



Høgskolen i Hedmark

# Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4 BACH

Line Marie Birkelid og Maren Stolp Kildahl

Veileder: Anne Grethe Kydland

## Palliativ sykepleie Palliative care nursing

Antall ord:

12658

Bachelor i sykepleie

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Sammendrag

**Tittel:** Palliativ sykepleie/ Palliative care nursing

**Avdeling:** Høgskolen i Hedmark

**Utdanning:** Bachelor i sykepleie

**Kandidatnummer:** 35 og 53

**Veileder:** Anne Grethe Kydland

**Antall ord:** 12658

**Nøkkelord:** Kreft, palliativ behandling, eksistensielle behov, psykiske behov, menneske til menneske-forholdet, kommunikasjon, hjemmesykepleie, livskvalitet

### Kort beskrivelse av Bacheloroppgaven

**Hensikt og problemstilling:** I vår oppgave har vi sett på yngre pasienter sine psykiske og eksistensielle behov. For å komme frem til hvordan sykepleiere kan møte disse på en god måte, og bidra til at den siste tiden til pasienten blir meningsfull og verdig. Vi svarer på følgende problemstilling «*Hvordan kan sykepleieren ivare de psykiske og eksistensielle behovene til yngre kreftpasienter i palliativ fase?*»

**Introduksjon:** Vi har tatt for oss kreft, palliasjon, hjemmesykepleie, psykiske og eksistensielle behov, sykepleierens møte med den unge døende pasienten, kommunikasjon og livskvalitet. Vi har drøftet dette, og sett det i sammenheng med Joyce Travelbee sine teorier om menneske til menneske-forholdet, kommunikasjon og sykepleie.

**Metode:** Litteraturstudie. Vi har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning i tillegg til egne erfaringer fra praksis.

**Resultat:** Ivaretagelse av psykiske og eksistensielle behov er områder som har lav prioritet hos denne gruppen. Funn viser at pasienten føler det er viktig å bli møtt på en omsorgsfull måte hvor disse behovene blir ivaretatt.

**Konklusjon:** Det er viktig med et helhetlig menneskesyn i sykepleie til pasienter i palliativ fase. Det er sykepleierens ansvar å ivareta de psykiske og eksistensielle behovene på en god måte. Fokus på dette i undervisning gjør sykepleiere bedre rustet til å møte disse utfordringen.

*«You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life. We will do all we can to help you, not only to die peacefully but to live until you die»*

*~Dame Cicely Saunders*

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN .....	8
1.3 PROBLEMSTILLING .....	8
1.4 PRESISERING OG AVGRENSING.....	8
<b>2. METODE</b> .....	<b>10</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
2.2 VALGT LITTERATUR .....	10
2.3 ARTIKKELSØK .....	11
2.4 KILDEKRITIKK.....	12
2.5 PRESENTASJON AV VALGT FORSKNING .....	13
2.5.1 <i>Artikkel 1 «Rationing home-based nursing care: professional ethical implications»</i> 13	
2.5.2 <i>Artikkel 2 «The Phantom of Death Improving Quality of Life: You Live Until You Die»</i> 14	
2.5.3 <i>Artikkel 3 «Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark»</i> .....	15
2.5.4 <i>Artikkel 4 «Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements»</i> .....	15
2.6 ETISK VURDERING .....	16
<b>3. TEORI</b> .....	<b>17</b>
3.1 KREFT .....	17
3.2 PALLIASJON.....	18

---

3.3	HJEMMESYKEPLEIE .....	19
3.3.1	<i>Trygghet</i> .....	20
3.3.2	<i>Pasientens hjem</i> .....	20
3.3.3	<i>Autonomi</i> .....	20
3.4	PSYKISKE OG EKSISTENSIELLE BEHOV .....	21
3.4.1	<i>Reaksjoner hos døende pasienter</i> .....	22
3.5	SYKEPLEIERENS MØTE MED DEN UNGE DØENDE PASIENTEN .....	23
3.5.1	<i>Møtet med døden</i> .....	24
3.6	TRAVELBEE SITT MENNESKE TIL MENNESKE-FORHOLD .....	25
3.7	KOMMUNIKASJON OG LIVSKVALITET .....	26
<b>4.</b>	<b>DRØFTING .....</b>	<b>28</b>
4.1	DEN GODE SAMTALEN, VEIEN TIL INNSIKT? .....	28
4.1.1	<i>Menneske til menneske-forholdet</i> .....	31
4.2	TID FOR Å LEVE .....	32
4.3	HVORDAN KAN VI BIDRA TIL LIVSKVALITET? .....	36
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>38</b>
<b>6.</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>VEDLEGG 1 FREMGANGSMÅTE VED ARTIKKELSØK .....</b>	<b>45</b>
<b>8.</b>	<b>VEDLEGG 2 PICO- SKJEMA .....</b>	<b>47</b>

# 1. Innledning

I 2012 fikk 30 099 nordmenn diagnosen kreft. Sammenligner en tall fra 50 år tilbake, er dette en dobling (Kreftregisteret, 2014). Bedre og tidligere behandling, og diagnostisering i forstadier av sykdommen har ført til lavere dødelighet. På tross av denne endringen var det i 2012 10 906 personer som døde av kreft (Kreftregisteret, 2014). 1.1.2012 innførte Helse og omsorgsdepartementet (2009) Samhandlingsreformen. Denne har som formål å flytte tjenester nærmere brukeren. Slik at flere kan få nødvendig hjelp av kommunes sine helse- og omsorgstjenester og ikke være like avhengig av spesialisthelsetjenesten. Dette gir muligheten til at personer med uhelbredelig sykdom kan velge å være hjemme i livets slutfase.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

På bakgrunn av dette og personlige erfaringer ønsker vi å se nærmere på palliativ sykepleie til yngre kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Gruppen har erfaring med palliativ sykepleie til pasienter i sykehus og på sykehjem, men vi har lite erfaring med dette i hjemmetjenesten. Vi jobber begge i hjemmebasert omsorg og ser at det er forskjell på det å jobbe på en institusjon og det å ha sin arbeidsplass i andres hjem. Vi har erfart at når vi kommer inn i huset til en pasient får vi et innblikk i deres livet. Dette kan komme til uttrykk i form av bøker, bilder og innredning. Vårt første møte med en ung døende pasient i hjemmet gjorde et sterkt inntrykk. Vi så personen «bak» diagnosen, vedkommende sin identitet og verdier. I denne personen så vi en mor, en samboer, et individ som hørte hjemme i sine omgivelser. Det er lett å sette seg inn i situasjonen, og bli klar over alt vedkommende vil gå glipp av. Vi har alle forventninger og drømmer om hva fremtiden vil bringe.

Hos pasientgruppen vi har valgt å ha fokus på kan hjemmesituasjonen variere. Noen vil kanskje bo sammen med sine foreldre, med samboer eller ektefelle. Noen vil også ha små barn. Alt dette vil være med å prege hjemmet. Det å få et innblikk i deres liv har både fordeler og ulemper. Det kan hjelpe oss med å oppnå kontakt, tillit og den gode relasjonen med pasienten. Samtidig kommer en veldig nær pasienten og dens liv. Likevel har det stor betydning fordi det setter oss i stand til å bli kjent med pasienten og vedkommende sine behov. Dermed kan vi få en mer helhetlig tilnærming.

---

Grunnleggende sykepleie tar utgangspunkt i den helhetlige pleie til pasienten. Innenfor menneskets grunnleggende behov ligger fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Gro, 2011). Ut fra vår praksis ser vi at det kan være en utfordring å få til den helhetlige pleien i hjemmet. Vår erfaring er at det blir brukt tid på stell, medikamenter og tekniske prosedyrer, mens det er lite rom for å ivareta psykiske og eksistensielle behov. At vi faktisk tar oss tid til dette er viktig for pasienten. Kreftsyke Klara Johanne Sund uttrykte det slik «Dette er egentlig en svær sak; at man blir møtt som menneske og ikke bare blir besøkt av noen som har det travelt» (Ranheim, 2006, s.20). Vi har funnet mye litteratur som underbygger hennes følelser.

Tall fra Kreftregistret (2014) viser at de fleste som dør av kreft er eldre. I følge Jordhøy sin doktoravhandling (referert i Fjørtoft, 2012), er det flest yngre menn med ektefeller/ samboere som ønsker å dø hjemme. Selv om det er få yngre som dør av kreft, føler vi det er mange spesielle utfordringer knyttet til arbeidet med denne gruppen i hjemmet. Pasientene kan oppleve skuffelse over tap av framtidsutsikter, og bekymre seg for dem de vil etterlate. Yngre pasienter kan også ha økonomiske bekymringer fordi de er i etableringsfasen. De går fra en hverdag fylt med drømmer og forventninger til en hverdag fylt med alvor, frykt, usikkerhet og redsel. De mister kontrollen over sitt eget liv. Dette kan skape mange tanker og spørsmål rundt meningen med livet.

Vi ser at dette er et område vi sannsynligvis kommer til å møte i løpet av vår yrkeskarriere. Vi mener at en vil være bedre rustet til å håndtere dette på en god måte dersom en har bedre forhåndskunnskaper. Det å engasjere seg følelsesmessig i møte med unge pasienter som har det vondt er en kjent faktor som kan medføre utbrenthet for sykepleiere, skriver Cherny (2010). Går en inn i situasjonen med gode forhåndskunnskaper kan dette hjelpe en å takle situasjonen bedre og unngå utbrenthet.

Mangler vi kunnskaper kan det gjøre oss utrygge, noe som igjen kan gjøre pasienten utrygg. Når vi ikke har kunnskaper kan det føre til handlingslammelse. Følelsene vil ta overhånd og vi klarer ikke å hjelpe pasienten på en god nok måte. Med gode kunnskaper om hva som er viktig for pasienten i denne tiden kan vi møte de på en profesjonell og sympatisk måte. Dette vil gjøre oss i bedre stand til å ivareta pasienten. Har vi gode kunnskaper, vil det bli lettere å argumentere faglig for å gi pasienten et godt og helhetlig tilbud. Kunnskapen vi tilegner oss i løpet av denne perioden vil også være relevant i en institusjon, da grunnlaget for sykepleie i palliativ fase er det samme.

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Målet er å komme fram til hva som kan gjøres for å ivareta de psykologiske og eksistensielle behovene hos unge kreftpasienter. Vi ønsker å se på hva sykepleieren kan gjøre i denne situasjonen for at pasienten skal få det best mulig. Hva kan vi gjøre for å bidra til økt livskvalitet i livets slutfase? Hvordan kan psykiske og eksistensielle behov ivaretas på en god måte? Får sykepleiere økt kunnskap om hvilke muligheter som finnes, vil dette få positive konsekvenser for pasientene. Dette er et område hvor mange sykepleiere kan føle seg usikre, noe som kan resultere i at de ikke ivaretar behovene på en tilstrekkelig måte. I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse samt bidra til en verdig død (Sneltvedt, 2012). Dette innebærer at vi som sykepleiere har en plikt til å ivareta disse behovene. Hensikt med denne oppgaven vil være å øke vår kunnskap om ivaretagelse av psykiske og eksistensielle behov i livets slutfase. Slik at vi som sykepleiere kan bidra til at den siste tiden blir verdig for pasienten.

## 1.3 Problemstilling

*«Hvordan kan sykepleieren ivare de psykiske og eksistensielle behovene til yngre kreftpasienter i palliativ fase?»*

## 1.4 Presisering og avgrensning

I denne oppgaven har vi valgt å ha hovedfokus på pasienten. Vi har derfor valgt å ikke legge vekt på forhold som involverer pårørende, selv om vi vet de har en viktig rolle. Vi tar utgangspunkt i de som ønsker å dø hjemme. De vi ønsker å konsentrere oss om befinner seg i alderen 25-35 år og har ca. 6 måneder igjen å leve. Palliasjon kan defineres som «en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med kort forventet levetid» (Helsedirektoratet, 2013, s.10). I palliativt arbeid vil det være viktig med kunnskaper om krisereaksjoner. Vi har valgt å utelate dette fra oppgaven, på grunnlag av oppgavens omfang.

I møtet med disse pasientene er det viktig med en helhetlig tilnærming. De har ofte mange plager samtidig, både fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige. Vi ser at fysiske behov ofte blir dekket på en god måte, mens de psykiske ikke blir prioritert. Derfor har vil



---

valgt å legge vekt på psykiske og eksistensielle behov i vår oppgave. Når vi ser på pasientens eksistensielle behov har vi fokus på det som fremmer livskvalitet og gir mening i tilværelsen. Begrepet eksistensielle behov blir ofte brukt synonymt med det religiøse og åndelige, men det har ulik innhold. Det eksistensielle trenger ikke å omfatte religiøse aspekter, men er det som er betydningsfullt og meningsfullt for den enkelte (Blix & Breivik, 2006). Vi har valgt å ikke ha fokus på religiøse aspekter, selv om dette kan ha svært stor betydning for mange. Vi har også valgt å ikke gå nærmere inn på å fremme håp, selv om vi vet at det er viktig i møte med denne pasientgruppen.

For å kunne få til den gode samtalen er det en forutsetning at pasienten er symptomlindret. Vi er fullt klar over at for å kunne gi god sykepleie til disse pasientene er det viktig å ha omfattende kunnskaper om spesifikke symptomer og hva som kan gjøres for å lindre disse. Oppgaven omhandler ikke noen bestemt krefttype. Derfor utelater vi fokuset på spesifikke fysiske symptomer, da disse varierer avhengig av kreftform. God smertelindring vil være svært sentralt i palliativ sykepleie. På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ikke ha fokus på fysisk smerte eller symptomlindring.

På grunn av oppgavens begrensede omfang har vi valgt bort tverrfaglig samarbeid, sosioøkonomisk status for pasienten og avgrense oppgaven til å gjelde begge kjønn.

Fordi det kreves omfattende og allsidige kunnskaper og ferdigheter, er det hovedsakelig sykepleiere som har ansvar for denne pasientgruppen i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2013). Vi har fokus på den pleien vanlige sykepleier som arbeider i hjemmesykepleien yter til den aktuelle pasientgruppen. Taushetsplikten vil være sentral i hjemmesykepleien, men vi vil ikke gå nærmere inn på det i denne oppgaven.

Vår problemstilling vil vi i hovedsak ta utgangspunkt i personer med en nordisk kulturell tilknytning. Ulike kulturer kan ha innvirkning på verdier, holdninger og behov.

I vår oppgave har vi valgt å benytte medisinske og sykepleierfaglige ord og uttrykk, da dette er naturlig for en oppgave i sykepleiefaget.

## 2. Metode

En metode er en framgangsmåte som benyttes for å etterprøve eksisterende eller fremskaffe ny kunnskap (Dalland, 2012). Valg av metode foretas med bakgrunn i hva som vil være mest hensiktsmessig for å framskaffe gode data. Den benyttes når en samler data og vurderer funnene. De skal belyse den aktuelle problemstilling på en faglig og interessant måte. Vi vil her presentere kilder, artikkelsøk, kildekritikk, presentasjon av forskning og etisk vurdering.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

I henhold til gjeldene retningslinjer for oppgaven har vi valgt å benytte litteraturstudie som vår metode. Det er en metode hvor vi finner fram til, og går igjennom litteratur som allerede er skrevet om det aktuelle emnet. Valgt litteratur legger grunnlaget for oppgaven. Det er den problemstillingen drøftes ut ifra. Vi har sett på faglitteratur og forskning, vurdert kvaliteten, relevansen og sammenlignet resultater. Hensikten med en litteraturstudie er å skaffe oversikt over kunnskapen som allerede eksisterer på området (Dalland, 2012).

### 2.2 Valgt litteratur

I hovedsak er det benyttet litteratur som er spesielt rettet mot sykepleiere. Vi har også anvendt annen litteratur som er relevant for arbeid innen helsesektoren. Lærebøker og annen faglitteratur er utgitt på akademiske forlag. Det er benyttet noe pensumlitteratur. Denne har blitt komplimentert med relevante fagbøker som går mer i dybden i forhold til vår problemstilling. Etter anbefaling fra kreftsykepleie studenter fant vi boken *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Denne har vi benyttet flittig, fordi mye av innholdet er relevant for vår problemstilling. Ved søk i bibliotekets database på «Palliasjon» fant vi boken *Palliasjon: Nordisk lærebok* av redaktør Stein Kaasa. Han er professor i palliativ medisin og er internasjonalt anerkjent for sitt arbeid. Med bakgrunn i dette mener vi at boken holder høy faglig kvalitet.

Etter å ha sett på hva ulike sykepleieteoretiker står for, valgte vi gå nærmere inn i Joyce Travelbee sine teorier. Vi har derfor satt oss inn i *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Vi har sett på problemstillingen vår i lys av hennes teorier. Disse tre bøkene er blant dem vi

---

har brukt mest. For å få en bedre forståelse av pasientens situasjon har vi lest bøker skrevet av kreftpasienter og deres pårørende.

Vi har også valgt å anvende noe informasjon fra offentlige kilder og interesseorganisasjoner. I tillegg har vi brukt egne erfaringer fra jobb og praksis. Forskningsartiklene som har blitt benyttet har vi fått tilgang til gjennom søk i databaser som publiserer helsefagrelaterte fag- og forskningsartikler.

## 2.3 Artikkelsøk

For å komme frem til aktuelle søkeord satte vi opp et PICO-skjema. Se vedlegg 2. Vi har søkt i The Cochrane library, Mac Master PLUS (pyramidesøk), Pub Med, Sykepleien forskning og Oria. Vi har valgt disse databasene etter anbefaling fra skolen og egen erfaring med å finne gode, relevante treff. Vi har i hovedsak brukt engelske søkeord siden hovedvekten av artiklene, i de databasene vi har benyttet er på engelsk. Søkeordene som har blitt brukt er «palliative care», «young cancer», «at home», «health care», «home care», «nursing care», «Norway», «ethics», «cancer», «humans», «attitude of health personnel», «nursing», «nurse», «end of life care», «adult», «young adults», «nurses experience», «spirituality», «best practice» og «terminal care». Vi har brukt kombinasjoner av «and» og «or» for å få mest mulig relevante treff.

Ved søk i Sykepleien forskning og Oria benyttet vi norske søkeord. Her benyttet vi søkeordene «palliativ omsorg», «kreft» og «hjemme». Artiklene vi har valgt å benytte er publisert i anerkjente, fagfellevurderte tidsskrifter. Som for eksempel Nursing ethics, American Journal of Hospice and Palliative Medicine, Scandinavian Journal of caring sciences, og Palliative Medicine. Dette styrker artiklenes troverdighet. Vi har hovedsakelig vært på utkikk etter artikler som er publisert i perioden fra 2005. Når vi vurderte artiklene forkastet vi dem som omhandlet feil aldersgruppe, spesifikke krefttyper, personer med annen kulturell tilknytning og artikler som ikke omhandler kreftpasienter.

For mer detaljert oversikt over framgangsmåte ved artikkelsøk, se vedlegg 1.

## 2.4 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk brukes som en metode for å avgjøre om kilden er sann. For å kunne avgjøre dette må vi vurdere og karakterisere kilden. I leting etter litteratur er det viktig at vi ser om funnene er relevant i forhold til vår problemstilling (Dalland, 2012). For å belyse vår problemstilling har vi brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, artikler, nettsider, yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Bøkene og artiklene som er valgt er fra anerkjente forfattere og dermed vurderer vi disse som pålitelige kilder. I hovedsak har vi brukt nyere litteratur fordi denne vil inneholde oppdaterte fagkunnskaper. Noe er eldre litteratur som er skrevet på 90 tallet, men vi har vurdert den som like aktuell i dag. Pensumlitteratur anser vi som troverdig da dette er anbefalt fra Høgskolen i Hedmark. Ved utvelgelse av selvvalgt litteratur er det i hovedsak brukt primærkilder så langt det er mulig. Troverdigheten vil være høy siden forfatteren selv har skrevet ned sine meninger uten at noen har fortolket disse (Dalland, 2012). Et eksempel på dette er Joyce Travelbee sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.

I tillegg har vi i oppgaven brukt lovverk. Som sykepleiere er det viktig å ha kjennskap til og anvende lovverk i vårt arbeid. Lovverk som har blitt brukt er lokalisert på lovdata. Dette er en privat stiftelse som ble opprettet av Justisdepartementet og Det juridiske fakultet i Oslo. De publiserer oppdaterte norske lover på nett og de ses på som en pålitelig kilde.

I vår utvelgelse av relevante forskningsartikler har vi søkt i helsefaglige databaser. Artiklene er fra anerkjente fagfellovdert tidsskrifter og er bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Det vil si at den har introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). I søket etter forskning har vi prøvd å finne forskning av nyere dato. Dette har vi gjort på grunnlag av at det skal være oppdatert og relevant i forhold til gjeldene føringer. Vi har sett at flere av artiklene vi har valgt å benytte har blitt sitert mer enn 20 ganger. Den mest siterte artikkelen er sitert 38 ganger. Dette tar vi som et tegn på at de holder høy kvalitet.

En av artiklene baserer seg på en studie fra Danmark. Vi mener den er aktuell da den har overføringsverdi i forhold til vår oppgave, og fordi vi mener at holdninger og kultur stort sett er de samme i Norge og Danmark.

---

Artikkelen «*The Phantom of Death Improving Quality of Life: You Live Until You Die*» (Vargens & Berterö, 2012) er publisert i *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Dette er et fagfellevurdert tverrfaglig akademisk tidsskrift, som retter seg mot alle yrkesgrupper som jobber med palliasjon. Aldersgruppen som ble intervjuet (42-72 år) er ikke innenfor den aldersrammen vi har satt i vår oppgave, men vi mener funnene kan være overførbare. Vi har heller ikke ekskludert den med bakgrunn i at undersøkelsen er foretatt på pasienter med en bestemt krefttype. Vi mener at de tankene en har rundt døden, og hvordan en kreftdiagnose kan påvirke livskvaliteten ikke er betydelig forskjellig mellom ulike krefttyper.

Vi har brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, men i hovedsak er det lagt vekt på kvalitative artikler. Vi mener at denne typen forskning vil kunne gi et bedre svar på problemstillingen enn hva kvantitativ forskning vil. Kvalitative metoder har til hensikt å fange opp meninger eller opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Det kan være snakk om åpne dybdeintervjuer som får frem det som er spesielt med et aktuelt fenomen. Innsamling av data foregår i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012). Kvantitative metoder gir målbare data (Dalland, 2012). Tallene gjør det mulig for forskerne å regne ut gjennomsnitt og prosentandeler. Informasjonen går i bredden, ikke i dybden. En kan bruke spørreskjemaer med forhåndsutfylte svaralternativer. Benytter man denne metoden trenger en ikke ha direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012).

Siden flertallet av artiklene vi har benyttet er engelskspråklige, vil vi gjøre oppmerksom på at ingen av oss har dette som førstespråk. Derfor kan vår forståelse av innholdet avvike noe fra hva forfatteren har hatt til hensikt å formidle.

## 2.5 Presentasjon av valgt forskning

### **2.5.1 Artikkel 1 «Rationing home-based nursing care: professional ethical implications»**

Artikkelen har til hensikt å klargjøre hvordan sykepleieren prioriterer tjenesten til pasientene i hjemmebasert omsorg (Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011). Bakgrunnen for denne artikkelen er at hjemmebasert omsorg skal ivareta pasienten sitt behov for pleie og omsorg på en faglig og omsorgsfull måte. Mangel på ressurser i hjemmetjenesten kan føre til at

sykepleieren blir stående i etiske dilemmaer. I forskningsarbeidet har det blitt brukt kvalitativt intervju for å belyse dette. Hovedfunnene i artikkelen viser at prioriteringene blir gjort på grunnlag av at flest mulig skal få hjelp. De baserer seg på administrative beslutninger innenfor et stramt tidsskjema. Det blir da prioritert i henhold til kostnadseffektivitetsprinsippet. Dette fører til at sykepleieren blir lite fleksibel og tar lite individuelle hensyn (Tønnessen et al., 2011). Denne artikkelen er relevant for oss, siden den viser at eksistensielle og psykiske behov hos pasientene blir nedprioritert.

### **2.5.2 Artikkel 2 «The Phantom of Death Improving Quality of Life: You Live Until You Die»**

Hensikten med studien var å se på hva som kan gjøres for å gi kreftpasienter i palliativ fase et fullverdig liv frem mot døden, ikke bare en verdig død (Vargens & Berterö, 2012). Det har blitt benyttet fenomenologi som er en kvalitativ metode. 11 kvinner med brystkreft har blitt intervjuet om sin opplevelse av det å få en kreftdiagnose, og å bli klar over sin egen dødelighet. Informasjonene som har kommet frem i disse intervjuene har blitt analysert, og forskerne har kommet fram til 4 hovedtemaer. Det første kan kalles «Døden som et hovedanliggende». Dette omhandler blant annet hvordan kreft assosieres med død. Når en får en slik diagnose blir en klar over sin egen dødelighet. Det neste tema er «Revurdering av livet». Flere av de som ble intervjuet ga uttrykk for at det å stå ansikt til ansikt med sin egen dødelighet fikk dem til å revurdere livet sitt. Det tredje temaet er «Å leve et normalt liv med støtte». Det fjerde temaet er «Å leve fram til døden». Kvinnene som ble intervjuet ga uttrykk for at de i mindre grad utsatte ting de ønsket å gjøre, og følte de var mer til stede i sitt eget liv.

I undersøkelse kom det også frem at kvinnene opplevde frykt og usikkerhet. God palliativ omsorg handler om mye mer enn bare symptomlindring. Evnen til å ta del i vanskelige samtaler og å ivareta pasientens verdighet er også viktige elementer (Vargens & Berterö, 2012). Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, fordi den har fokus på pasientgruppens eksistensielle behov. Den sier også noe om hva som kan bidra til god sykepleie for dem.

---

### **2.5.3 Artikkel 3 «Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark»**

I artikkelen er målet å undersøke hvor pasientene med uhelbredelig kreft ønsker og dø, og om dette ønsket endrer seg etterhvert som sykdommen progredierer (Neergaard, Jensen, Sondergaard, Sokolowski, Olesen & Vedsted, 2011). Undersøkelsen ble foretatt ved å sende spørreskjemaer til leger, sykepleier og pårørende (hvis lege og sykepleier mente det var hensiktsmessig). De skulle svare på om pasienten hadde gitt uttrykk for hvor de ønsket og dø. Spørreskjemaene skulle også kartlegge hvorvidt respondentene mente dette ønske hadde endret seg over tid, og om pasienten fikk ønsket oppfylt. Funnene viser at tidlig i forløpet ønsket ca. 80,7% av pasientene å dø hjemme, men lenger ut i forløpet hadde det sunket til 64,4% (Neergaard et al., 2011). Dette kan skyldes flere ulike faktorer, siden ønsker og behov endres i løpet av sykdomsforløpet. Denne artikkelen er relevant fordi den viser at mange ønsker å dø hjemme, men at ønsket kan endre seg over tid.

### **2.5.4 Artikkel 4 «Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements»**

Formålet med denne studien var å komme fram til hva pasienter mente burde gjøres for at helsepersonell skulle bli i stand til å gi bedre eksistensiell omsorg (Yardley, Walshe & Parr, 2009). Det er brukt en kvalitativ metode, hvor 20 pasienter har blitt intervjuet. Noe av det de kom fram til var at pasientene ønsker å få tilbud om eksistensiell omsorg, selv om de kanskje ikke benytter seg av det. Flere av pasientene viste interesse for å delta i opplæring av helsepersonell, gjennom å gi konstruktive tilbakemeldinger etter samtaler om eksistensielle temaer. De mente at holdningen til helsepersonellet, i møte med dem hadde stor innvirkning på hvor godt de følte seg ivaretatt, og i hvilken grad de åpnet seg opp. Pasientene ga uttrykk for at de ønsker noen som bryr seg og viser interesse for dem som mennesker. Det kommer frem at det er en forskjell mellom en sykepleier som gjør en god jobb, og en sykepleier som gjør en god jobb og bryr seg om pasienten (Yardley et al., 2009).

## 2.6 Etisk vurdering

Vår oppgave tar utgangspunkt i aktuell litteratur og noen egne erfaringer. Det er viktig for oss at kildene vi benytter har fulgt etiske retningslinjer. Forskningsetikk har som mål å ivareta personvern og sikre forskningsresultatenes troverdighet (Dalland, 2012). Vi er konsekvente med vår bruk av APA-standard, for å sikre sporbarheten til den informasjonen vi benytter i oppgaven. Når vi i teksten viser til erfaringer vi har fra jobb og praksis, har vi anonymisert det.



## 3. Teori

I dette kapitlet vil vi presentere noen sentrale begreper i vår oppgave som vil belyse vår problemstilling. Vi vil definere begrepene for å skape en teoretisk referanseramme. Vi har valgt å ta med kreft, palliasjon og hjemmesykepleie. Vi har sett på hva god sykepleie er i lyset av Travelbee sine teorier. Vi vil gå nærmere inn på psykiske og eksistensielle behov, og møtet med den unge døende pasienten.

### 3.1 Kreft

Kroppen vår består av milliarder av celler. Disse cellene formerer seg ved deling (Lorentsen & Grov, 2010). Uttrykket svulst brukes som oftest om en gruppe celler som deler seg ukontrollert og man får en opphopning av celler i kroppen (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Man skiller mellom benigne (godartet) og maligne (ondartet) svulster. De benigne svulstene består av celler som vokser ukontrollert, men disse vil ikke spre seg til nærliggende vev og organer. De benigne svulstene vil som oftest slutte å vokse etter en stund (Bertelsen et al., 2011).

Maligne svulster har ukontrollert cellevekst og kan vokse inn i nærliggende vev og organer. Det er dette som kalles for kreft eller cancer. Cellene kan også spre seg videre igjennom blodbanen, lymfebanen og kroppens hulrom. Dermed blir det dannet nye svulster (metastaser) i andre organer. Disse to egenskapene gjør kreft til en dødelig sykdom (Bertelsen et al., 2011).

Kreft oppstår i en celle når cellen har et gen som er skadet. For at kreft skal utvikles er det slik at det vanligvis er flere gen som er skadet i cellen. Dette vil da skje gjennom flere cellegenerasjoner. Når cellen har en tilstrekkelig skade på genet vil kreften utvikle seg. Kreftutvikling skjer hovedsakelig når det er en skade på gen som styrer cellenes deling, programmert celledød eller reparasjons gen. De genene som styrer celledelingen har som oppgave å formere nye celler når kroppen har behov for det. De som styrer programmert celledød sørger for at kun de cellene kroppen ikke har behov for lengre dør.

Reparasjonsgenene vil i mange av tilfellene selv reparere eventuelle skader på DNA-tråden.

Når skaden oppstår hos disse cellene vil ikke de kunne utføre oppgavene, som de friske cellene ellers ville ha gjort (Bertelsen et al., 2011).

Den vanligste kreftformen blant ungdom og unge voksne er testikkelkreft. Etter det er hjernesvulst, lymfekreft, livmorhalskreft og føflekkreft de mest utbredte (Folkehelseinstituttet, 2013).

## 3.2 Palliasjon

Grunnet en utvikling hvor flere får kreft og andre kroniske sykdommer, er det et økende behov for helsepersonell med kunnskaper om palliativ behandling (Kaasa, 2008a). Man anslår at ca. 60% av dem som dør på verdensbasis hvert år kunne hatt fordel av å få palliativ omsorg (Payne, 2008). Av alle dødsfall som fant sted i 2008, regner man med at ca. 13% skyldes kreft (World Health Organization [WHO], 2013). Det anslås at med palliativ behandling vil omtrent 90% av pasientene med uhelbredelig kreft oppleve lindring av sine fysiske, psykiske og åndelige utfordringer (WHO, 2015a).

Det finnes ulike definisjoner på palliasjon. Felles for dem er at de omhandler de samme temaene og påpeker de samme utfordringene (Kaasa, 2008a). Noe av det som går igjen er at behandlingen ikke har som mål å kurere. Den har til hensikt å fremme best mulig livskvalitet for pasienten. Dette er et fagfelt hvor man må ta hensyn til pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov (Kaasa, 2008a).

Det å få en kreftdiagnose er en belastning i seg selv. Denne belastningen blir enda større når en får vite at sykdommen ikke kan kureres. Palliasjon har til hensikt å gi best mulig livskvalitet, til tross for den vanskelige situasjonen pasienten befinner seg i (Kaasa, 2008a). Personer med langt kommet kreft har gjerne mange plager. Noen av plagene som knyttes til sykdommen er angst og depresjon (Kaasa, 2008a).

Man kan dele palliativ behandling opp i to undergrupper. Palliativ, symptomforebyggende behandling og palliativ, symptomlindrende behandling (Kaasa, 2008a). Den symptomforebyggende behandlingen har som mål å forebygge eller utsette symptomer som sannsynligvis vil komme raskt uten behandling. Det kan også være med å bremse utviklingen av sykdommen. Målet med den symptomlindrende behandlingen er å lindre plagsomme symptomer. Igangsetter en nødvendig behandling på rett tidspunkt i

---

sykdomsforløpet oppnås en mest mulig optimal behandling (Kaasa, 2008a). Å ta beslutningen om å avslutte en eventuell livsforlengende behandling, til å gå over til palliativ behandling kan være svært vanskelig. Det å fortsette livsforlengende behandling kan i noen tilfeller være å forlenge lidelse unødige. Det er legen som tar avgjørelsen om å avslutte denne behandlingen, etter å ha diskutert saken med pasient og pårørende (Kaasa, 2008a). Deretter kommer pasienten inn i en palliativ fase.

«Den palliative fasen er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uheldelig, og avsluttes når pasienten dør» (Helsedirektoratet, 2013, s.11). Denne fasen kan være langvarig og de fleste tilbringer mye tid hjemme (Haugen, Jordhøy & Hjermsstad, 2008). For at dette skal la seg gjøre er man blant annet avhengig av hjemmesykepleie som er tilgjengelig hele døgnet, og som har nødvendig kompetanse (Haugen et al., 2008).

### 3.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien er en viktig støttespiller for alvorlig syke mennesker som bor hjemme. Den gir et tilbud til personer som er hjemmeboende og har et behov for hjelp i en kortere eller lengre periode. Dette kan være når sykdom, svekket helse, livssituasjon eller alderdom tilsier at den enkelte trenger hjelp. Hensikten er at de kan få hjelp til å mestre hverdagen i hjemmet, og til å få dekket de grunnleggende behovene (Fjørtoft, 2012). I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal helsepersonell legge til rette for mestring av sykdom og lidelse. De skal sikre at den enkelte skal ha en meningsfull tilværelse. Tjenesten skal legges til rette slik at den respekterer den enkeltes integritet og verdighet. Det innebærer også retten til en verdig død i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Fjørtoft (2012) skriver at det ideale vil være om hjemmesykepleien kan ivareta den enkeltes behov for omsorg og støtte. Personalet skal ha tilstrekkelig med tid, være tilgjengelige, kvalifiserte og ha et helhetlig blikk. I realiteten er det slik at krav om effektivitet og prioritering av begrensede ressurser ofte vil styre sykepleierens handlinger (Fjørtoft, 2012). I hjemmesykepleien er det mange som skal besøkes og liten tid til hver enkelt. I en slik situasjon blir det en utfordring for sykepleieren og være tilstedeværende. Den gode samtalen og omsorgen krever tid. Når det er lite tid til rådighet vil de fysiske behovene bli dekket fremfor de psykiske behovene. Dette gjør at sykepleieren må avveie mellom forsvarlig praksis og å gjøre det beste ut av situasjonen. Sykepleieren har et ansvar for at den pleien

som blir gitt er faglig forsvarlig. En skal møte den enkelte pasient med respekt og omsorg. Ettersom hjemmesykepleien i hovedsak bygger på selvstendig jobbing i hjemmet, stilles det krav til sykepleierens kompetanse. For å kunne jobbe selvstendig kreves det at sykepleieren er engasjert, ansvarlig, reflektert, kritisk og handlekraftig (Fjørtoft, 2012). Dette vil bidra til trygghet for pasienten.

### **3.3.1 Trygghet**

Trygghet er et sentralt mål i hjemmesykepleien. Pasienten skal kunne føle seg trygg ved å bo i sitt eget hjem og ovenfor den tjenesten de mottar. God informasjon og forutsigbarhet er viktig. Det å vite hvilke tjenester som tilbys kan være nyttig informasjon som gir trygghet. Samtidig vil det være en sikkerhet for pasienten og vite når de får hjelp, hvem som kommer og hva som skal gjøres. For pasienten bidrar det til trygghet og tillit, hvis pleien blir organisert på en slik måte at kontinuitet kan opprettholdes, skriver Lorentsen og Grov (2010). Kommer det stadig nytt helsepersonell som pasienten aldri har møtt tidligere kan dette medføre en følelse av usikkerhet for pasienten. Sykepleieren skal gi trygghet, og må være trygg i møte med pasienten, skriver Norås (2010). Dette bidrar til at pasienten kan være hjemme i kjente omgivelser.

### **3.3.2 Pasientens hjem**

Det å arbeide i andres hjem innebærer at vi som sykepleiere må ha en forståelse av betydningen av hjemmet. Vi må ha kunnskaper om hva dette innebærer for den relasjonen vi skal skape til pasienten. Hjemmet danner en ramme i livet vårt og det sier noe om våre verdier og vår identitet. Det er et symbol på selvstendighet og kontroll. Når vi som helsepersonell kommer inn i hjemmet kan denne selvstendigheten bli krenket. De kan oppleve at de ikke lenger har kontroll over sitt eget hjem. Det er derfor svært viktig at vi viser respekt ovenfor pasientene og deres hjem. Vi må ikke glemme hvem som eier det, selv om det er vår arbeidsplass. Dette innebærer at vi må være ydmyke og planlegge slik at pasienten fortsatt kan ha en opplevelse av hjemmefølelsen (Fjørtoft, 2012).

### **3.3.3 Autonomi**

Et annet viktig aspekt som kommer inn i forhold til mottakere av hjemmesykepleie er autonomi. Autonomi betyr selvbestemmelse (Brinchmann, 2012). Pasienter har rett til å være

---

med og ta beslutninger som involverer deres situasjon. Eksempelvis kan de selv mener at det å få et tilbud i hjemmet vil være bedre for dem, enn det vil være å bli lagt inn på en institusjon. Det krever at de har fått tilstrekkelig med informasjon og er fri fra ytre press. Pasienten er i en sårbar situasjon. Da settes det større krav til sykepleieren og annet helsepersonell for å ivareta pasienten sin autonomi og integritet. I noen situasjoner kan det være slik at sykepleieren på grunn av sin fagkompetanse vet hva som er best for pasienten. Men målet må være å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2012). Dermed er det viktig at sykepleieren blir kjent med pasienten og er klar over vedkommende sine behov.

### 3.4 Psykiske og eksistensielle behov

Travelbee skriver om begrepet lidelse. Lidelse er en erfaring som er uløselig knyttet til det å være menneske. Mange er redde for å oppleve smerte og lidelse i perioden frem mot døden (Sæteren, 2010a). En persons opplevelse av smerte er unik for dette individet. Denne erfaringen kan variere i intensitet, varighet og dybde (Travelbee, 2001). Lidelse er smerte i vid forstand, ikke bare fysisk men også psykisk. Smerte eksisterer ikke i et vakuum. Andre symptomer og forhold rundt pasienten er med på å påvirke lidelsen smerten medfører. Dame Cicely Saunders introduserte begrepet «total pain». Hun fremhever behovet for en bred tilnærming til kreftpasientene sitt sammensatt smertebilde (Kaasa, 2008b). Begrepet «total pain» omhandler, at den smerten pasienten opplever påvirkes av både fysisk, psykisk, sosial og åndelig faktorer (Fink & Gates, 2010). De fleste former for smerte kan lindres. Vedvarende smerter kan medvirke til sosial isolasjon, oppgitthet og redusere livskvalitet (Kaasa, 2008b).

Enkelte mener at lidelse har en egenverdi. Når en bryr seg om noe eller noen, stiller en seg i en situasjon hvor man kan miste det (Hummelvoll, 2012). Et slikt tap vil medføre lidelse. Det å være uhelbredelig syk kan få mennesker til å føle et slikt tap. Dette kan medføre ulike reaksjoner. Spørsmålet: «Hvorfor meg?» stilles ofte av personer i en slik situasjon. De forsøker å finne mening i en situasjon som virker meningsløst. For andre igjen kan det arte seg annerledes. De aksepterer situasjon på bakgrunn av personlige overbevisninger (Travelbee, 2001).

### 3.4.1 Reaksjoner hos døende pasienter

En del av dem som har kreft kan få psykiske tilleggslidelser som følge av sykdommen. Avhengig av hvor strenge kriterier man setter, ser det ut til at et sted mellom 3 og 69% av dem med langt framskridende kreft opplever depresjon (Payne, 2008). Her kan det også være store mørketall. Mange, inkludert sykepleiere, ser på depresjon som en naturlig konsekvens av at man har begrenset tid igjen å leve og setter derfor ikke inn tiltak i forhold til dette (Payne, 2008). Depresjon kyttes til erkjennelse av tap. En kan skille mellom to typer depresjon, reaksjonsdepresjon og forberedendedepresjon. Reaksjonsdepresjon knyttes til følbare tap som oppleves i forhold til det å leve med en dødelig sykdom. Forberedendedepresjon knyttes til tap som ligger i fremtiden (Sæteren, 2010a). Kjennetegn kan være sorg, tristhet og indere smerte.

I dødsprosessen ligger det mye sorgarbeid, pasienten må ta avskjed med mye vedkommende er glad i. Tap av fremtid vil være sentralt hos yngre personer som dør. Et eksempel er møte med en yngre mann som hadde uhelbredelig kreft og kort forventet levetid. Mannen hadde små barn. Under samtale kom tema tap av fremtiden frem. Han ville ikke være der den dagen hans barn skulle konfirmeres eller den dagen de selv fikk barn. Han ville gå glipp av så mye, ikke bare de store tingene i livet, men også de dagligdagse opplevelsene. Det å ikke få deltatt på dette kan forsterke smerten over det å skulle dø. I omsorgen til døende er det et ønske om at de skal komme til en avklaring og forsone seg med at de skal dø. Ikke alle vil klare å akseptere og oppleve dette. Det er viktig at vi som sykepleier husker på at det er den døende som selv bestemmer hva som er en verdig død (Sæteren, 2010a).

Dødsangsten er sentral, og vil være en av de største utfordringene for døende pasienter. Mennesker har en grunninnbilning om at vi er udødelige (Sæteren, 2010a). Døden har blitt noe som er unaturlig og som vi helst vil unngå å tenke på og snakke om. Døden har på en måte ingen plass i det moderne samfunn som setter lykke og nytelse høyt. Pasienten må våge å se dødens realitet i øynene, for å kunne finne mening i den tiden de har igjen. Dette kalles dødsbevissthet (Sæteren, 2010a). En slik dødsbevissthet, kan bidra til at pasienten våger å leve livet fullt ut. Den står dermed i et motsetningsforhold til dødsangsten, som fører til handlingslammelse.

Sinne kan være en normal reaksjon hos pasienter som blir rammet av en uhelbredelig sykdom. Dette kan komme til uttrykk gjennom raserianfall, misunnelse og bitterhet. Sinnet

---

blir ofte rettet mot pårørende og helsepersonell, selv om de ikke er årsaken til sinnet. Det er viktig at vi som sykepleiere er klar over at sinnet kan være et uttrykk for frykt. For å møte personer som gir uttrykk for sterke følelser på en god måte, må man også være bevisst på ens egne følelser. Det å være bevisst og akseptere ens egne følelser kalles affektbevissthet (Eide & Eide, 2007). Hvis vi fortrenger slike følelser, vil vi gjerne forsøke å unngå situasjoner hvor andre gir uttrykk for dem. Aksepterer man sine egne følelser, blir det lettere å forholde seg adekvat til de samme følelsene hos andre. Skal vi være i stand til dette må vi tåle å oppleve følelser. Evnen til å tåle å oppleve følelser, også dem man ikke liker, kalles affekttoleranse (Eide & Eide, 2007). Dette er viktige forutsetninger for empati. Noe som er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten. En må nærme seg pasientens sinne med en lyttende holdning, for å komme frem til den bakenforliggende årsaken (Sæteren, 2010a). Dette er viktig å være klar over i møte med pasienter i palliativ fase.

### 3.5 Sykepleierens møte med den unge døende pasienten

Sykepleiere har en vesentlig rolle i det å yte god fysisk omsorg til personer i livets slutfase. De skal også veilede andre i å gjøre dette (Payne, 2008). De som jobber med denne pasientgruppen må kunne bruke moderne teknisk utstyr, men de må også være flinke til å lytte og kommunisere med pasienten på et personlig plan. For at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov på en god måte må de ha en oppriktig interesse for pasienten, og kunne fremme håp selv i møte med døden (Coyle, 2010). Verdens helseorganisasjons definisjon på palliativ omsorg omfatter både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov (WHO, 2015b). Denne typen behandling bidrar til bedre livskvalitet for den som er rammet.

Død er i likhet med fødsel en uunngåelig del av livet, som har innvirkning på de involverte. Derfor er det viktig å ikke bare ha fokus på å yte god fysisk omsorg til pasienten. Vi må også ta hensyn til de andre faktorene som påvirker helheten i det sykdommen innebærer (Payne, 2008). De som jobber med denne pasientgruppen må være i stand til å ta opp vanskelige temaer. De må også ha velutviklede kommunikasjonsferdigheter og støtte pasienten slik at vedkommende blir i stand til ta de avgjørelsene som er rett for den enkelte (Payne, 2008). Målet for sykepleiere som yter palliativ omsorg er å fremme livskvalitet ved å lindre lidelse (Coyle, 2010).

Sykepleierteoretikeren Joyce Tavelbee (2001) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess. En prosess som alltid vil være under utvikling som påvirkes av sykepleier og pasient. Sykepleieren skal hjelpe pasienten eller deres familie til å kunne få til en forandring. Det vil si at sykepleieren skal hjelpe pasienten og familien med en bevisstgjøring i forhold til å mestre erfaring med sykdom og lidelse. Dette vil gi pasienten et grunnlag for å kunne opprettholde en best mulig helse. For å muliggjøre dette må man etablere en tilknytning til pasienten. Travelbee (2001) skriver om menneske til menneske-forholdet, og viktigheten av å se hverandre som unike individer. I dette ligger at man ikke skal se hverandre som rollene sykepleier og pasient, men som to selvstendige personer som har en relasjon. Hvert møte mellom pasient og sykepleier bygger opp om dette menneske til menneske-forholdet. Mangler man personlig engasjement i etableringen av en relasjon mellom sykepleier og pasient, kan man ikke opprette et menneske til menneske-forhold. Det er et gjensidig forhold, men hovedansvaret ligger hos sykepleieren. Sykepleieren skal være et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske å søke hjelp hos. Relasjonen skal være av en slik karakter, at pasienten føler at vanskelige temaer kan tas opp. Travelbee (2001) sier at de følelsene og erfaringene sykepleieren har med døden, er med på å prege relasjonen med pasienten.

### **3.5.1 Møtet med døden**

I møte med alvorlig syke pasienter blir sykepleieren minnet om sin egen dødelighet. De holdningen en selv har til døden, vil komme til uttrykk i forholdet til den døende pasienten, skriver Sæteren (2010a). Døden er uunngåelig og har vært et sentralt element i mange kulturer (Tolås, 2014). Mange mennesker føler i dag et visst ubehag ved tanken på døden. En av flere faktorer som kan bidra til dette er at mange dør på institusjon (Sæteren, 2010a). Så de mangler kunnskap om og erfaring med døden. Et annet viktig element er at det minner dem om deres egen forgjengelighet.

Sykepleierens følelser rundt døden kan ha innvirkning på hvordan man vil kunne hjelpe pasienten med å finne mening i situasjonen. For eksempel kan en sykepleier føle at døden er noe truende. Den syke kan bli sett på som et symbol for det døden innebærer, tap av vitalitet og andre verdier som verdsettes i det moderne samfunnet. I så fall kan en ønske å unngå den døende i størst mulig grad, for ikke å bli eksponert for dette. Det er viktig at sykepleieren bearbejder de følelsene som dukker opp, og våger å erkjenne sin egen sårbarhet. Hvis



---

sykepleieren ikke gjør dette kan det komme i veien for å gi pasienten det tilbudet vedkommende trenger, skriver Lorentsen og Grov (2010). Det vil påvirke hvordan den døendes livsmuligheter blir ivaretatt, og hvordan sykepleieren legger til rette for en verdig dødssituasjon ut i fra pasientens ønsker (Sæteren, 2010a). Å skulle jobbe med denne pasientgruppen stiller krav både til sykepleierens faglige kunnskaper, og til sosial kompetanse (Reitan, 2010a). Dette er i samsvar med Travelbee (2001) sine tanker rundt møtet med døende mennesker.

### 3.6 Travelbee sitt menneske til menneske-forhold

Travelbee (2001) skriver at vi skal hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Hun beskriver fem faser i utviklingen av menneske til menneske-forholdet, som vil være viktig for å kunne gjøre dette på en god måte. Det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og gjensidig kontakt og forståelse (Travelbee, 2001).

#### **Det innledende møtet og framvekst av identitet**

Førsteintrykket vi får vil forme vår umiddelbare oppfatning av pasienten. Men etter hvert som vi lærer vedkommende å kjenne, og ser hele mennesket vil vår oppfatning endre seg (Travelbee, 2001). Det er dette de to første fasene tar for seg.

#### **Empati**

Dette er den tredje fasen. Når en har empati må en være i stand til å kjenne igjen den andres indre opplevelser i den aktuelle situasjonen. Vi skal ikke overta den andres følelser, sykepleier og pasient er to adskilte enheter som står ved siden av hverandre i situasjonen. Man er nærværende, uten å gå inn i den andre. Sykepleieren må ha noe av det samme erfaringsgrunnlaget for å kunne kjenne igjen den andres følelser. Empati er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å yte god sykepleie (Travelbee, 2001). Man er nødt til å utvikle menneske til menneske forholdet videre.

#### **Sympati og medfølelse.**

Sympati vil si å sette seg inn i andres følelser, nærmest som de var dine egne. I motsetning til empati som er nøytralt, krever sympati handling. Noe av det som skiller dem er at med sympati ønsker en å hjelpe og føler en trang til å lindre plage. Det å oppnå gjensidig kontakt

og forståelse er målet med sykepleien. Pasienten må ikke ses på som selve problemet, men som en person med et problem, som vi skal hjelpe vedkommende å håndtere (Travelbee, 2001).

### **Gjensidig kontakt og forståelse**

Dette skapes med utgangspunkt i de erfaringene pasient og sykepleier står sammen om. Sykepleieren må verdsette den syke som et unikt og selvstendig individ (Travelbee, 2001).

For at vi skal kunne oppnå et fullverdig menneske til menneske-forhold må vi ha gode kommunikasjonsferdigheter.

## **3.7 Kommunikasjon og livskvalitet**

Empati, situasjonsforståelse, mot og gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for å gjøre jobben på en god måte. Det er ikke bare hva sykepleieren sier og gjør som er viktig i denne situasjonen. Hvordan det gjennomføres er også av stor betydning (Lorentsen & Grov, 2010; Reitan, 2010b). Kommunikasjon foregår mellom sykepleieren og pasienten ved hvert møte, dette foregår både bevisst og ubevisst. Kommunikasjon er en prosess som vil hjelpe sykepleieren til å nå sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 2001). Når vi kommuniserer vil vi overføre våre meninger både gjennom nonverbale og verbale uttrykksmidler. Nonverbale måter å kommunisere på er gjennom gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee, 2001). Ved nonverbal kommunikasjon kan sykepleieren formidle omsorg, dette gjennom blick og måten hun gjennomfører tjenesten på. I følge Travelbee (2001) må sykepleieren sette seg inn i pasienten sin opplevelse av det å være syk. Det vil si hvordan pasienten selv oppfatter sin sykdom. Travelbee (2001) mener at hvis en er uvitende om dette, kan ikke sykepleieren hjelpe det den syke pasienten til å mester sin sykdom eller finne en mening i disse erfaringene. Gjennom kommunikasjon vil vi kunne finne frem til den sykes oppfatningen av sykdommen (Travelbee, 2001). Kvaliteten på forholdet mellom sykepleier og pasient har betydelig innvirkning på hvordan vedkommende føler at eksistensielle behov blir ivaretatt, skriver Lorentsen & Grov (2010).

Når pasienten er i den palliative fasen er det viktig å kunne være med på aktiviteter som bidrar til økt livskvalitet den tiden pasienten har igjen (Lorentsen & Grov, 2010; Reitan, 2010a). Helse og funksjonsnivå påvirkes av opplevelsen av livskvalitet, men er hverken

nødvendig eller tilstrekkelig i seg selv. Det flytter oppmerksomheten fra diagnose til hele menneske og deres liv (Rustøen, 2001). For å kunne fremme livskvalitet, må man ha en formening om hva som ligger i begrepet. En av mange som har prøvd å definere livskvalitet er Siri Næss, som mener at livskvalitet er «å ha det godt, og å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv» (referert i Ribu, 2010, s.50). Ulike definisjoner har noe ulikt innhold, noe det er viktig å være klar over når man for eksempel leser forskning på området. Personer med redusert funksjonsnivå kan leve et godt liv på tross av belastninger og endringer i livet. Det vil variere fra menneske til menneske hva det innebærer å ha det godt, derfor vil det være vesentlig i møte med pasienter og få deres oppfatning av sitt liv (Fjørtoft, 2012).

## 4. Drøfting

Ut ifra vår teoretiske referanseramme vil vi drøfte hva som er god psykisk og eksistensiell sykepleie til yngre kreftpasienter i palliativ fase. Målet vårt er å komme fram til et svar på spørsmålet: «*Hvordan kan sykepleieren ivareta de psykiske og eksistensielle behovene til yngre kreftpasienter i palliativ fase?*». Vi vil blant annet drøfte dette opp mot hvordan det kan gjennomføres i hjemmet. Vi vil også benytte noen av teoriene til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee for å belyse aspekter ved vår problemstilling. Både hos Travelbee og i annen litteratur vi har lest, settes de psykososiale og eksistensielle behovene like høyt som de fysiske. For at sykepleieren skal klare å dekke disse behovene på en god måte, er gode kommunikasjonsferdigheter en forutsetning.

### 4.1 Den gode samtalen, veien til innsikt?

I følge Travelbee (2001) har mange sykepleiere fokus på sykepleiehandlinger, ikke pasienten de utfører handlingene for. Hun mener en må gå utover grensene for hva sykepleierrollen er. Det må opprettes et menneske til menneske-forhold for å flytte fokus tilbake dit det burde være. Vi ser at Travelbee kan ha et viktig poeng. Gjennom vår utdanning har vi ofte hatt fokus på praktisk sykepleie. Derfor kan det være en utfordring å bare skulle være tilstede for pasienten, uten å gjøre noe konkret. I møte med døende vil det være spesielt viktig å være tilstedeværende. Sykepleieren skal lytte til pasienten og ha empati. Travelbee (2001) mener at empati er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å yte god sykepleie. Hun mener sympati og medfølelse er påkrevet. Som sykepleiere må vi la oss berøre av situasjonen, slik at vi blir i stand til å hjelpe. Det er viktig at en er tilstedeværende og viser interesse for pasienten, slik at vedkommende våger å ta opp det de ønsker å prate om.

For å kommunisere godt med pasienten er det viktig at en får med seg essensen i det vedkommende ønsker å formidle (Eide & Eide, 2007). En skal respondere på det som pasienten har behov for at blir sett og akseptert. Det er vesentlig å ta seg tid til å lytte til det pasienten formidler, for å se om det finnes en dypere mening. En ting er å registrere hva pasienten sier, men det er også viktig å finne den meningen som legges i det (Sæteren, 2010b). For pasienten vil det være meningsfullt å få fortelle sin egen historie. I våre møter med yngre kreftpasienter har vi erfart at de stadig kommer tilbake til det som er viktig for

---

dem. Derfor vil det være viktig for oss å lytte til pasientene, fordi det gir et innblikk i hva som er betydningsfullt for dem. Hva som har preget deres liv til nå. På den måten vil vi bli kjent med pasienten. Vi ser deres verdier og identitet. Gjennom den gode samtalen kan en også komme frem til hva pasienten setter pris på når det gjelder mat, litteratur eller musikk. Denne informasjonen vil være til hjelp for oss når vi skal bidra til at den siste tiden til pasienten blir verdig og meningsfull.

Den gode samtalen kan åpne for sterke følelser, hos begge parter. Hvis en skal kunne hjelpe pasienter som har det vanskelig må en kunne ta imot pasientens vanskelige følelser, for deretter å hjelpe dem til å bedre situasjonen. Travelbee (2001) skriver at den syke blir overlatt til seg selv, hvis sykepleieren ikke er i stand til å ta del i samtaler om vanskelige temaer. Ut fra vår erfaring med yngre kreftpasienter kreves det mot for å stå i slike situasjoner og lytte til deres opplevelser. I stedet for å forsøke å oppmuntre pasienten, burde sykepleieren vise medfølelse og oppriktig forståelse for hvordan pasienten har det. Da kan pasienten selv begynne å se muligheter for hva som kan bedre situasjonen (Eide & Eide, 2007). De skal føle at de blir sett, forstått og tatt på alvor. Sætren (2010a) skriver at pasienten trenger noen som har evne til innlevelse og forståelse, slik at de kan sette ord på sine opplevelser.

Kommer en med oppmuntringer eller prøver å bagatellisere pasientens utfordringer og vonde følelser, kan det oppfattes som manglende respekt for hvordan pasienten opplever situasjonen. Helsepersonell skal snakke med mennesker som opplever en krise, de skal ikke bidra til fornektelse av virkeligheten (Cullberg, 2007). Blir pasienten møtt med tillit og realistiske forventninger på en måte som gjør at vedkommende føler seg forstått og akseptert, vil det bli lettere å se mer positivt på sin egen situasjon (Eide & Eide, 2007).

Travelbee (2001) skriver at spørsmålet «Hvorfor meg?» kan brukes som utgangspunkt for videre samtale rundt hva den syke selv tillegger situasjonen. Dette spørsmålet er spesielt aktuelt blant den aldersgruppen vi har valgt å ha fokus på. Fordi tanken på å skulle dø i så ung alder, er fjern fra den virkelighetsoppfatningen de har hatt frem til da. De kan spørre seg selv hva galt de har gjort for å havne i en slik situasjon. Her kan de eksistensielle behovene være svært fremtredende.

Det er flere måter å møte dette på som sykepleier. Det kan føles naturlig å starte samtaler med åpne spørsmål som «Hvordan har du det?». Men for syke mennesker kan det å stadig få

dette spørsmålet, være noe som minner dem om deres egen sykdom og alle de vonde følelsene de kan ha rundt den. For noen kan det å få konkrete spørsmål som «Hvordan har dagen din vært?» eller «Er det noe du ønsker å snakke om?» være mindre belastende (Håttun, 2008). Er en usikker på hvordan en skal gå frem, kan en starte med å spørre pasienten hvordan den ønsker å bli møtt. Eksistensiell omsorg er et område hvor det finnes store individuelle forskjeller.

En så liten ting som at sykepleieren bruker pasientens fornavn, kan gjøre at pasienten slapper mer av og lettere klarer å åpne seg (Simonsen & Simonsen, 2009). Man må møte pasienten på deres egne premisser. Mange pasienter vil oppleve det som godt å møte sykepleiere som er til stede, er nærværende og lar seg berøre. De vil føle de blir møtt med åpenhet og interesse, andre kan oppleve vår tilstedeværelse som krenkende invadering (Carlenius, 2008). Pasientene kan ha mye tanker om sykdom og død som det kan være vanskelig å sette ord på.

Vi har erfart at mange også synes at det er vanskelig å prate med pasienten om vanskelige temaer som død, og vegrer seg for dette. Ut i fra vår erfaring er det viktig å være til stede for pasienten, og ikke nødvendigvis ha de rette svarene. En skal hjelpe pasienten til å gi uttrykk for det de opplever av sorg, smerte, skyld eller aggressivitet. Sykepleieren kan vise interesse for pasienten og det vedkommende ønsker å formidle gjennom å sette seg ned, se på vedkommende og være til stede i situasjonen (Eide & Eide, 2007). Dette vil være med på å bygge opp tilliten mellom pasient og sykepleier. Vi har opplevd at dette kan være med på å skape et godt møte, pasienten åpner seg for vanskelige samtaler fordi vedkommende blir trygg på sykepleieren.

Ut ifra de erfaringene vi har gjort oss gjennom å jobbe i hjemmesykepleien, kan det være vanskelig å sette av den nødvendige tiden til å ta opp slike temaer. Når man er inne hos en pasient, skal fokuset være på vedkommende. En er likevel klar over at en har mange andre en også skal hjelpe. Disse må vente hvis en bruker ekstra tid hos noen det i utgangspunktet ikke er satt av så mye tid til. For eksempel når en pasient spør om vi har tid til å ta en kopp kaffe med dem. Dette kan være et uttrykk for at de ønsker noen å snakke med. Å ta seg denne tiden kan være viktig for å dekke de psykiske behovene. Man trenger ikke bruke mye tid på dette, men det kan likevel ha stor betydning for pasienten.

---

Forskningen til Tønnesen et al. (2011) underbygger vår erfaring. Den viser at når tiden er begrenset føler sykepleierne de må prioritere å gi medisiner og dekke fysiske behov. De psykososiale og eksistensielle behovene kommer i annen rekke. Gjennom samtaler med pasienter har vi erfart at dette er noe de skulle ønske ble prioritert høyere. De gangene vi har satt av litt ekstra tid og snakket med pasientene, har de gitt uttrykk for at dette er noe de setter pris på. Ved å ta oss tid til dette føler vi at vi har blitt bedre kjent med pasienten.

#### **4.1.1 Menneske til menneske-forholdet**

Det er viktig å skape et godt forhold til pasienten. Mangler sykepleieren personlig engasjement, og ikke ønsker å bli bedre kjent med pasienten, vil den omsorgen pasienten får bli overfladisk (Travelbee, 2001). Vi har erfart at det er noen pasienter det er vanskelig å bli kjent med og som ikke åpner seg, selv om vi prøver ut ulike metoder for å nå inn til dem. Hos disse pasientene er det lett for at det bare er det aller mest nødvendige som blir gjort. De som mangler personlig engasjement i jobben, vil fortære gi opp å finne en måte å nå fram til disse pasientene. Siden alle er unike individer, så kan man ikke regne med at alle vil få like god kontakt. Noe Tone-Elisabeth påpeker når hun skriver om forholdet mellom pleier og pasient (Simonsen & Simonsen, 2009). Hvis en benytter en streng forståelse av Travelbee sitt menneske til menneske-forholdet vil dette sette høye krav til yrket. Eksempelet over viser at det personlige engasjementet ikke alltid vil være like sterkt, fordi en ikke alltid kommer like «nær» alle. Derfor kan det være gunstig å jobbe i et team med flere pleiere, som kan samarbeide om å dekke pasientens behov. Det er vår erfaring at pasientene ikke ønsker at det stadig kommer nytt helsepersonell, men at det er bra med litt variasjon.

Vi tror sykepleieren vil ha et bedre utgangspunkt for å utvikle et menneske til menneske-forhold i hjemmebasert omsorg, fordi en blir kjent med pasienten på en annen måte enn på en institusjon. Vi kommer tettere på pasienten og deres liv. I hjemmebasert omsorg kan det være lange perioder mellom hver gang man møter unge pasienter med en alvorlig diagnose. De fleste pasientene vi har møtt i hjemmebasert omsorg har vært eldre personer. Dette kan føre til at vi tar innover oss og engasjerer oss på en annen måte enn hvis vi opplevde det daglig.

Engasjerer en seg for mye i alle pasienter hele tiden slik at det blir overinvolvering, kan det bli en belastning for sykepleieren, og det kan føre til handlingslammelse. Vi mener at noen ganger må en ha en sykepleier-pasient relasjon, for å kunne se tydelig hva som er best for

pasienten ut fra faglige kunnskaper. Vi føler det er nødvendig å finne en balansegang mellom det å engasjere seg, for å yte det lille ekstra, og det å kunne skille jobb og privatliv. Et slikt balansepunkt mellom nærhet og avstand kan omtales som terapeutisk distanse (Strand, 1990). Som profesjonell kan vi se pasientens utfordringer og kan engasjere oss i dette, samtidig som vi beholder kontroll og har overblikk.

## 4.2 Tid for å leve

Pasienter som er avhengige av hjelp er i en sårbar situasjon. Den gruppen vi har fokus på, med begrenset forventet levetid, kan oppleve mye stress i forbindelse med dette. Stress er en respons på de påkjenningene en utsettes for, både fysisk og psykisk. For dem kan det være enda viktigere å føle trygghet ved for eksempel å vite når sykepleieren kommer og hva som skal gjøres. Fordi forutsigbarhet i hverdagen kan være med å forebygge ytterligere stress. Selv om pasienten ikke nødvendigvis trenger hjelp til stell et cetera kan det hende pasienten trenger noen å snakke med for å ivareta andre behov. Vår erfaring er at det ofte er mye å gjøre fra morgenen av i hjemmebasert omsorg, men at det blir roligere ut over dagen. Gjør man en avtale med pasienten om at man kommer tilbake senere, kan det sette av mer tid til å snakke om det pasienten har på hjerte. Dette kan bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Når vi avtaler tid viser vi også respekt for pasienten som trenger noen å snakke med.

At pasienten skal føle seg trygg er et viktig mål i hjemmesykepleien. Denne tryggheten omhandler både at pasienten skal føle at det er trygt å være i sitt eget hjem, men også at tjenestene de mottar holder høy kvalitet (Fjørtoft, 2012). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Sneltvedt, 2012) sier at vi har plikt til å melde fra eller varsle når pasienten blir utsatt for uforsvarlige forhold. Lojaliteten til arbeidsstedet skal ikke stå i veien for dette. Ved palliativ sykepleie er de psykososiale aspektene viktige. Derfor må vi gjøre det vi kan for å sikre at disse behovene blir ivaretatt. I sin artikkel skriver Tønnessen og Nortvedt (2012) at hjemmeboende beskriver sykepleierne som blide, oppmerksomme og imøtekommende. De tar hensyn og er omsorgsfulle ovenfor pasientene. For pasienten er det stor forskjell mellom en sykepleier som utelukkende er teknisk god, og en sykepleier som er teknisk god og viser omsorg (Yardley et al., 2009). Dette viser viktigheten av at sykepleieren både har nødvendige kunnskaper og evner å vise omsorg. Dette er i tråd med sykepleiens



---

yrkesetiske retningslinjer, hvor det står at vi som sykepleiere skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Sneltvedt, 2012).

Sykepleieren må erverve seg de kunnskapene og ferdighetene som kreves for gi eksistensiell omsorg til pasienten (Wynne, 2013). Travelbee (2001) skriver at sykepleiere ikke bare skal hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse, men også finne en mening i disse erfaringene. Dette gjelder også de som ikke har håp om å bli helbredet. Hun mener at sykepleierens livssyn og åndelige verdier, samt grunnsyn på sykdom og lidelse vil være avgjørende for hjelpen sykepleieren vil gi pasienten (Travelbee, 2001). Mennesker er alltid på leting etter mening og sammenhenger (Sæteren, 2010b). Dette kan komme til uttrykk når personer blir rammet av alvorlig sykdom. Vi mener det er vanskelig å finne mening med at et ungt menneske skal dø. Dette ser vi på som en stor utfordring for sykepleierne. Noen vil si at døden er verre desto flere forventet gode leveår som går tapt (Gamlund & Solberg, 2014). Dette var også noe den yngre mannen vi møtte påpekte. Unge pasienter kan føle et sterkt tap av forventet fremtid, ved tanken på alt de ikke vil få oppleve. Vi tror ikke dette vil være like fremtredende hos eldre som har levd et langt liv og opplevd mye. Den unge mannens bekymringer knyttet seg til at han ikke ville få se sine barn vokse opp. Mens Tone-Elisabeth forteller om et annet tap. Vissheten om at hun ikke vil få barn og kunne føre slekten videre (Simonsen & Simonsen, 2009). Dette kan gi en følelse av meningsløshet, fordi det ikke er noe som lever videre etter at en selv blir borte. Disse to eksemplene kan illustrere bredden av utfordringer en kan møte hos gruppen vi har valgt å ha fokus på. Det finnes store individuelle forskjeller, og ingen fasit på hvordan en skal møte disse pasientene. Derfor er det som tidligere nevnt viktig å kjenne pasientene og deres livshistorie.

De som er rammet av alvorlig sykdom, kan spørre seg selv hva de har gjort galt for å havne i en slik situasjon. Når mennesker ikke klarer å se en mening i sin eksistens, kan det føre til frustrasjon og lidelse. Det kan også resultere i depresjon som er et fremtredende problem blant døende pasienter, grunnet tap av muligheter (Sæteren, 2010a). Vi mener det er viktig å ta tak i dette, ikke bare avfeie det som en naturlig konsekvens av sykdommen. Depresjon vil forsterke følelsen av meningsløshet, redusere evnen til å føle glede og sette pris på de viktige tingene i livet (Håkonsen, 2009). Depresjon skiller seg fra sorg ved at den som er rammet er preget av skyldfølelse og selvbepreidelse (Hummelvoll, 2012).

I den fasen av dødsprosessen hvor pasienten stiller eksistensielle spørsmål, kan vi hjelpe pasienten til å reflektere rundt egen situasjon. Vi kan spørre dem hvilke tanker de sitter med,

og hva som for dem vil være det største tapet. Vi kan bruke den unge mannen som bekymrer seg for sine barn og det han vil gå glipp av som eksempel. Han fortalte om konfirmasjonen han ikke ville få deltatt i. I slike situasjoner tenker vi at det kan være fint å spørre dem om de ønsker å skrive en tale, kanskje lese den inn på film eller lage en minnebok som barnet kan få i konfirmasjonen. På den måten kan de føle at de får bidratt, selv om de ikke vil kunne være til stede. Det er viktig å tenke på at samtalen skal foregå på pasientens premisser (Sæteren, 2010b).

Travelbee (2001) skriver at man aldri fullt ut kan forstå et annet menneske. Derfor skal vi bare hjelpe dem til å finne sine egne svar, ikke påtvinge dem våre oppfatninger. I hvilken grad pasientene våger å åpne seg for oss avhenger av de holdningene vi gir uttrykk for i møtet med dem (Yardley et al., 2009). Pasienter som oppfatter sykepleieren som varm og omtenksum har lettere for å dele tanker om egne utfordringer (Wynne, 2013).

For oss vil det være viktigere å hjelpe pasienten til å forsones seg med døden, enn å lete etter forklaringer som ikke finnes. Man kan også tolke Travelbee dit hen at hun ønsker at pasienten skal få dødsbevissthet. Hvordan dette gjøres, og om det i det heletatt er mulig å oppnå er individuelt. Det å forsones seg med døden kan hjelpe pasienten til å leve i nuet. Travelbee (2001) ønsker at sykepleieren skal være talsperson for livet, ikke døden i møte med alvorlig syke mennesker. Sykepleieren skal hjelpe dem slik at de kan leve et fullt og rikt liv, til tross for sykdommens begrensinger.

Vi er enige med Travelbee i at livet skal være i fokus. For et ungt menneske kan det å få beskjed om at en skal dø, snu opp ned på tilværelsen. Det kan ha fundamental innvirkning for deres eksistensielle behov videre. De målene en har sett seg og tanker om fremtiden må forkastes eller revideres. For oss vil det være viktig å gjøre den siste tiden til pasienten meningsfull og verdig. Denne tiden kan fylles med positive opplevelser. Vi ønsker å hjelpe pasienter som befinner seg i en slik vanskelig situasjon til finne ut hva som er meningsfullt for dem. Det vil si hvilke verdier de setter høyt i livet. Hva ønsker de å bruke den siste tiden til, og hvem vil de dele den med? Mange av dem som får en dødelig sykdom opplever at dette endrer deres syn på tilværelsen. De får et nytt perspektiv på hva som er viktig i livet, hva livet er og hva det vil si å være i live. Flere gir uttrykk for at forholdet til familie og venner var noe av det som ble viktigere for dem etter å ha fått diagnosen (Vargens & Berterö, 2012).

---

Enkelte blir også mer bevisst på at de selv må forme livet sitt til det de ønsket at det skal være. De skal hjelpes til å leve sine siste dager ut i fra sin egen livsfilosofi og livsstil. Felles opplevelser i denne tiden kan styrke båndet mellom pasient og pårørende. For at vi skal kunne hjelpe pasienten til å ha en meningsfull tilværelse, må vi sette oss inn i pasienten sin opplevelse av det å være syk. Dette er noe også Travelbee legger vekt på at er viktig for å yte god sykepleie. Vi må ha forståelse for at pasienten vil ha både gode og tunge dager. Vi må la pasienten fortelle om sine tanker og følelser rundt sykdom og død. For pasienten kan det være lettere å snakke om vanskelige temaer med en sykepleier som møter dem på en god måte, enn det vil være å ta det opp med pårørende. Pasienten kan føle at de legger en ekstra byrde på de pårørende hvis de forteller om egen frykt og usikkerhet. For mange knytter det seg hovedsakelig til temaer som det å ha en usikker framtid, smerter og adskillelse fra dem de var glad i (Vargens & Berterö, 2012).

I møte med døende står sykepleieren ovenfor flere utfordringer. Både på egne og pasientens vegne. Holdningene våre vil prege hvordan vi kommuniserer med pasienten om emnet (Travelbee, 2001). Har vi et uavklart forhold kan vi opptre unnnvikende. Dette fører til at pasienten ikke får det tilbudet vedkommende burde få i en slik situasjon. Er vi bevisst på våre egne følelser vil det bli lettere å møte pasienten på en måte som gjør at vedkommende vil kunne gi uttrykk for sin opplevelse av egen sykdom.

Pasienter kan ha ulike reaksjoner på det å bli konfrontert med døden. Mange kan reagere med sinne. Slik vi har erfart det kan sinne være et uttrykk for frykt og frustrasjon. Dette er noe som blir beskrevet godt i boken *Idas dans: En mors beretning* (Corwin, 2005). Når Ida får beskjeden om at hun har fått tilbakefall reagerer hun på en måte moren beskriver som utypisk for henne. Hun kaster gjenstander rundt seg, bruker grove uttrykk og ender opp med å bruke fysisk vold mot noen som irretsetter henne.

For sykepleiere kan det være vanskelig å vite hvordan en skal møte dette sinne. Pasienten burde få gi uttrykk for følelsene sine. Men vi må passe på at de ikke gjør dette på en måte som er til fare for dem selv eller andre. For å få gjort noe med sinne må vi finne den bakenforliggende årsaken, og prøve å bearbeide den. Sinne kan bli rettet mot helsepersonell, uten at det i utgangspunktet er meningen. Da er det viktig å huske på at dette ikke er personlig ment.

Frykten som kan ligge bak sinnet kan være diffus, og pasienten trenger noe å fokusere sinnet mot. Dette er noe vi må tåle å oppleve. Dette kan gi seg uttrykk i konkrete situasjoner.

Pasienten kan bli sint for at noe ikke gjøres på «deres måte». Det er viktig å ikke gi uttrykk for irritasjon over dette. Vi skal ikke møte sinne med sinne eller irritasjon (Eide & Eide, 2007).

Enkelte klarer ikke for seg med at de skal dø. De kan være sinte, fortvilte eller fornekte at de er syke helt frem til det siste (Carlenius, 2008). Det er samtidig viktig å være klar over at mange også fortsetter å ha høy livskvalitet og opprettholde gode relasjoner til de rundt seg, til tross for sykdommen (Payne, 2008). Noen av disse oppgir til og med at livskvaliteten deres er bedre med sykdommen enn før de ble syke (Higginson & Constantini, 2008). De blir mer klar over hva det vil si å leve, og føler at hver ny dag er en gave. Dette skriver Espen Simonsen om den dagen han fikk vite at forloveden kom til å dø av kreft: «Det paradoksale i det hele var vel at det var den kvelden vi også for alvor begynte å leve!» (Simonsen & Simonsen, 2009, s.60). Forskning konkluderte med at for å framme livskvalitet hos pasienter i palliativ fase, må man hjelpe dem til å opprettholde et positivt selvbilde frem mot døden (Vargens & Berterö, 2012).

### 4.3 Hvordan kan vi bidra til livskvalitet?

Det å styrke livskvaliteten i tiden pasienten har igjen er en av de viktigste tingene vi kan hjelpe pasienten med. Livskvalitet er et begrep som kan tillegges ulike meninger. Dette fordi hva som den enkelte definerer som det å ha det godt varierer fra person til person, noe som vil gi seg uttrykk i den enkeltes ønsker og behov i livets slutfase. Som sykepleier må en sette seg inn i pasienten sin forståelse av det å ha det godt, for å kunne bidra til dette. Rustøen (2001) sier at livskvalitet er følelsen av glede, lykke og tilfredshet, selv om det kan være kortvarig. Det betyr at det ikke nødvendigvis er så mye som skal til for å kunne oppnå dette. For personer som velger å være hjemme, kan dette være et ledd for å bidra til økt livskvalitet.

Det å være i kjente omgivelser kan i seg selv bidra til livskvalitet. Selv om en kanskje blir fortere sliten og ikke klarer å gjøre alt en gjorde tidligere, så er en fortsatt en del av familielivet. En kan ta del i opplevelser en ikke ville fått muligheten til å ta del i hvis man var på en institusjon. En kan legge opp hverdagen mer etter eget ønske og være omgitt av

---

dem en er glad i. Dette er noe forskningen til Vargens & Berterö (2012) underbygger. Her kom det frem at det var vesentlig for pasientene å leve livet sitt med størst mulig grad av frihet, til tross for de begrensingene sykdommen satte for dem. De ga uttrykk for at det var viktig å føle seg verdsatt som mennesker. Dette kan ha sammenheng med at mennesker gjerne forholder seg annerledes til noen når de vet de skal dø snart. Derfor kan den døende oppleve å bli behandlet annerledes av de rundt seg (Coyle, 2010).

Vår erfaring er at unge personer vanligvis har et større nettverk enn hva eldre har. Grunnen til dette er at de fleste i den aktuelle aldersgruppen er under utdanning, har arbeid og en aktiv fritid. Dette kan en se eksempel på i *Idas dans* hvor hun har familie som stiller opp, og venner som ofte kommer på besøk (Corwin, 2005). Selv om det er mye positivt ved dette kan det også ha negative sider. Med en større omgangskrets vil en oftere bli minnet på det en vil gå glipp av. Dette kommer også frem i *Idas dans* hvor hun mister håret, mens vennegjengen pynter seg til fest. Kontrastene blir store. Samtidig kommer det frem at Ida ønsket å være hjemme, å leve et så normalt liv som mulig (Corwin, 2005). For pasienter kan det bidra til trygghet å være i vante omgivelser. Motivasjonen kan for eksempel være at de ønsker nærhet til sine kjære. Det gir også muligheten til mer selvbestemmelse og privatliv enn de ville hatt på en institusjon.

I FN sin erklæring om den døendes rettigheter står det blant annet «Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg» (sitert i Roland et al., 1999,s.35). Dette viser at pasienten sin autonomi bør være i fokus. Travelbee (2001) skriver at det å være menneske er å stå ansvarlig for ens egne valg og beslutninger. Vår erfaring viser at det er svært viktig at pasienten opplever deltakelse i valg som vedrører dem. Det bidrar til at pasienten føler den blir hørt og respektert. Dette vil føre til en gjensidig tillitt mellom sykepleier og pasient. Forskning viser at noen med uhelbredelig kreft endrer syn på hvor de vil dø i løpet av sykdomsforløpet (Neergaard et al., 2011). Gir vi pasienten kunnskaper, slik at de har et godt grunnlag for å ta avgjørelser og blir deltakende i egen behandling, bidrar vi til trygghet for pasienten. Autonomi kan også bidra til å styrke pasientens selvfølelse, noe som igjen kan bidra til bedre livskvalitet (Vargens & Berterö, 2012).

## 5. Konklusjon

Etter vårt arbeid med å innhente relevant faginformasjon og arbeide med dette stoffe, har vi kommet frem til hva vi mener skal til for å ivareta pasientens psykiske og eksistensielle behov. Den gode samtalen står sentralt i dette arbeidet. Pasienten skal bli møtt med respekt og omsorg. For å håndtere dette på en god måte, kreves det kunnskaper om hvordan en opptrer i situasjonen. Sykepleieren må ha mot til å spørre og vise personlig interesse for det pasienten ønsker å formidle. En må også ha evne til å sette seg inn i pasientens opplevelse av egen situasjon. En av sykepleierens oppgaver er å hjelpe pasienten til å finne mening, i en tilværelse som plutselig kan fremstå som meningsløs. For oss innebærer det at vi ser hele mennesket, ikke bare diagnosen. Dermed vil en helhetlig tilnærming være viktig i arbeidet med denne pasientgruppen.

Hvis vi som sykepleiere er trygge på oss selv, og ikke føler vi alltid må ha de rette svarene, så vil det bli lettere å gi pasienten trygghet. Sykepleie til pasienter i palliativ fase kan være emosjonelt krevende. Sykepleieren må tåle å håndtere både sine egne og pasientens følelser. Utfordringene hos den aktuelle pasientgruppen omhandler blant annet tap av forventet fremtid. De blir konfrontert med dødens realitet på en måte få jevnaldrende kan relatere seg til, dette kan gjøre situasjonen ekstra vanskelig. Selv om de kan ha et stort nettverk, kan det være vanskelig for andre å sette seg inn i deres opplevelse av situasjonen. Selv om dette også vil være vanskelig for sykepleiere, kan våre faglige kunnskaper og tidligere erfaringer bidra til bedre forståelse av pasientens reaksjoner og opplevelser. Behovet for psykisk og eksistensiell omsorg vil variere fra person til person, dette er noe sykepleiere må være klar over.

Sykepleierens evne til omsorg er svært viktig for å ivareta pasientens eksistensielle behov. Dette kommer fram både gjennom forskning og pasientbeskrivelser. Vi mener det er viktig å ha fokus på eksistensielle behov i sykepleierutdanningen, for å være forberedt på å møte disse utfordringene i praksis. For å møte disse behovene på en god måte, må sykepleieren også være bevisst på sine egne holdninger rundt døden.

Vi som sykepleiere skal bidra til å gjøre den siste tiden for pasienten så optimal og verdig som mulig, ut ifra vedkommende sine behov. For å kunne gjøre dette må vi kjenne pasienten, og vite hva som betyr noe for den enkelte. Legger vi til rette for meningsfulle opplevelser,

vil dette styrke pasientens livskvalitet. Dette kan være så enkle ting som at pasienten får gjøre noe vedkommende har hatt et ønske om å gjøre, eller får snakke ut med noen den har noe uoppgjort med.

Vi ser at det kan være utfordrende å møte pasienten sine eksistensielle behov i hjemmebasert omsorg, men det er ikke umulig. Kvaliteten på tilbudet avhenger av organisering og ressursbruk. Dette er noe vi ikke har gått i dybden på i denne oppgaven, men vi ser at det er en viktig forutsetning for å dekke disse behovene på en tilstrekkelig god måte.

## 6. Litteraturliste

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011) Svulster. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.123-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov. Bergen: Fagbokforlaget. (2 sider)

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3 utg., s 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Carlenius, S. (2008). *Omsorg ved livets slutt: Møter med pasienter og pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget. (15 sider)

\*Cherny, N.I. (2010). The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine. I G. Hanks, N.I. Cherny, N.A. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa & R.K. Portenoy. *Palliative Medicine* (4.utg, s. 43-57). Oxford: Oxford university press. (14 sider)

\*Corwin, G. (2005). *Idas dans: En mors beretning*. Lysaker: Dinamo forlag. (287)

\*Coyle, N. (2010). Introduction to Palliative Nursing Care. I B.R. Ferrell & N. Coyle (Red.), *Oxford textbook of palliative nursing* (3.utg., s.3-11). Oxford: Oxford University Press. (8 sider)

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving: For studenter* (5.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

\*Fink, R.M. & Gates R.A. (2010). Pain Assessment. I B.R. Ferrell & N. Coyle (Red.), *Oxford textbook of palliative nursing* (3.utg., s.137-160). Oxford: Oxford University Press. (23 sider)



---

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2013). *Fakta om kreft: Kreftforekomst hos barn, ungdom og unge voksne*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=58499>

\*Gamlund, E. & Solberg, C.T. (2014). Når er det verst å miste sitt liv? Relevansen av filosofiske grunnlagsteorier for helseprioriteringer. *Norsk Filosofisk tidsskrift*, 49(3–4), 205–217. Lokalisert på:  
[http://www.idunn.no/file/pdf/66742652/naar\\_er\\_det\\_verst\\_aa\\_miste\\_sitt\\_liv\\_relevansen\\_av\\_filosofisk.pdf](http://www.idunn.no/file/pdf/66742652/naar_er_det_verst_aa_miste_sitt_liv_relevansen_av_filosofisk.pdf) (12 sider)

Grov, E. K. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg. S. 51- 68). Oslo: Akribe.

\*Haugen D.F., Jordhøy M.S. og Hjermsstad M.J. (2008). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg, s.197- 212). Oslo: Gyldendal akademiske. ( 15 sider)

\*Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. (Retningslinjer IS-2101). Oslo: Direktoratet. (2 sider)

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. (St.meld. nr. 47 17 [2008-2009]). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. § 1. (2014).

\*Higginson, I.J. & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. I M. P. Coleman, D.-M. Alexe, T.Albreht & M. McKee (Red.), *Responding to the challenge of cancer in Europe* (s.231-252). Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. (21 sider)

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk hels* (7.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.

\*Håtun, A.S. (2008). *Livsløst: Om å møte og mestre motgang*. Oslo: Aschehoug. (12 sider)

\*Kaasa S. (2008a). Palliativ medisin-en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg, s.31- 47). Oslo: Gyldendal akademiske. (16 sider)

\*Kaasa S. (2008b). Smertebehandling. I S. Kaasa (Red.) *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg., S.261-270). Oslo: Gyldendal akademiske. (9 sider)

Kreftregisteret. (2014). *Fakta om kreft*. Lokalisert på:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg, s.401-438). Oslo: Gyldendal akademiske.

\*Neergaard, M.A., Jensen, A.B., Sondergaard, J., Sokolowski, I., Olesen, F. & Vedsted, P. (2011). Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark.

*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4), s.627-636.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00870.x>. ( 9 sider)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim L.V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok* (2.utg).Oslo: Akribe

\*Norås, I.L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A.M. Reitan & T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.331-350). Oslo: Akribe. (19 sider)

\*Payne, S. (2008). Palliative care and cancer. I J. Corner & C. Baily (Red.), *Cancer Nursing: Care in Context* (2.utg, s. 672-690). Oxford: Blackwell Publishing. (58 sider)

\*Ranheim, U. (2006). *Tid for å LEVE –tid for å DØ*. Lunner: Uranus forlag. (1 side)

\*Reitan, A.M. (2010a). Kreftsjukepleie. I A.M. Reitan & T.K. Schjøllberg ( Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.21-34). Oslo: Akribe. (13 sider)

\*Reitan, A.M. (2010b). Kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.102-120). Oslo: Akribe. ( 18 sider)

\*Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I A.M. Reitan & T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.48-61). Oslo: Akribe. (13 sider)

- 
- \*Roland, P., et al. (1999). *Livshjelp -Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. (NOU 1999:2) Oslo: Statens forvaltningstjeneste, statens trykning. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1999-2/id141460/> (2 sider)
- \* Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleie?*. Oslo: Gyldendal Akademisk. ( 26 sider )
- \*Simonsen, E. & Simonsen, T.-E. (2009). *Sammen til verdens ende: En kjærlighetshistorie*. Horten: Publicom forlag AS. (190 sider)
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s.98-116). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- \*Sæteren, B. (2010a). Omsorg for døende pasienter. I A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.235-256). Oslo: Akribe. (21 sider)
- \*Sæteren, B. (2010b). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. (3.utg, s.304-316). Oslo: Akribe. (12 sider)
- Tolås, E. (Manus, regi). (2014). Den fysiske døden & Livet etter døden [TV-serie episode]. I L. Løge & J. Holmvåg (Produsent), *Døden - en serie om livet*. Oslo: Norsk Rikskringkasting.
- \*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk ( 119 sider)
- \*Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 7 (3), 280-285. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134> (5 sider)
- \*Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3) s.386–396. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011398099> ( 10 sider)

\*Vargens, O.M.d.C. & Berterö, C. (2012). The Phantom of Death Improving Quality of Life: You Live Until You Die. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(7), 555-562. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909111432450> (7 sider)

World Health Organization (2013). *Fact file: 10 Facts on cancer*. Lokalisert på: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index1.html>

World Health Organization. (2015a). *Cancer: Key facts*. Lokalisert på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

World Health Organization. (2015b). *WHO Definition of Palliative Care*. Lokalisert på: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wynne, L. (2013). Spiritual care at the end of life. *Nursing Standard*, 28(2), 41-45. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2013.09.28.2.41.e7977> (4 sider)

\*Yardley, S.J. ,Walshe, C.E. & Parr, A. (2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine*, 23(7), 601-607. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309105726> (6 sider)

(Selvvalgt 941 sider )

## 7. Vedlegg 1 Fremgangsmåte ved artikkelsøk

Søke ord	Databaser	Avgrensning	Antall	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliative care and young cancer and at home	The Cochrane Library	Cochrane Reviews	9	4	1	0
Palliative care And cancer And nursing And at home	The Cochrane Library	Cochrane Reviews *review	26	4	2	0
End of life care And cancer And at home	The Cochrane Library	Cochrane Reviews	31	5	3	0
Palliative care Home cancer	Mac Master PLUS	Systematiske Oversikter, enkelt studier	3	1	1	0
Palliative care or end of life care or terminal care and at home and cancer and adult and nurse	PubMed	Publisert i løpet av de siste ti år.	129	10	3	1 Artikkel #3
Healt care And home care And nursing care and norway And ethics	PubMed	Publisert i løpet av de siste ti år.	108	3	1	1 Artikkel #1
Palliativ omsorg Kreft hjemme	Sykepleien forskning		0	0	0	0
Palliativ omsorg kreft	Sykepleien forskning		20	2	1	0
Palliativ omsorg Kreft hjemme	Oria	Kun artikler	2	2	1	0
Palliative kreft	Oria	Publisert mellom 2004-2014	30	4	1	0
Nursing care or nursing or palliative care and palliative care or end of life care or terminal care	PubMed	Publisert siste 5 år Kliniske studier og oppsumert forskning Omhandler	441	12	4	0

and home care or at home care and cancer not nursing home not hospital not old		mennesker				
nurses experience and palliative care and best practice and cancer	PubMed	Publisert siste 10 år	9	0	0	0
nurses experience and palliative care and best practice	PubMed	Publisert siste 10 år Omhandler mennesker	19	2	1	1 Artikkel #2
Palliative care and quality of life and pain management and nursing and health care	PubMed	Publisert siste 10 år Omhandler mennesker Fulltekst	61	4	2	0
Cancer and caregivers and quality of life and palliative care or terminal care or end of life care and emotions and dying and living	PubMed	Publisert siste 10 år Omhandler mennesker Fulltekst	190	12	4	0
Palliative care and attitude of health personnel and communication and humans and spirituality	PubMed	Publisert siste 10 år	21	5	2	1 Artikkel #4
Spirituality and palliative care and terminal care and humans	PubMed	Publisert siste 5 år Omhandler mennesker	81	4	1	0

## 8. Vedlegg 2 PICO- skjema

P	I	C	O
Yngre kreftpasienter 25-35 år Palliativ care Cancer patients	Omsorg Sykepleie Hjemmet Eksistensielle behov Care Spirituale needs	Sykehus Sykehjem Ikke oppfølging Hospiatle Nursing home	Ønsker en verdig død Livskvalitet Quality of life