierne tok seg tid til å sette seg ned og snakke med dem, og at de utnyttet enhver situasjon til å snakke. Pasientene i studien omtalte hvordan omsorg også kan knyttes som en relasjon mellom seg selv og sykepleieren. Den gode relasjonen oppstod

allerede i det første møtet, og utviklet seg til et menneske- til- menneske- forhold, som Travelbee (1999) skriver om.

Rustøen et al. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients, 1998

Funnene viser at pasientgruppen som hadde fokus på håp, hadde en høyere følelse av håp rett etter studien var over. Gruppen pasienter som hadde fokus på livskvalitet og å lære seg å leve med kreften, hadde ikke store endringer etter at studien var over. Likevel viste det seg at pasientene som hadde håp som fokus, hadde en liten økning i livskvalitet. Forskerne i studien konkluderte dermed med at håp og livskvalitet kan ha en sammenheng hos kreftpasienter.

Kvåle, K. Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleierne vil lytte, 1999

Funnene i undersøkelsen viser at det er signifikante forskjeller i kreftpasienter og sykepleiers prioriteringer av hva som er god omsorg. Pasientene mente at det viktigste for god omsorg var at sykepleierne hadde tekniske ferdigheter, at de ga informasjon som var ærlig og riktig, og at de visste når legen måtte hentes. Sykepleierne mente at å lytte til pasienten var det viktigste for opplevelsen av god omsorg, sammen med å snakke med pasienten. I likhet med pasientene rangerte sykepleieren å vite når legen må hentes som det tredje mest viktige.

Olsson et al. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care, 2010.

Funnene i dette studien viser at pasientene følte seg alene med ansvaret om å opprettholde håpet når døden nærmet seg. Videre så man at deltakerne brukte to prosesser for å ivareta håpet: opprettholde livet, og forberede seg for døden.

Pasientene forsøkte å opprettholde livet på forskjellige måter: ivareta meningen med livet, snakke med andre om liv og død, involvere andre «reisende», og ved å endre fokus.

Mange av pasientene følte at de var alene om å fokusere på meningen med livet deres, og at de selv måtte sørge for en betydningsfull hverdag. De lengtet etter normalitet, og ønsket å fortsette med hverdagen og dagligdagse gjøremål, og opprettholde kontakt med venner. Pasientene med svekket fysisk kapasitet fremhevet sin kognitive funksjon, og ønsket at deres

intellekt ble brukt og møtt, og at de enda fikk ta valg av betydning. Pasientene som ønsket å snakke om liv og død, ønsket at de selv tok initiativ til slike samtaler, slik at de var forberedt. Å bli tvunget til å snakke om døden kunne føre til tap av håp, tro, og tillit. De hadde opplevd at helsepersonell ofte manglet elementer av håp i sin fremtoning, og dette var uønsket av pasientene. Mange av pasientene fant også hjelp i å skifte fokus, og noen gjorde dette ved å rømme fra hverdagen, og dagdrømme.

Pasientene forberedte seg for døden ved å ta ansvar for fremtiden, og ved å se på muligheter for et liv etter døden. De ønsket ikke å tro at døden var slutten, og hadde et håp om en egen fremtid i et liv etter døden.

4. Drøfting

Etter et halvt år med økende plager får Kjell den endelige beskjeden om at han har kreft i magesekken, som har spredd seg til leveren.

Kjell vet at sykdommen hans er av livstruende art, og har nå fått beskjeden om at han mest sannsynlig ikke vil overleve. Kreften har metastasert seg til leveren, og man vet at gjennomsnittlig levetid er ca. 6 måneder (Paulsen, 2011). Denne beskjeden er så overveldende for Kjell, at han opplever en krisetilstand, hvor han ikke evner å finne en passende måte å møte trusselen på (Hummelvoll, 2012, s. 501). Gjennom livet kan man erverve ulike teknikker for å takle utfordringer på, men en krise vil oppstå hvis disse mestringsstrategiene ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger (Reitan, 2010, s. 88). Kjell har hatt en stressende jobbhverdag som daglig leder i eget firma, og har lært seg ulike teknikker for å takle dette stresset. Å få en kreftdiagnose vil derimot bli en helt ny utfordring, der Kjell ikke har evnen til å bruke de teknikkene han har opparbeidet seg. Kreftdiagnosen er en ytre hendelse som truer hans fysiske eksistens, da kreften i seg selv vil påvirke hans vitalitet i negativ forstand. Kjell har fire barn, og har vært omsorgsgiver for disse i over 20 år. Hans sosiale identitet blir derfor truet i form av et rollebytte, hvor han går fra å være omsorgsgiver til omsorgsmottaker. Videre er også hans muligheter for overlevelse og trygghet truet, og kreftdiagnosen vil derfor medføre en opplevelse av traumatisk krise (Kvåle, 2002).

4.1 Hvordan kan den kreftrammede reagere?

I følge Kübler-Ross (referert i Kvåle, 2002) vil Kjell nå gå igjennom fem faser. I den første fasen vil han muligens ta i bruk forsvarsmekanismer for å håndtere krisen han står overfor. Han kan isolere seg fra omverdenen, fortrenge realiteten, og fornekte den brutale sannheten. Hummelvoll (2012) mener dessuten at pasienter i denne sjokkfasen kan være apatiske, har vansker for å absorbere og bearbeide informasjon. I neste fase har Kjell innsett realiteten, og begynner å kjenne på følelser som raseri og misunnelse (Kvåle, 2002). I følge Cullberg kan helsepersonell ha vansker med å møte pasienter med så sterke følelser, fordi en mangler en opplevelse av evne til å kunne hjelpe pasienten, blant annet ved å bruke seg selv terapeutisk. Dette kan føre til at sykepleieren i stedet for å eksempelvis lytte til Kjell, og forsøke å trøste han, gir beroligende medikamenter (Cullberg, 2007).

Kübler-Ross sin andre fase kan sammenlignes med Hummelvolls (2012) reaksjonsfase, hvor følelser som smerte og fortvilelse preger pasienten. Han kan oppleve søvnforstyrrelser, mareritt, dårlig matlyst i tillegg til frykt og sinne. Hummelvoll (2012) hevder videre at pasienter i denne fasen kan kjenne på angst og depressivitet. Kvåle (2002) på sin side hevder at kreftpasienter i større grad opplever angst, enn depresjon.

I Kübler-Ross (Kvåle, 2002) sin tredje fase vil Kjell forsøke å foreta en byttehandel med for eksempel Gud, hvor han tigger om helbredelse, mot at han selv skal bedre sin atferd. I fjerde fase kan raseriet ha utviklet seg til en depresjon. Det kan oppstå en sorgreaksjon hvor Kjell sørger over det enorme tapet grunnet den livstruende sykdommen.

På en annen side kan det være vanskelig å se forskjell på om Kjell er sørgende eller deprimert (Hummelvoll, 2012). Hvis sorg skal settes i sammenheng med tap av noen man er glad i, kan vi kanskje ikke kalle Kjell for sørgende. På en annen side mener vi at Kjell kan sørge over tapet av vitalitet, helse og familie, og slik sett oppleve sorg. En kan kanskje si at sorg er tap av *noe* man er glad i? Den døende pasientens bekymring er i følge Kringen & Finset (2006, s.237) ofte blant annet tap av kroppslig og sjelelig kontroll. Hvis sorg kan være tap av noe man er glad i, kan det tenkes at Kjell opplever en form for sorg.

Ut i fra Hummelvolls (2012) beskrivelse av depresjon, kan det tenkes at Kjell vil oppleve depressivitet. Vi har erfart i praksis at pasienter som får en alvorlig diagnose med dårlig prognose, og som i tillegg har gått over lengre tid med symptomer, ofte føler skyldfølelse over at de ikke «gjorde noe» tidligere. Kjell var overbevist om at plagene han hadde var relatert til *ulcus ventriculi*, slik han har hatt så mange ganger før, og det kan tenkes at han bebreider seg selv for å ha tatt denne konklusjonen.

I midlertidig har ofte sykepleiere en skjematisk oppfatning om hvordan pasienter bør reagere, og hvis Kjell ikke reagerer på den måten sykepleieren forventer, kan hun mistenke at han har tatt i bruk forsvarsmekanismer for å takle krisen. Dette trenger ikke å stemme (Kvåle, 2002), og vi mener det kan føre til misforståelser, fordi sykepleieren og pasienten ikke kommuniserer. I følge Travelbee (1999) derimot har sykepleieren en egen evne til å fange opp pasientens følelser, tanker og hvordan han opplever situasjonen. Kvåle (2002, s. 15) hevder på en annen side at sykepleiere mange ganger ikke oppfatter pasienters egenopplevelse. Eide og Eide (2007) mener allikevel at sykepleiere er dyktige i sin kommunikasjon, og stiller spørsmål som gir nødvendig informasjon.

4.2 Hva er sykepleierens funksjon og rolle?

Sykepleierens funksjonsområde inneholder blant annet en helsefremmende og forebyggende funksjon. I møte med Kjell kan hun iverksette såkalte tertiærforebyggende tiltak for å forhindre komplikasjoner av kreftsykdommen, og ytterligere funksjonssvikt (Nortvedt & Grønseth, 2010). Dette forstår vi som at sykepleierens rolle blant annet vil være å forebygge en alvorlig depresjon hos Kjell, som kan medføre at hans funksjonsnivå blir ytterligere redusert.

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å observere, vurdere og iverksette tiltak, og evaluere effekten av behandlingstiltakene legen har forordnet. Hensikten med den behandlende funksjonen er å gi omsorg til pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Sykepleierens lindrende funksjon forstår vi som at sykepleieren skal hjelpe Kjell med å begrense belastningen han kan oppleve både psykisk, fysisk og sosialt. Den lindrende funksjonen innebærer ikke bare å lindre smerter, men også å rette fokus på Kjell sin livskvalitet, og hvordan han opplever situasjonen (Nortvedt & Grønseth, 2010). Hvordan sykepleieren kan kartlegge Kjell sin opplevelse kommer vi tilbake til senere i oppgaven. Cullberg (2007) hevder at helsepersonell mange ganger ikke evner å bruke seg selv terapeutisk i møte med mennesker i krise. Han mener dette kan føre til uheldige situasjoner, og uhensiktsmessige tiltak og behandling, grunnet manglende tro på at de kan hjelpe pasienten med sitt problem.

Travelbee (1999) på sin side hevder at sykepleiere bruker seg selv terapeutisk, gjennom sin personlighet og kunnskap, for å skape forandring hos den andre. Dette forstår vi som at sykepleieren tar i bruk seg selv, for å finne hensiktsmessige tiltak for den lidende personen.

4.3 Hvilken betydning har håpet for den palliative pasienten?

Travelbee (1999) undrer over relevansen av å omtale håp i sammenheng med palliative pasienter, og mener at håp om helbredelse er urealistisk uten et mirakel. Hun understreker allikevel sykepleierens ansvar i å fremme håpet blant disse pasientene, da målet er at de skal

kunne mestre sin sykdom og lidelse. Sykepleieren kan fremme Kjells håp, og forebygge håpløshet ved å være tilgjengelig og ha et ønske om å hjelpe han.

Forskning (Rustøen et al., 1998) viser at det er sammenheng mellom håp og livskvalitet hos kreftpasienter. Basert på resultatene i denne studien, kan man kanskje si at ved å fokusere på å håpe, vil opplevelsen av håp generelt være større. Ved å bare fokusere på livskvalitet, og det å lære seg å leve med kreften, vil en ikke oppleve endringer av nevneverdig art. Pasienter som fokuserer på håp, opplever også en merkbar endring i livskvalitet, i positiv retning. Stubberud (2013b) mener håp kan gi livet mening.

Nyere forskning (Olsson et al., 2010) viser at kreftpasienter i palliativ behandling ofte føler seg alene med ansvaret om å opprettholde håpet. Reitan (2010) mener at håp kan gi aksept for egen situasjon, og at pasienter med håp er mer delaktige i egen behandling. Deltakerne i studien til Olsson et al. (2010) mente at de til tross for svekket fysisk kapasitet, fremdeles var mentalt klare, og ønsket å ha samtaler på et intellektuelt nivå, og ta valg av betydning. Dette kan bety at kreftpasienter ønsker å være delaktige i egen behandling, og være med på å ta beslutninger rundt valg de har forutsetning for å ta, noe også Stubberud (2013b) hevder. Samtidig må sykepleieren være bevisst på at noen pasienter trenger å stimuleres til å ta valg (Stubberud, 2013b). Vi har erfart i praksis at noen pasienter nærmest tror at de ikke har mulighet til å gjøre noen valg rundt verken behandling eller daglige rutiner, og forblir passive inntil de oppfordres til å delta.

Vi har også opplevd at pasienter blir rammet av en opplevelse av håpløshet når de får en dødsdom lik den Kjell har fått. De relaterer håpet til håp om å overleve, eller håp om helbredelse, og hevder at de mangler håp i det hele tatt. Ut i fra disse erfaringene mener vi at håp kan settes i sammenheng med liv og død, og samtaler rundt håp ofte vil inkludere elementer av liv og død. Mange av kreftpasientene som var deltakere i et studie (Olsson et al., 2010) hadde opplevd at helsepersonell manglet håp i sin kommunikasjon i samtaler om døden, og hevdet at dette førte til at de mistet håpet og troen, og tilliten til helsepersonellet ble ødelagt. Disse pasientene ønsket å selv ta initiativ til samtaler om døden, slik at de kunne forberede seg (Olsson et al., 2010). Basert på dette kan det være rimelig å si at sykepleieren må være forsiktig i sin fremtreden rundt pasienten, og at store temaer som liv og død kan være vanskelig for pasienten å snakke om. Som vi har nevnt tidligere har sykepleieren plikt til å informere pasienten om behandling og prognose (NSF, 2011), men det skal også sies at

informasjonen må være tilpasset den enkelte pasient, og det innebærer at sykepleieren må føle seg fram, slik at hun vet hva pasienten er klar for å høre og snakke om (NSF, 2011). En annen studie (Winterling et al., 2004) kom fram til at pasienter med langtkommen mage-tarm-kreft forsøkte å gjøre det beste ut av situasjonen, og at dette var deres måte å takle alle endringene i livet deres etter diagnosetidspunktet, og de aksepterte situasjonen ved å forberede seg for døden. I samme studie kom det fram at det aller viktigste for pasienter med dødelig sykdom, var opplevelsen av håp. Dette mener vi sier noe om håpets betydning, og hvordan håp kan være en motiverende faktor når alt ser mørkt ut.

På en annen side viser nyere forskning (Olsson et al., 2010) at kreftpasienter i palliativ fase lengter etter en normal hverdag, hvor de kan få besøk, snakke med venner og familie, gjøre vanlige gjøremål, og fortsette med hverdagen. Disse pasientene virker å ha kommet inn i det Hummelvoll (2012) kaller nyorienteringsfasen, hvor man har nok overskudd til å komme seg videre, og gjenoppta hverdagen. Pasientene i studien forberedte seg også for døden, men mange av deltakerne ønsket å tro at døden ikke var slutten, og håpet på et liv etter døden – en fremtid også etter livets slutt. Vi tror at dette kan betegnes som en mestringsstrategi, kanskje grunnet dødsangst, hvor pasienten blant annet er redd for å ikke leve lengre, og opplever angst for at de skal slutte å eksistere (Kringlen & Finset, 2006). Kjell har eksistensielle behov, som handler om livet, livets mening, og kanskje har han behov for å snakke om tro og religion, og meningen med livet. Det er viktig at sykepleieren er villig til å lytte på hva han opplever, og være tilstede under samtalen (Stubberud, 2013b). Stubberud (2013b) mener også at når sykepleieren hjelper Kjell med å ivareta sine eksistensielle behov, kan dette styrke hans håp. Samtidig kan håp være kortsiktig; Kjell kan ha håp om at han får sove godt i natt, eller at han får besøk av familien og vennene sine i morgen, og at disse kan gi han støtte. Kjell kan håpe at han ikke blir plaget av smerter, og at døden skal bli mest mulig smertefri (Lohne, 2010). I samtaler med pasienter i lik situasjon som Kjell, har vi opplevd flere si «jeg håper det går fort. Jeg håper jeg slipper å lide». Det kan virke som disse pasientene har innsett realiteten i deres diagnose, og akseptert situasjonen slik den er. Studien til Olsson et al. (2010) viser derimot at noen pasienter i palliativ fase holder fast ved at deres eksistens kanskje ikke er over, i form av å håpe om et liv etter døden, og en fortsettelse av deres verden.

4.4 Hvordan kan sykepleieren ivareta den palliative pasientens psykososiale behov?

Vi har tidligere i oppgaven kommet inn på hvordan mestringsstrategier er noe en bruker i møte med utfordringer. Mestringsstrategier er å ha kontroll på det emosjonelle, kognitive og atferdsmessige nivået, altså kontroll over tanker, følelser og reaksjoner (Reitan, 2010). Kjell har en livstruende sykdom, og kan få hjelp av sykepleieren til å lage seg mestringsstrategier. Sykepleieren kan ta utgangspunkt i Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (referert i Stubberud, 2013b, s. 75-76). Mestringsstrategier og psykososiale behov omhandler mye av det samme, og Haviks kontrollmodell inneholder en rekke tiltak sykepleieren kan sette i gang for å fremme kognitiv, emosjonell og instrumentell kontroll (Stubberud, 2013b). Hvilke psykososiale behov pasienten har, er avhengig av hvordan han opplever sin sykdom, og det å være syk. For å kartlegge hvordan Kjell har det, må sykepleieren være bevisst på sin kommunikasjon, og stille de riktige spørsmålene (Eide & Eide, 2007). Hun er nødt til å møte Kjell på en bekreftende måte, og oppmuntre han til å fortelle. Dette vil i følge Eide & Eide (2007) føre til at Kjell har tillitt til sykepleieren, samt at han føler seg trygg på henne, som kan skape rom for at han ønsker å dele tanker og følelser med sykepleieren.

Forskning (Winterling et al., 2004) viser at nydiagnostiserte pasienter med gastrointestinal cancer opplever betydelige, negative endringer i deres liv. De blir rammet av følelser som fortvilelse og usikkerhet, og stiller seg uforstående til hvorfor de har fått kreft. For at Kjell skal kunne gjenvinne kognitiv kontroll, må sykepleieren forsikre seg om at Kjell har fått den informasjonen han har krav på, som han ønsker, og at han har forstått det som har blitt sagt (Stubberud, 2013b). En kan kanskje si at Kjell opplever akutt sykdom, fordi «dødsdommen» kom så brått, og pasienter med akutt og kritisk sykdom har ofte behov for å få samme informasjonen flere ganger (Stubberud, 2013b). Pasienter ønsker sykepleiere som er faglig kompetente, og teoretisk kunnskap er noe sykepleieren må inneha (Stubberud, 2013b). Vi har erfart i praksis at pasienter ofte stiller sykepleieren spørsmål om helsetilstanden sin, om sykdommen, prognosen, og livet videre, og vi tenker at det er viktig at sykepleieren har god fagkunnskap, slik at hun kan svare på spørsmålene pasienten har. Samtidig må sykepleieren være bevisst på at Kjell kan ha behov for å snakke om hverdagslige ting, da det viser seg at sykepleiere ofte holder seg til fag og praktiske gjøremål i sin kommunikasjon med pasienter (Stubberud, 2013b).

På en annen side skal sykepleieren ivareta pasientens instrumentelle kontroll, og det innebærer blant annet å stimulere pasienten til å ta en aktiv rolle i forhold til de valgene han har forutsetning for å ta (Stubberud, 2013b). Dette krever at sykepleieren kjenner Kjell, slik at hun vet hvilke ressurser og begrensninger han har, og hvordan dette kan farge hans evne til å delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Sykepleieren skal også fremme hans emosjonelle kontroll, i den hensikt at han skal kunne oppleve nærhet og tilhørighet (Stubberud, 2013b). Hun må vise han respekt og omsorg, se han, og ta seg tid til å være tilstede for han. Kjell må føle at han blir tatt på alvor, og dette kan sykepleieren vise ved å sette seg ned, følge han opp, og igjen være bevisst på sin kommunikasjon. I følge Eide & Eide (2007) kan god kommunikasjon hjelpe pasienter å bearbeide reaksjoner, samtidig som det også kan hjelpe pasienten å mestre sin sykdom og lidelse. Sykepleieren kommuniserer både verbalt og non-verbalt, og vi har erfart i praksis at måten sykepleieren opptrer foran eller med pasienten, er avgjørende for hvor godt han føler han blir ivaretatt. Dette sier noe om at sykepleieren må være bevisst på sin non-verbale kommunikasjon, som blant annet omhandler øyekontakt og kroppsspråk (Eide & Eide, 2007). Å fremme pasientens instrumentelle kontroll innebærer dessuten at pasienten skal føle at sykepleieren bryr seg om han, og at han ikke bare er en av mange (Stubberud, 2013b).

På en annen side tilsier forskning (Galway et al., 2012) at det ikke er nok evidens til å konkludere med at psykososiale tiltak faktisk har noen effekt på kreftpasienters livskvalitet. Galway et al. (2012) hevder allikevel at sykepleietilnærminger basert på informasjon og støttende atferd kan ha positiv effekt på nydiagnostiserte kreftpasienter, og da kan en kanskje si at mange av de psykososiale tiltakene kan være til hjelp for Kjell.

4.5 Hva er empatiens rolle i relasjonen mellom sykepleier og pasient?

Travelbee (1999) beskriver hvordan empati kan føre til at sykepleier og pasient forstår hverandres tanker og følelser. Vi mener det er viktig at sykepleier og Kjell har en relasjon hvor de kan dele tanker og følelser med hverandre, fordi en gjensidig relasjon vil gjøre at han opplever trygghet, tillit, og åpner seg for henne (Eide & Eide, 2007), og at deres menneske-til-menneske-forhold utvikles (Travelbee, 1999).

Hummelvoll (2012) definerer empati som evnen til å sette seg inn i og forstå den andres situasjon, mens Travelbee (1999) på sin side definerer empati som en erfaring mellom flere individer, og beskriver empati som evnen til å dele og forstå den andres psykiske tilstand. Travelbee (1999) mener samtidig at like erfaringer er forutsetning for empati, og det forstår vi som at sykepleieren må ha tilnærmet lik erfaring som pasienten, for å kunne ha empati for han. Hun hevder allikevel at sykepleiere ikke kan ha empati for alle sine pasienter, grunnet manglende likhetstrekk. Vi har erfart i praksis at vi kan ha empati for pasienter, på tross av ulike opplevelser, og manglende lik erfaring. På en annen side er vi innforstått med at like erfaringer kanskje kan gi bedre omsorg, fordi sykepleieren har opplevd, og kan relatere til det Kjell går gjennom. Vi tenker at det kan legge grunnlaget for en god relasjon mellom Kjell og sykepleieren, hvor de kan knytte bånd over felles erfaringer, og han kan få opplevelsen av at hun virkelig forstår hvordan han har det.

På en annen side kan det vekke frem vonde følelser i sykepleieren hvis hun relaterer i for stor grad til det Kjell gjennomgår. Vi tenker det kanskje kan bli en felle hvis sykepleieren fokuserer mer på hva hun selv har opplevd, enn hva Kjell opplever her og nå. Dette skriver også Cullberg (2007) noe om, da han mener at sykepleieren må evne å leve seg inn i situasjonen, i møte med mennesker i akutte kriser. Han beskriver hvordan sykepleieren må identifisere seg med den andre, og hvordan dette kan bringe frem angst og andre ubehagelige følelser. Han påpeker hvor fort sykepleieren kan få vansker med å skille mellom sine egne, og pasientens følelser og erfaringer.

Tidligere i oppgaven beskrev vi hvordan Martinsen (2003) mener sykepleierens omsorg må innebære en forståelse av pasientens egen opplevelse av situasjonen han er i. Dette mener vi kan relateres til begrepet empati, når det defineres slik Hummelvoll (2012) gjør, altså som en evne til å forstå den andres situasjon. Martinsens (2003) tanke om en felles dagligverden forstår vi i praksis som at vi kan ha forståelse for Kjells situasjon ved at vårt utgangspunkt er felles – en frisk hverdag, med jobb, venner, og familie. Vi kan alle bli syke, og havne i samme situasjon som Kjell, og dette er noe vi kan tenke oss. Derfor kan dette være grunnlaget for empati, og vi mener at empati ikke behøver å være basert på felles erfaringer, men en felles dagligverden.

4.6 Hva er god omsorg?

Kvåle (2002) mener at sykepleiere ofte likestiller sykepleie og omsorg, og skiller mellom omsorg, som sykepleieren gir, og behandling, som legen gir. Forskning (Kvåle, 1999) viser at kreftpasienter og sykepleiere har ulike definisjoner på hva som er god omsorg. Pasienter mener at tekniske ferdigheter blant sykepleierne er det viktigste for at de skal oppleve god omsorg. Sykepleiere på en annen side, mener at god omsorg er å lytte til, og snakke med pasienten. Pasientene mener at informasjonen som blir gitt av sykepleierne, må være riktig og ærlig, og at dette er noe av det viktigste for opplevelsen av god omsorg. Dette viser at sykepleiere og pasienter rangerer god omsorg forskjellig, og har en ulik oppfatning av hva som er viktig, når det kommer til omsorg.

Nyere forskning (Kvåle, 2006) viser allikevel at pasienter er fornøyd med omsorgen som gis av sykepleiere. Den viste også at det pasientene mente var god omsorg, er likt hvordan sykepleieteoretikerne Travelbee (1999) og Martinsen (2003) definerer omsorg. Travelbee (1999) har ikke en klar definisjon av omsorg, men hun setter begrepet i sammenheng med relasjonen.

Martinsens (2003) definisjon av omsorg innebærer et hverdagslig syn på begrepet, der omsorg er å hjelpe andre, vise nestekjærlighet, og å handle uselvvisk. Omsorg er relasjonelt, fordi mennesker er avhengige av hverandre, og moralsk, fordi sykepleieren må være bevisst på maktbalansen i møte med pasienten. Omsorg er også praktisk, der handlinger utføres i hensikt om hva som er til det beste for pasienten. God omsorg fører til at pasienter føler seg vel, og det gir styrke, mot, tillit og trygghet (Kvåle, 2006). Pasientene i studien fremhevet sykepleierne som tok seg tid til dem, satt seg ned, og snakket med dem ved enhver mulighet (Kvåle, 2006).

4.7 Hvordan kan pårørende reagere?

Pårørende har krav på informasjon om Kjells situasjon, og sykepleieren har en plikt til å informere (NSF, 2011). Stubberud (2013b) mener dessuten at informasjon om sykdommen kan gi mening i situasjonen. På en annen side tenker vi at informasjon om Kjells tilstand,

kan føre til håpløshet hos pårørende. Dette underbygges av Honoré (2010) som sier at pårørende, i det øyeblikket de får vite at den syke snart skal dø, kjenner sinne, sjokk, de trekker seg tilbake og mister håpet. Psykiske reaksjoner kan oppstå, og angst er vanlig, og kan ses i sammenheng med at fremtiden er usikker, og står i fare. Sykepleieren må derfor være bevisst på at hun, ved å gi pårørende oppmerksomhet, kan skape trygghet og lettelse (Honoré, 2010).

Studien til Winterling et al. (2004) viser at partnere opplevde betydelige endringer i livet, etter at pasienten hadde fått kreft. De opplevde fortvilelse, og brukte forskjellige mestringsteknikker, som håp og unngåelse, og var opptatte med praktiske gjøremål. Kjell har ikke en partner, men er omsorgsgiver for fire barn, og derfor mener vi studien har overføringsverdi til oppgaven vår, fordi sykepleieren må vite om de ulike mestringsteknikkene pårørende kan komme til å ta i bruk, og som i følge Winterling et al. (2004) tyder på mangel på aksept av situasjonen.

Vi har tidligere drøftet hvordan Kjell kan oppleve sorg og depressivitet, som også kan sees hos pårørende. Hummelvoll (2012) mener at mennesker i sorg går igjennom en sorgprosess, hvor de arbeider seg gjennom sine følelser, og mimrer over minner og assosiasjoner de hadde til den de mistet. Kjell sine pårørende har ikke mistet Kjell, i den forstand at han er død – men de kan allikevel oppleve sorg over tapet av Kjell – den aktive og energiske familiemannen de alltid har kjent.

Pårørende har behov for de tjenestene sykepleieren kan tilby, da hun har en evne til å hjelpe andre, blant annet ved å finne mening i de erfaringene og opplevelsene pårørende har, i den vanskelige situasjonen. Menneske-til-menneske-forholdet gjelder også pårørende, og sykepleieren må sørge for at deres behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999). Sykepleierens rolle innebærer også å tilrettelegge for at pasienter og pårørende kan pleie deres relasjon (Stubberud, 2013b).

5. Konklusjon

Sykepleierens funksjon er å hjelpe pasienten og familien å mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i situasjonen de befinner seg i. Vi ønsket å finne ut hvordan sykepleieren kunne gjøre dette for pasienter i akutt krise, etter nyoppdaget, uhelbredelig cancer.

På bakgrunn av den livstruende sykdommen er det rimelig å si at Kjell vil oppleve en traumatisk krise i etterkant av diagnosetidspunktet. Krisen vil utspille seg i ulike faser, og han vil oppleve følelser som raseri og tristhet, som kan føre til sorg og depresjon. Ved hjelp av Kubler-ross og Hummelvolls beskrivelse av krisefaser, vet vi hvordan Kjell kan komme til reagere, og hva han kan føle og oppleve etter å ha fått kreftdiagnosen. Basert på dette vet vi hvordan sykepleieren kan hjelpe Kjell å møte krisen. Forskningen tilsier at det er sammenheng mellom håp og livskvalitet hos kreftpasienter, og kreftpasienter har selv poengert hvor ødeleggende det kan være for de, hvis sykepleieren mangler håp i sin kommunikasjon, særlig når det gjelder samtaler om store temaer som liv og død. Sykepleieren må være bevisst på hvordan hun kommuniserer, og vite at pasienter ofte ønsker å være den som tar initiativ til å snakke om døden.

Noen pasienter forblir passive i forhold til egen behandling, og sykepleieren må vite at noen trenger stimulering til å ta valg. For å kunne ta valg, kreves god, tilpasset informasjon om sykdommen og prognosen, og dette er blant sykepleierens oppgaver. God informasjon kan gi Kjell mening i situasjonen han befinner seg i, og er et godt utgangspunkt for økt delaktighet. Kreftpasienter ønsker å ta valg av betydning, og fremhever sin kognitive funksjon. Håp kan gjøre at Kjell aksepterer situasjonen han er i, i større grad, som igjen vil føre til at han blir mer delaktig i egen behandling.

Forskning viser at noen kreftpasienter ønsker å gjenoppta daglige rutiner og gjøremål, og det er sykepleierens funksjon å hjelpe pasienter å mestre sykdom og lidelse, og derfor mener vi at sykepleieren må tilrettelegge for at pasientene kan fortsette med hverdagen hvis de ønsker det. Dette er deres måte å mestre sykdommen på. Samtidig vil andre pasienter forberede seg for døden, og har et håp om en framtid etter døden – at deres eksistens ikke vil opphøre etter livets slutt. Sykepleieren må være villig til å lytte til hva disse pasientene føler, opplever og tenker, og være tilstede i samtalen. Kreftpasienter har ofte eksistensielle behov i form av

spørsmål om livets mening, og ved å ivareta disse behovene, kan sykepleiere styrke pasientens håp.

Vi startet denne oppgaven med tittelen “når alt håp er ute”, i den forstand at døden er nær forestående, og håp om helbredelse ikke lenger er realistisk. Vi har drøftet hvordan håp ikke er synonymt med overlevelse, da håp kan være kortsiktig, og relateres til nuet. Håpet kan bevares helt til siste åndedrag - et håp om en lettere død. Derfor kan vi konkludere med at håpet fins alltid, og at sykepleieren har et eget ansvar i å fremme pasientens håp og livsmot, slik det er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer. Vi mener det er viktig at sykepleiere er klar over at studier viser at noen kreftpasienter føler seg alene om ansvaret i å opprettholde håp.

Psykososiale behov og mestringsstrategier omhandler mye av det samme, og målet er å finne mening i situasjonen. Forskning viser at kreftpasienter og deres pårørende opplever betydelige, negative endringer i deres liv etter diagnostidspunktet. Deres måte å takle krisen på er ved å ta i bruk ulike mestringsstrategier. Sykepleieren kan ta i bruk Haviks kontrollmodell for å hjelpe Kjell til å lage mestringsstrategier han kan benytte seg av for å takle de psykologiske reaksjonene han kan oppleve grunnet kreften.

På tross av manglende empirisk grunnlag til å konkludere med at psykososiale tiltak forbedrer livskvaliteten til nydiagnostiserte kreftpasienter, tror vi i likhet med artikkelforfatterne, at sykepleietilnæringer som består av informasjon og støttende adferd kan ha positiv effekt, fordi det kan relateres til relasjonen og det mellommenneskelige forholdet, som beskrives som betydningsfullt av pasienter selv.

Mennesker er avhengige av hverandre, og dette kommer tydeligere frem ved sykdom. Omsorg er motsvaret til denne avhengigheten, og dette er noe av utgangspunktet for sykepleien vi utøver. Omsorg handler om å hjelpe andre, basert på en forståelse for den andres situasjon. Vi kan bruke våre empatiske evner for å forstå hvilken situasjon Kjell er i, og hvordan han opplever det. Pasienter og sykepleiere har ulike oppfatninger om hva som er det viktigste for opplevelsen av god omsorg, men allikevel er pasienter fornøyd med omsorgen sykepleierne utøver. Dette kan være fordi man i akutt og kritisk sykdom ikke alltid vet hva som er til det beste for seg selv, mens den profesjonelle sykepleieren observerer og vurderer, og igangsetter tiltak som er begrunnet i tanken på hva som er til det beste for pasienten, basert på sin faglige kompetanse.

For å kunne yte sykepleie, kreves det en pasient. Pasienten står alltid i fokus – helt til man snakker om dårlig prognose og død. Da flyttes ofte fokuset over på pårørende – og ivaretagelse av de. Dette gjenspeiles i litteraturen – og er noe vi finner påfallende. Vi anerkjenner pårørendes viktige funksjon og rolle i pasientens liv, samtidig som vi oppfordrer til videre forskning på hva palliative pasienter fremhever som nødvendig, viktig, og hjelpende i tiden mellom diagnosetidspunkt og døden, relatert til sykepleierfunksjonen.

Litteraturliste

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, Lene. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 123-146). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

*Eidsvåg, B. (1983). *Eg ser*. Lokalisert på: <http://www.bjerneidsvag.no/album/passe-gal/sanger/eg-ser>

*Folkehelseinstituttet. (2015). *Dødsårsaker*. Lokalisert på: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

*Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell CR., Mills, M. & Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients (review). *The Cochrane collaboration*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007064.pub2>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2015).

*Honoré, K. (2010) Å være pårørende. I A. M. Graubæk (Red.), *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 163- 185). Oslo: Akribe AS.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

*Kringlen, E. & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen: kommunikasjon og pasientbehandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kvåle, K. (1999). Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleierne vil lytte. *Tidsskriftet Sykepleien*, (10), 60-64.

-
- *Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasienter ser det. *Vård i nord*, 26(1), s. 15-19.
- *Kreftforeningen. (s.a.). *Hva er kreft?* Lokalisert på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- *Kreftregisteret. (2015). *30 401 nordmenn fikk kreft i 2013*. Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/30-401-fikk-nordmenn-fikk-kreft-i-2013/>
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (3. utg., s. 108-124). Oslo: Akribe AS.
- *Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås., D-G. Stubberud & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (4. Utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassmann, E. J. & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612.
- Paulsen, V. (2011). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 243-288). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (3.utg., s.74-107). Oslo: Akribe AS.
- *Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer nursing*, 21(4), 235-245.

*Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Dødsårsaker. 1. november 2013*. Lokalisert på:

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar/2013-11-01?fane=tabell&sort=nummer&tabell=145831>

*Stubberud, D.-G. (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Stubberud, D. – G. (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D. - G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66 – 113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Stubberud, D.-G., & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 165-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Winterling, J., Wasteson, E., Glimelius, B., Sjöden, P.-O., & Nordin, K. (2004). Substantial Changes in Life: Perceptions in Patients With Newly Diagnosed Advanced Cancer and Their Spouses. *Cancer Nursing*, 27(5), ss. 381-388.

Vedlegg 1

P	I	C	O	DATABASE
Palliative patients	Palliative care		Hope when close to death	Cinahl
Patients AND inoperable ventricle cancer	Nursing			Google Scholar
Recently diagnosed cancer patients	Nursing to			Cochrane
Patient AND cancer	Caring AND nursing			SveMed+
Cancer patient	Nursing		Hope AND quality of life	Cochrane