



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Kandidatnr.: 1

Leveringsfrist: 21.02.14 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave i sykepleie 2014

Tittel: Hvordan kan sykepleieren bidra til at håpet opprettholdes hos kreftpasienter i palliativ fase?



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Kull 2011
Høgskolen Stord/Haugesund

Antall ord: 8531

Sammendrag

Bakgrunn: I 2011 ble over 29907 nordmenn rammet av kreft. For pasienter som er uhelbredelig syke vil håp være et sentralt begrep. Mennesker som er rammet av kreft hvor lindrende behandling står i fokus, ønsker noen ganger å være hjemme, hvor hjemmesykepleien utfører tjenesten.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hva sykepleiere kan gjøre for å opprettholde håpet til kreftpasienter i palliativ fase.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren bidra til at håpet opprettholdes hos kreftpasienter i palliativ fase?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor relevant forskningslitteratur og teori besvarer problemstillingen.

Funn: Funnene som ble vektlagt i denne oppgaven er væremåten til sykepleieren, kommunikasjon, formidling av informasjon, eksistensielle og åndelige behov, og bosituasjon. Holdningen til sykepleieren har innvirkning på pasientens opplevelse av situasjon og kan være med på å opprettholde eller redusere håp. Å vise at en har tid til å lytte når pasienten har behov for det, er viktige egenskaper hos sykepleieren.

Oppgaven vektlegger også betydningen av tilpasset informasjon til den enkelte ut ifra deres behov. Informasjon har også ført til at pasient og pårørende ser muligheten til at vedkommende kan dø hjemme. Kommunene må sørge for et helhetlig pasientforløp og sykepleieren må være faglig trygge for at pasienten kan bo hjemme.

Konklusjon: Hva som hindrer og fremmer håp er individuelt. Gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, og kunnskap om faktorer som har innvirkning på håp, er avgjørende for at sykepleieren kan ivareta pasienten.

Summary

Background: 29 907 norwegians were affected by cancer in 2011. Hope is a central term for patients who have a incurable disease. People affected by cancer, with relieving treatment as focus, wish sometimes to stay at home, with community health care to conduct the service.

Purpose: The purpose of this study is to gain knowledge in what ways the nurses can sustain hope to cancer patients in their palliative phase.

Research question: In what ways can the nurse contribute to sustain hope to cancer patients in their palliative phase?

Method: A literature study where the research question is answered by relevant research literature and theories.

Findings: The findings that were emphasized in this task is the behavior of the nurse: communication, dissemination of information, existential and spiritual needs and living situation. The attitude of the nurse affect the patient's perception of the situation and can help to maintain or reduce hope. Showing you have the time to listen when the patient needs it, are important characteristics of the nurse. The literature study also emphasizes the importance of customized information of the individual based on their needs. The information has also led the patient and the family to see the opportunity that the patient could die at home. The municipalities must ensure continuity of patient care and nurse must feel safe professionally for the patient to stay at home.

Conclusion: What prevents and promotes hope is individual. Good relationships between patient and nurse, and knowledge of what factors that influence hope is essential for the nurse to take care of the patient.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	8
3.0 Teori.....	10
2.1 Kreft	10
2.2 Håp som begrep	10
2.2.1 Presentasjon av sykepleieteoretiker	11
2.3 Palliasjon	12
2.4 Hjemmesykepleie.....	13
2.4.1 Familie.....	13
2.4.2 Hjemmet som bosted.....	14
2.5 Eksistensiell og åndelig omsorg.....	14
2.6 Kommunikasjon	15
2.6.1 Sykepleie-pasientforholdet i hjemmet	15
2.6.2 Empati	16
2.6.3 Åpenhet og ærlighet	16
2.7 Yrkesetiske retningslinjer	17
3.0 Metode	18
3.1 Definisjon av metode.....	18
3.2 Kvalitative og kvantitative metoder	18
3.2.1 Kvalitativ datasamlingsmetoder.....	18
3.2.2 Kvantitativ datasamlingsmetoder.....	19
3.3 Systematisk litteraturstudie.....	19
3.4 Fremgangsmåte	20
3.4.1 Tabell CINAHL	20
3.5 Metodekritikk.....	21
3.5.1 Etiske hensyn	22
4.0 Resultat	24
4.1 Olsson, Östlund, Strang, Grassman & Friedrichsen (2010). ”Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care”.....	24
4.2 Appelin & Berterö (2004). Patients´ Experiences of Palliative Care in the Home	24
4.3 Clayton et al., (2008). ”Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review”	25

4.4 Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010). "Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer".....	26
5.0 Drøfting.....	27
5.1 Følelsen av støtte og omsorg har betydning for håpet.....	27
5.2 Bruk av tiden har betydning for håpet.....	28
5.3 Lytteegenskaper hos sykepleier har betydning for håpet.....	29
5.4 Samtale om døden har betydning for håpet.....	30
5.5 Informasjon har betydning for håpet.....	31
5.6 Bosituasjon har betydning for håpet.....	32
6.0 Avslutning.....	34
Referanseliste.....	35
VEDLEGG 1. Resultattabell.....	38

1.0 Innledning

Over 29907 nordmenn ble rammet av kreft i 2011, hvorav 13718 var kvinner og 16189 var menn (Kreftregisteret, 2013). De siste årene har det blitt en rekke nye behandlingsmuligheter noe som har ført til lengre levetid hos mange mennesker, til tross for metastaserende sykdom. Likevel er det flere som blir diagnostisert med kreft i dag enn tidligere, og dermed stadig flere som dør av sykdommen (Kaasa, 2008, s. 38).

For pasienter som er uhelbredelig syke, vil håp være et av de mest sentrale begrepene. Dersom håpet om livsforlengelse eller lindring av alvorlige symptomer svekkes, er det lite trolig at pasienten ville holdt ut å befinne seg i en verden av sykdom over lang tid (Busch & Hirsch, 2008, s. 125).

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) fremgår det at kommunene har ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at pasientene mottar et helhetlig, koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud. Videre skal tjenestene og helsepersonell som utfører tjenestene være i stand til å overholde lovpålagte plikter, samt har tilstrekkelig fagkompetanse i utførelsen. Mennesker som er rammet av kreft hvor lindrende behandling står i fokus vil en møte gjennom ulike arena. Flere ønsker å være hjemme så sant dette er mulig hvor kommunene har ansvaret for å følge opp pasientene, i dette tilfelle med tjenester utført av hjemmesykepleien.

Denne oppgaven omhandler pasienter som har fått en kreftdiagnose hvor all form for kurativ behandling er avsluttet og en kun fokuserer på palliativ behandling, og hvordan disse pasientene med hjelp av hjemmesykepleien kan opprettholde håpet.

1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for valg av temaet er at jeg har jobbet i hjemmesykepleien over flere år, hvor dette har vært en av flere problemstillinger. Erfaringer fra praksis i hjemmesykepleien og sykehjem samt personlige erfaringer har vært med på å styrke beslutningen om å velge dette emne.

I følge Lorentsen og Grov (2010, s. 401) vil antall krefttilfeller øke med om lag 30% fram mot 2020. I tillegg til økning i krefttilfeller blir stadig flere i befolkningen eldre, noe som vil stille større krav til sykepleietjenesten framover. Med tanke på økningen de neste årene blir det viktig med god kunnskap om temaet for å kunne gi optimal pleie og omsorg for denne pasientgruppen, og som framtidig sykepleier vil en møte mange pasienter som befinner seg i denne situasjonen.

Tap, trussel om tap, stress og kriser kan være med på å true håpet. Håpet kan endres etter hvert som sykdommen utvikler seg, og sykepleierne har en viktig oppgave med å hjelpe pasientene til å opprettholde håpet i slike vanskelige situasjoner. På bakgrunn av dette vil jeg bruke pensum og vitenskapelig litteratur kombinert med egne erfaringer for å tilegne meg mer kunnskap om hvordan en skal møte pasientenes behov for håp.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren bidra til at håpet opprettholdes hos kreftpasienter i palliativ fase?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg kommer til å ha lite fokus på det fysiske området, i forhold til smerte, kvalme og lignende, og heller ha fokus på psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov.

Oppgaven vil ikke direkte omhandle behovet til familie/pårørende, men blir diskutert som en viktig faktor og ressurs i opprettholdelse av pasientens håp, spesielt i forhold til hjemmesykepleie hvor mange pasienter bor sammen med ektefelle og noen tilfeller barna.

Jeg ønsker i denne oppgaven å ha fokus på pasienter som mottar palliativ, symptomlindrende behandling, før de befinner seg i den siste fasen, med kort forventet levetid. Videre vil oppgaven legge vekt på hvordan sykepleiere skal ta hensyn til håpet i møte med pasientene. Den fokuserer også på hvordan sykepleieren

kan være til hjelp for å opprettholde pasientens håp i møte med kriser, vanskelige situasjoner og lidelse.

3.0 Teori

2.1 Kreft

”Kreft kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evne til å invadere vev og organer omkring og evne til å gi dattersvulster andre steder i kroppen (metastaser)”(Kreftregisteret, 2013). De siste årene har det vært en stor økning i antall krefttilfeller i Norge, hvor blant annet årsakene er bedre diagnostiseringen, økt levealder og livsstilsfaktorer (Kreftregisteret, 2013).

Knuste framtidsplaner, lidelse, smerte og død er ofte oppfatninger en har til kreftsykdom. Å få kreft er en stor krise hos mange mennesker, og blir ofte omtalt som eksistensiell rystelse. Sykdommen rammer både kroppslig, sjelelig og åndelig (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405). Det å få en kreftsykdom kan derfor svekke håpet, hvor pasientene oppfatter at livet ikke blir slik en hadde trodd eller drømt om. Likevel sier studier at til tross for sykdommen opplever pasientene håp, men at det ofte endres over tid på grunn av at kreftsykdommen utvikler seg. Håpet endres kanskje fra å bli kurert, til håpet om å oppleve den neste store begivenhet (Lorentsen & Grov, 2010, s. 415).

2.2 Håp som begrep

Håp kan defineres som ”... en dynamisk, fremtidsorientert prosess som reaksjon på vanskelige livsbegivenheter, og innebærer blant annet troen på at man vil være i stand til å håndtere og motvirke vanskeligheter” (Busch & Hirsch, 2008, 126). Håpet kan være knyttet til håpet om helbredelse, men kan også være forbundet med andre forventninger (Busch & Hirsch, 2008, s. 125).

Truende livsfenomener som potensiell eller reel sykdom og lidelse, setter livsmot og livslust på prøve. Mennesker som håper, lever lengre og bedre enn de som ikke håper. Håpet kan avgjøre hvordan enkelte pasienter forholder seg til sin situasjon, og kan ofte knyttes til framtiden, samt ha betydning for hvordan situasjonen oppleves i øyeblikket. Begrepet har derfor et innhold, en retning og en funksjon hvor innholdet i håpet oppleves positivt for den som håper. Pasientene er ikke avhengige av at håpet er

realistisk eller ikke. Det vil uansett lindre håpløse og hjelpeløse opplevelser for en tid, selv om de ikke vet hvordan framtiden vil bli (Lohne, 2010, s. 108-113).

Pasienter som er uhelbredelig syke gir av og til uttrykk for håpløshet. Dette kan ofte ses i sammenheng med at de er fortvilet over å ha mistet kontroll over sitt eget liv, hvor de ikke klarer å utføre de mest vanlige oppgavene i hverdagen uten hjelp. Håpløsheten er ofte knyttet til et presist håp, men et håp som er uoppnåelig i forhold til deres situasjon. For denne pasientgruppen er det viktig å fokusere på faktorer som fremmer håp. Å hjelpe pasienten til å opprettholde eller finne tilbake til sin egen integritet og selvrespekt, er viktige oppgaver og en forutsetning for at pasienten skal oppleve en viss grad av kontroll over sitt eget liv. Faktorer som har betydning for håp er; tilstrekkelig smerte- og symptomlindring, følelsen av å være verdsatt, betydningsfulle relasjoner, anerkjennelse av bekymringer, realistiske mål, klar informasjon, og åndelig tro og praksis (Busch & Hirsch, 2008, s.128-129).

2.2.1 Presentasjon av sykepleieteoretiker

Denne oppgaven baserer seg på Joyce Travelbee's sykepleietenkning. Hun er opptatt av pasient-sykepleierforholdet, lidelse, håp og mening, kommunikasjon og metoder.

Definisjonen Travelbee bruker på håp er: "Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebtes, ligger innenfor det oppnåelige" (Travelbee, 2001, s. 117).

Travelbee (2001, s. 117) sier at håp fører til at mennesker kan mestre vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Dette begrepet kan gi den syke energi slik at han kan overvinne hindringer og mestre situasjonen på best mulig måte. Mange pasienter befinner seg i en situasjon hvor en aldri kan gjenvinne helsen og må leve med virkningene av en livslang sykdom. For disse pasientene er det viktig at sykepleieren hjelper dem med å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse.

Videre skriver hun at håpet går ut fra en mening i alle situasjoner og kan ikke eksistere uten å ha et grunnlag. Håp kan læres dersom omgivelsene ligger til rette for utviklingen av denne evnen. Håp er ikke handling som skal være hemmelig eller ensom, men knyttet til forventningen om at andre vil hjelpe. Mange synes det er vanskelig å be om hjelp, men dersom en befinner seg i en avhengig posisjon vil ofte hjelp fra andre bli akseptert (Travelbee, 2001, s. 119).

2.3 Palliasjon

WHO definisjon på palliasjon er:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Kaasa, 2008, s. 37).

Mange pasienter starter opp med behandling hvor målsettingen er kurasjon, men for mange vil det ikke være realistisk å kurere sykdommen. For disse pasientene er det palliativ behandling som står i fokus. Palliativ behandling kan ha som mål; å forlenge livet til måneder eller år, forebygge eller utsette symptomer, eller lindre plagsomme symptomer. Til tross for tre inndelinger i behandlingen, vil det ofte være glidende overganger mellom disse (Kaasa, 2008, s. 41).

Busch og Hirsch (2008, s. 115) skriver at det helhetlige menneskesynet er et fundament i palliativ behandling. En skal ivareta de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov på en faglig måte, hvor helsepersonell skal samarbeide for å oppnå dette. Når arenaen for palliativ behandling er hjemme hos pasienten, forutsetter dette at pasientene mottar tjenester som det til enhver tid er behov for, og at de blir organisert og koordinert i forhold til dette (Rønning, Strand & Hjørnstad, 2008, s. 213).

2.4 Hjemmesykepleie

Birkeland og Flovik (2011, s. 39-40) har formulert en definisjon av hjemmesykepleie hvor de fokuserer på helsehjelp i form av pleie og omsorg for pasient og deres pårørende i eget hjem. Trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon er sentralt. De sier at hjemmesykepleie skal være et alternativ til institusjonsomsorg, hvor en fokuserer på forebyggende og helsefremmende oppgaver, rehabilitering og terminal pleie. Rønning et al. (2008, s. 213) definerer hjemmebasert palliativ omsorg som: ”Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet hjemme.”

Alle har rett til å få helsehjelp, men det er vedtaket til pasienten som mottar hjemmesykepleie som avgjør hvilken hjelp og hvor mye de innvilges (Birkeland & Flovik, 2011, s. 22). Vedtaket er ikke bindende, da situasjonen til pasienten kan endres raskt. Dette er noe som må vurderes fortløpende slik at pasienten mottar faglig forsvarlig pleie (Birkeland & Flovik, 2011, 22-23).

Hjemmesykepleie fokuserer ikke på en spesiell pasientgruppe, men omhandler mange ulike pasientgrupper. Mange trekker fram hjemmesykepleie skal fokusere på helsehjelp og personlig pleie, og mener at målet og hensikten med hjemmesykepleie er at pasienter som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, skal få muligheten til dette (Birkeland & Flovik, 2011, 49). Samhandlingsreformen har fokus på utfordringer både i forhold til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv, med flere eldre og store endringer i sykdomsbilde til befolkningen. Samhandlingsreformen legger til grunn at mye kan løses ved at kommunene i størst mulig grad sørger for et helhetlig pasientforløp, noe som betyr at flere kan bo hjemme med familien og få den hjelpen de trenger (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

2.4.1 Familie

Familieforholdet er ofte veldig forskjellig fra pasient til pasient, og avhenger av flere forhold. Som regel har de best kontakt med barna, utenom ektefellen. Noen ganger bor barna langt borte, noe som fører til lite kontakt. Selv de som bor i nærheten har ofte varierende kontakt, hvor en treffer noen mer enn andre (Birkeland & Flovik,

2011, s. 71). Pasienter som er døende ønsker ofte å bo hjemme sammen med ektefellen. Dette fører til at de fleste er avhengige av en uformell omsorgsperson hjemme, ofte ektefellen. Likevel er det mange som er redd for å legge for tunge byrder på omsorgspersonene (Birkeland & Flovik, 2011, s. 102). Hvilken holdning og i hvilken grad pårørende kan stille opp betyr mye. De må ha evne, kraft og vilje til å bidra i hjemmeomsorgen for at pasienten skal få det godt hjemme (Rønning et al., 2008, s. 225).

2.4.2 Hjemmet som bosted

Mange ønsker friheten med å være hjemme den siste tiden, hvor pasientene kan i større grad gjøre som de selv ønsker. Hjemmet blir forbundet med et normalt liv, hvor en kan opprettholde daglige gjøremål og sosial status. Samtidig beholder pasienten rollen som far eller mor, altså den vanlige personen som alle kjenner. Hjemmet er unikt hvor en slipper å omgås andre syke og heller bruke tid sammen med sine nærmeste. En kan være seg selv, og gjøre som en vil uten regler og begrensninger som gjelder i institusjon (Birkeland & Flovik, 2011, s. 107).

Hjemmet er en forutsetning for de grunnleggende behovene for privatliv, personlig integritet og intimitet. De som mottar hjelp av hjemmesykepleien skal ha et privat og selvstendig liv med trygghet og verdighet. I omsorgssituasjonen vil også psykososiale og eksistensielle sider komme tydeligere frem (Rønning et al., 2008, s. 217).

2.5 Eksistensiell og åndelig omsorg

Den allmennmenneskelige karakteren understrekes av ordene ”eksistensiell” og ”åndelig”. Ordenene kan forstås som hvordan pasientene forholder seg til andre mennesker, det grunnleggende livssynet, oppfatningen av hva som er bærende i tilværelsen, eller hvordan en forholder seg til en makt, personlig Gud eller en upersonlig makt, som er ulik fra mennesket. Menneskene ønsker å finne svar på ulike spørsmål i tilværelsen, som mening, fortrolig med ansvar, frihet, skyld, fortrolig med lidelse, tiden og døden (Busch & Hirsch, 2008, s. 116). Eksistensielle og åndelige spørsmål trer ofte sterkere frem i tilfeller med uhelbredelig sykdom hvor en opplever større trang til å jobbe med denne type spørsmål.

Eksistensiell og åndelig omsorg kan forstås som å være oppmerksom, lytte og assistere pasienten i blant annet eksistensielle og åndelige spørsmål. Videre skal en respektere pasientens grunnleggende oppfatninger om hva som er viktig i livet og hvordan de oppfatter det å være menneske og forståelsen av livsverdier (Busch & Hirsch, 2008, s. 117).

2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en pendelbevegelse. I samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten går påvirkningen og motpåvirkningen gjensidig fram og tilbake, hvor en ser hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger. Sykepleieren bruker kommunikasjon som prosess når hun søker og gir informasjon, mens den syke og hans pårørende bruker prosessen for å få hjelp. Omsorg blir formidlet gjennom kommunikasjon, enten non-verbalt eller gjennom måten sykepleieren utfører tjenesten på. Den kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet, ved å enten trekke andre mennesker nærmere, støte dem bort, gi hjelp eller til å såre. Hvordan sykepleieren oppfatter andre mennesker blir alltid kommunisert i sykepleiesituasjonen (Travelbee, 2001, s. 137).

2.6.1 Sykepleie-pasientforholdet i hjemmet

Sosial kontakt oppstår og utøves i relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2011, s. 72). Kontakten etableres både av pasienten og sykepleieren, men sykepleieren har ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet. Forholdet mellom partene er viktig og meningsfylt ved at begge har behov som blir oppfylt gjennom kontakten (Travelbee, 2001, s. 178).

Pasienter som mottar hjelp fra hjemmesykepleien må ofte forholde seg til mange ansatte. Pasient og andre familiemedlemmer vil ofte være forsiktige i forhold til etablering av kontakt og relasjon til fremmede (Birkeland & Flovik, 2011, s. 45). Mangel på tid er også et gjennomgående tema som får konsekvenser for kontakten. Sykepleiere som møter pasienter i deres eget hjem må ha fokus på deres opplevelse av situasjonen, og være bevisst på den spesielle tilliten pasienten viser når en kommer inn i hjemmet. Respekten og kontakten som pleieren viser oppleves som viktig for pasientene, hvor det utvikles en form for vennskap og sosial støtte. Tiden

sykepleieren bruker i den sosiale kontakten med pasientene oppleves positivt, hvor det vises interesse for den andres liv og pasienten og sykepleieren får mulighet til å bli kjent (Birkeland & Flovik, 2011, s. 72).

Kommunikasjonen med pasienten dreier seg også om de non-verbale virkemidlene som sykepleieren bruker for å vise omsorg (Travelbee, 2001, s. 153). Lytting er et viktig non-verbalt virkemiddel hvor den syke oppfatter at sykepleieren er interessert i ham. Dette vises med at sykepleieren er ”til stede” både fysisk og psykisk og bruker energien sin til å fokusere på den andre (Travelbee, 2001, s. 161). På denne måten kan pasienten bli oppmuntret til å snakke videre, hvor sykepleieren retter sin udelte oppmerksomhet mot pasienten og lytter til det vedkommende ønsker å snakke om (Travelbee, 2001, s. 154).

2.6.2 Empati

Ved empatisk nærvær blir budskapet formidlet, samtidig som en fokuserer på hvordan det skal gjøres, hvordan pasienten oppfatter budskapet, hvilke følelser og tanker det medfører, og hvordan en kan styrke pasientens håp (Reitan, 2010, s. 105-106).

Empati handler om å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. En tar del i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre. Å være empatisk vil derfor si å knytte seg til den andre og oppleve nærhet, uten å gå oppi den andre (Travelbee, 2001, s. 193).

2.6.3 Åpenhet og ærlighet

I møte med kreftsyke pasienter er det viktig å vise åpenhet. Pasienten skal få nødvendig og sann informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen. De fleste ønsker full informasjon, men dersom de ikke ønsker å bli informert eller kun vil ha begrenset informasjon, skal dette aksepteres. Hvordan pasienten mottar informasjon er ofte avhengig av relasjonen mellom pasienten og informantene (Reitan, 2010, s. 105).

2.7 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemma. De er satt etter prinsipp fra ICNs etiske regler og FNs menneskerettigheter, og beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie. Innholdet i retningslinjer handler om hvordan sykepleierens menneskesyn skal være og hvilke verdier en skal strekke seg etter i praksis. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.

Sykepleieren skal selv identifisere sine egne grenser innen kompetanse og praktisering, og søke hjelp i vanskelige situasjoner. I møte med pasienten skal en ivareta verdigheten og integriteten, fremme helse og forebygge sykdom, understøtte håp, mestring og livsmot, og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Videre skal en gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått slik at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser. Lindre lidelse, bidra til en naturlig og verdig død og delta i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling er også omtalt i de yrkesetiske retningslinjene (Sykepleierforbundet, 2011).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Metode er en fremgangsmåte for å hente kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Grunnen til at vi velger en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Dette vil si at metoden er redskapet vi bruker for å undersøke noe og når vi trenger å samle data for å bekrefte eller avkrefte det vi undersøker (Dalland, 2007, s.83).

3.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Kvalitative og kvantitative metoder har begge som hensikt å gi bedre forståelse av samfunnet. Med dette menes det hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler og samhandler. Utover hensikten er de ulike metodene nokså forskjellige. Den største forskjellen dreier seg om hvordan de samler data på (Dalland, 2007, s. 84-85).

3.2.1 Kvalitativ datasamlingsmetoder

Databehandling og fortolkning skjer som regel ut fra et bestemt perspektiv. Fortolkningen vil aldri gi det samme bilde av en situasjon eller et fenomen, fordi virkeligheten er i stadig forandring. Forskeren forsøker å finne nøkkelhendelser og begreper som kan ses i sammenheng med personens situasjon med hensyn til kjønn, alder, bakgrunn og lignende. Databehandlingen og fortolkningen kan gi en overgripende eller dyptgående dimensjon (Olsson & Sörensen, 2003, s. 103).

De kvalitative metodene har som hensikt å fange opp mening og opplevelser. Med ordet kvalitet menes det egenskaper eller karaktertrekkene ved fenomenet. I kvalitative studier blir dataene tolket av forskeren (Dalland, 2007, s. 84-85).

3.2.2 Kvantitativ datasamlingsmetoder

Kvantitative metoder har som mål å gjøre informasjonen om til målbare enheter slik at en kan gjøre regneoperasjoner, som å finne gjennomsnitt og prosenter av en mengde. Sagt på en annen måte gir kvantitative metoder muligheten til å samle data som kan gjøre greie for fenomenet ved bruk av tall. Først skaffer forskeren seg systematisk sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesenheter. Videre kommer resultatet til uttrykk i form av tall, og til slutt blir mønsteret i tallmaterialet analysert . Datainnsamling med spørreskjema med faste svaralternativ uten direkte kontakt med feltet er en vanlig metode å bruke. Forskeren ser fenomenet utenfra og en får et jeg-det-forhold (Dalland, 2007, s. 84-86)

Databehandlingen i kvantitative studier krever rådata av høy kvalitet. Disse blir overført til dataprogrammer som brukes til å foreta avanserte databehandlinger. På forhånd har en bestemt hvordan de ulike variabler skal kodes og registreres. Alle utregningene bør bli gjort av datamaskinen, og ikke manuelt, da datamaskinen gjør dette både raskere og sikrere (Olsson & Sörensen, 2003, s. 121-122).

3.3 Systematisk litteraturstudie

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Litteraturstudier skal i følge Olsson og Sörensen (2003, s. 91) bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetoder. Litteraturen er en informasjonskilde.

Når en foretar et innledende litteratursøk er målet å få en oversikt over hva som allerede er skrevet om det problemområdet som en ønsker å jobbe med (Dalland, 2007, s. 64). Forutsetningen for å kunne skrive en god systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig forskning om temaet, og at en fokuserer på forskning som er aktuelt for det valgte temaet. Når en søker etter valgt tema eller problemområde innebærer dette å være systematisk, kritisk vurdere og gjøre en sammenfatning av litteraturen. Problemstillingen i et systematisk litteraturstudie skal være tydelig og besvares systematisk ved å identifisere, vurdere og analysere forskning og forskningens resultater (Forsberg & Wengström, 2008, s. 30-35).

3.4 Fremgangsmåte

For å finne relevante forskningsartikler ble det naturlig å benytte seg av Høgskolen sine tilgjengelige helsefaglige artikkel- og tidsskriftsbaser. Søkene etter artikler ble gjort i databasene CINAHL og PubMed. For å finne gode engelske søkeord, såkalte MeSH, ble SveMed tatt i bruk. I begynnelsen gav søkene mange treff, og det ble derfor nødvendig å avgrense søkene til publikasjoner fra 2004. De søkene som gav treff på artiklene derimot ble avgrenset tilstrekkelig med kun å bruke søkeordene, og jeg så det derfor ikke nødvendig å avgrense ytterligere. Ved gjennomgang av artiklene ble det derfor nødvendige å se på årstallet for publikasjon, slik at artikler som var publisert før 2004 ble valgt bort. Søkeordene som gav treff var ”hope”, ”cancer”, palliative care”, ”home” og ”communication”. Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er funnet i databasen CINAHL. I tillegg til søk i databaser, har det blitt gjort søk i sykepleien etter artikler og på Google for å finne relevant informasjon.

3.4.1 Tabell CINAHL

Søk i CINAHL 08.01.14		
Nummer	Søkeord	Antall treff
1	Cancer	88633
2	Home	1741
3	Hope	33

Ved å kombinere disse tre søkeordene fant jeg ”Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care” og ”Patients’ experiences of palliative care in the home: A phenomenological study of a Swedish sample”.

Søk i CINAHL 22.01.14		
Nummer	Søkeord	Antall treff
1	Palliative care	21737
2	Hope	402
3	Communication	76

Ved å kombinere disse tre søkeordene fant jeg ”Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer” og ”Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review”.

3.5 Metodekritikk

Før søkeprosessen begynte, var tema og problemstilling for oppgaven bestemt. Tema for oppgaven var klar tidlig, mens problemstillingen var noe usikker på forhånd. Når en skal fastslå om en kilde er sann vurderes og karakteriseres kildene som benyttes. Dette kalles kildekritikk. Det er en metode som skiller verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Det finnes to sider ved metoden. For det første handler det om å finne frem til litteratur som er aktuell for problemstillingen. Den andre siden av metoden handler om å redegjøre for den litteraturen en anvender i oppgaven (Dalland, 2007, s.66). Oppgaven bygger på både forsknings- og pensumlitteratur innen kreftsykepleie, palliasjon, hjemmesykepleie og håp, da dette vil gi svar på problemstillingen. Litteraturen blir belyst i teorien og gir grunnlaget for hva som kommer i drøftingskapittelet. Litteraturen som er valgt har relevans for oppgaven, og kildene skal være sikre.

I begynnelsen av søkeprosessen var det vanskelig å finne frem til relevante søkeord. Søkene ble avgrenset for mye, med mange søkeord, noe som resulterte i få treff. Etter hvert ble noen få søkeord valgt ut for å ha flere forskningsartikler å velge mellom. I forhold til problemstillingen var det ønskelig med artikler som belyste både pasientenes og sykepleierens synspunkter i forhold til deres opplevelse. Det var lett å finne artikler om pasientens synspunkter, derimot var det vanskelig å finne artikler som omhandler synet til sykepleieren. Videre var det ønskelig å finne både kvalitative og kvantitative artikler. Oppgaven omhandler håp og det var derfor viktig å finne forskningartiklene som først og fremst er kvalitative. Likevel vil kvantitative forskningsartikler gi et større bilde av begrepet, ved at flere deltakere blir inkludert i studien. Innenfor emne som er valgt i oppgaven var det lett å finne kvalitative artikler, men vanskelig å finne kvantitative. En av artiklene som ble funnet er oversiktsartikkel hvor de både har benyttet seg av kvalitative og kvantitative artikler, og denne ble derfor tatt med i oppgaven.

Ved gjennomgåelse av treff på søkeordene ble sammendragene i artiklene lest for å finne ut om de var relevante for oppgaven. Mange omhandlet pasientens fysiske plager/behov og ble derfor utelukket, da oppgaven er avgrenset til å omhandle psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Artiklene som ble valgt oppleves som relevante og troverdige, da flere av artiklene har noen av de samme funnene og forskerne har vært i kontakt med et representativt antall av pasienter. Det var viktig å unngå egne tolkninger av funnene, men på grunn av at artiklene er oversatt fra engelsk, og en kun har lest artiklene uten å være i tilknytning til forskningsfeltet, kan det være en viss svakhet ved at noe blir oppfattet annerledes.

3.5.1 Ethiske hensyn

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi veiledning og grunnlag for vurderinger i vanskelige avgjørelser. De retningslinjene som blir mest omtalt er Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen (Dalland, 2007, s. 234). Innen etikken legges det stor vekt på personvern, hvor en skal beskytte forsøkspersoner. I Helsinkideklarasjonen legges det vekt på at hensynet til forsøkspersonens helse og integritet går foran hensynet til forskning og samfunn. Andre etiske hensyn som må tas i en undersøkelsesprosess kan være anonymitet, taushetsplikt, informasjon om frivillig samtykke og formidling av resultatene (Dalland, 2007, s. 237-249). Denne oppgaven er en litteraturstudie som bygger på forskning som allerede er gjort. En trenger derfor ikke å ta hensyn til de samme etiske spørsmålene som gjøres i en forskningsstudie. Likevel åpner oppgaven opp for å skrive om egne erfaringer, og en må derfor ta hensyn til personvern hvis en nevner enkeltpersoner.

Dalland (2007, s. 80) sier at artiklene som blir publisert i vitenskapelige tidsskrift skal være kvalitetssikret, hvor de blir vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet. I tillegg til denne kvalitetssikringen har artiklene som blir brukt i denne oppgaven blitt kritisk vurdert ved å bruke kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av artikler. Ut i fra disse sjekklisene har resultatene i forskningsartiklene betydning for oppgavens problemstilling.

Plagiat er noe som skal unngås, hvor en kopierer eller etterligner andres arbeid og utgir det for å være sitt eget. En skal alltid referere til opphavsmannen når en bruker

andres arbeid (Olsson & Sørensen, 2003, s. 61-62). I oppgaven er det henvist til forfatteren(e) av bøker og artikler. Kildene og litteraturlisten blir skrevet ut i fra Høgskolen sine retningslinjer for kildebruk og litteraturliste.

4.0 Resultat

4.1 Olsson, Östlund, Strang, Grassman & Friedrichsen (2010).

”Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care”

Hensikt: Studien forsøkte å identifisere de psykososiale prosessene pasientene i hjemmebasert palliativ omsorg brukte for å opprettholde håpet.

Metode: Kvalitativ litteraturstudie hvor dataene ble samlet inn gjennom intervju og dagbøker. De brukte en intervjuguide som var basert på tidligere forskning med fokus på håp, og deltakerne ble tatt opp på bånd. Deltakerne brukte dagbøkene når de opplevde at håpet hadde endret seg. Ni av deltakerne ble intervjuet to ganger og syv skrev dagbøker. Det var 11 deltakere i studien.

Funn: Et tema som dukket opp fra materialet var at deltakerne opplevde at de var alene om ansvaret for å opprettholde håpet. Det var to parallelle bearbeidingsmetoder som gikk igjen blant deltakerne, dette var å opprettholde livet og forberede seg på døden. Pasientene forsøkte å opprettholde livet på ulike måter; ved å bevare meningen med livet, kommunisere med andre om livet og døden, involvere andre personer i sykdomsforløpet til vedkommende og endre fokus i situasjoner hvor håpet ble truet. Det var spesielt to måter deltakerne forberedte seg på døden, dette var; å ta ansvar for fremtiden med tanke på familien og å se muligheter for å leve, selv etter døden.

4.2 Appelin & Berterö (2004). Patients’ Experiences of Palliative Care in the Home

Hensikt: Studien utforsket hvordan kreftpasienter opplever palliativ behandling i hjemmet med hjelp fra kommunale sykepleiere.

Metode: Kvalitativ litteraturstudie hvor dataene ble samlet inn gjennom intervju. Fem av deltakerne ble intervjuet hjemme, mens en ble intervjuet på sykehuset. I etterkant ble dataene analysert og transkribert.

Funn: Funnene viser at den vesentlige opplevelsen pasientene hadde av palliativ behandling ble beskrevet som ”utrygg sikkerhet”. Dette er forklart med fire tema: ”trygg, men utrygg hjemme” hvor samholdet og samtaler med familie og venner oppleves som trygghet. Oppførselen til sykepleierne førte også til trygghet. Alle

ønsket å være hjemme, men var redde for sykehusinnleggelse. ”Følelse av motløshet” var et tema som ble identifisert, på grunn av avhengighet av andre og mangel på kunnskap som førte til usikkerhet. Videre opplevde de ”forandring av det hverdagslige livet”. På grunn av sykdommen måtte de ta hensyn i hverdagen, hvor en måtte planlegge det som skulle gjøres. Mange opplevde også skyld i forhold til å bo hjemme, da pårørende måtte ta ansvar for det meste. Ellers hadde de ”håp og tro på framtiden” hvor de kunne være hjemme, få bedre dager i nærmeste framtid, eller den neste dagen. De håpet på et normalt liv så lenge som mulig. Hvis smerte og lidelse var ute av kontroll håpet de at den siste fasen ble kort.

4.3 Clayton et al., (2008). ”Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review”

Hensikt: Studien har skaffet en oversikt over forskningsfelt som har undersøkt opprettholdelse av håp under samtale/diskusjon om prognoseutfall og livets siste fase, med pasienter og deres familier.

Metode: Det ble gjort omfattende søk i databaser (MEDLINE , EMBASE, CINAHL, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials) og manuelle søk fra 1985 til juni 2006. 27 studier ble identifisert.

Funn: Det viser seg at problemer rundt håp i denne sammenhengen er komplekse. Til tross for uenighet rundt definisjonen av håp, tyder funnene på at balansegangen mellom håp og ærlighet er en viktig ferdighet hos helsepersonell. Mange pasienter ser ut til å være i stand til å opprettholde en følelse av håp til tross for vissheten om deres uhelbredelige sykdom. Både pasienter og omsorgspersoner foretrekker ærlig og nøyaktig informasjon kombinert med empati og forståelse. Helsepersonell må kjenne til håpets betydning og sette pris på at pasientene kan håpe på å bli kurert til tross for vissheten om alvorlig sykdom. Helsepersonell kan hjelpe pasienter til å takle de dårlige prognosene ved å utforske og fremme realistiske former for håp som er meningsfulle for den enkelte pasient og deres familie.

4.4 Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010). "Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer"

Hensikt: Studien har identifisert hva pasienter med framskreden kreft opplevde som nyttig i kommunikasjon med helse- og omsorgsarbeidere.

Metode: Sekundær analyse, hvor de har brukt en stor kvalitativ studie som fokuserte på kommunikasjon innen kreftomsorg. Forfatterne av denne studien har tatt utgangspunkt i 18 deltakere som ble intervjuet individuelt og 16 som deltok i fokusgrupper. Deltakerne var i palliativ fase. De brukte en fortolkende og beskrivende metode som veiledning for innsamling av data og analyse.

Funn: Funnene tyder på at det er særlig fire sentrale elementer som er viktige å vurdere i kommunikasjon med pasienter i en framskridende- eller palliativ fase. Respektere betydningen av tid, hvor sykepleierne brukte tiden sin til å sette seg ned å diskutere deres bekymringer tross for dårlig tid. Her blir det fremhevet viktigheten av kroppsspråk og talemåte. Det andre funnet er at sykepleierne viser omsorg ved å uttrykke empati, fysisk kontakt og gjensidig kommunikasjon. Pasientene satte også pris på å kunne erkjenne frykt i kommunikasjon med helsepersonell hvor de tillot dem å snakke om deres bekymringer. Det blir også fremhevet viktigheten av at helsepersonell som kommer kjenner til pasienten på forhånd. Det siste funnet går ut på å balansere håp og ærlighet ved formidling av informasjon. Pasientene ønsker å få informasjon, men at helsepersonell må vurdere hvor mye informasjon som blir gitt ut i fra pasientenes behov.

5.0 Drøfting

5.1 Følelsen av støtte og omsorg har betydning for håpet

Hvordan sykepleiere opptrer i møte med pasientene spiller en viktig rolle. Pasientene i de fire studiene sier alle noe om hvordan helsepersonellens væremåte har innvirkning på deres opplevelse av sin situasjon, og hvordan de opplever støtte og omsorg. I studien til Appelin og Berterö (2004) fører støtte og omsorg til en følelse av trygghet i hjemmet, blant pasientene i Olsson et al. (2010) gav det en følelse av trygghet og opprettholdelse av håpet. I de andre studiene blir det også lagt vekt på at pasientene opplever seg som viktige når de blir møtt med støtte og omsorg av helsepersonell (Stajduhar et al., 2010 & Clayton et al., 2008). Sykepleierne har en viktig oppgave ved å utøve omsorg til pasientene og hindre eventuell krenkelse. De yrkesetiske retningslinjene påpeker at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot, ivareta behovet for helhetlig omsorg og beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Sykepleierforbundet, 2011).

Det å ha en uhelbredelig sykdom hvor det finnes ingen kurativ behandling vil oppleves vanskelig for de fleste, hvor håpet blir truet. Når en blir avhengig av andre og trenger hjelp fra blant annet hjemmesykepleien, vil væremåten til sykepleieren ha stor betydning (Rustøen, 2001, s. 101). Lorentsen og Grov (2010, s. 415) mener også at atferden og tilstedeværelsen til sykepleieren spiller en viktig rolle om pasienten opplever håp. De skriver at engasjement og medfølelse smitter over på pasienten og styrker håpet, mens uttrykk for det motsatt vil svekke håpet. Rustøen (2001, s. 101) skriver det samme om at empati og sykepleierens uttrykk for interesse ovenfor pasienten gir en opplevelse om viktigheten. Dette tyder på at sykepleierens væremåte og tilstedeværelse har stor innflytelse på hvordan pasienten opplever sin situasjon. Ut i fra dette blir spørsmålet hvordan den enkelte opplever sykepleieren og hvordan sykepleieren selv ser sin egen væremåte i møte med pasientene. Med tanke på at alle er ulike, vil også behovet for omsorg og opplevelsen av den andre være ulikt. Birkeland og Flovik (2011, s. 73) påpeker også at væremåten spiller en stor rolle, og er ofte årsaken til at noen pasienter opplever bedre kontakt med noen av de ansatte. I Stajduhar et al. (2010) sin studie er den fysiske kontakten avgjørende for noen av

pasientene, mens for andre er det viktigere at sykepleieren har tid til snakke med dem om problemer de kjenner på (Stajduhar et al. 2010).

5.2 Bruk av tiden har betydning for håpet

I studien til Olsson et al. (2010) sa informantene at det å kommunisere med andre om praktiske ting, emosjonelle følelser og vanskelige spørsmål var av betydning. Å sette ord på nye opplevelse og følelser økte håpet. Ifølge Stajduhar et al. (2010) setter pasientene pris på tiden til sykepleiere, hvor de brukte tiden de hadde til rådighet til å diskutere deres tanker og følelser. Kroppsspråk og talemåte har betydning for pasientene. Direkte øyekontakt, aktiv lytting og sette seg ned i stedet for å stå, signaliserer at omsorgsutøveren har god tid.

Teorien til Birkeland og Flovik (2011, s. 73) sier at mangel på tid får konsekvenser for den sosiale kontakten. Når de ansatte viste åpenlyst mangel på tid opplevde deltakerne avvisning og at de ble avskrevet. Flere tolket dette som om de ikke var viktige lengre (Stajduhar et al., 2010). Min oppfatninger av disse pasientene er at de allerede er i en sårbar situasjon, hvor en er mer utsatt for å bli såret og krenket dersom helsepersonell haster videre, uten å bruke tid på dem. I studien til Appelin og Berterö (2004) påpeker pasientene at vissheten om at de har begrenset tid igjen å leve fører til et større behov for at andre har tid til å snakke med dem. Det antas at det er et større problem med tanke på de pasientene som har få personer som står dem nær, hvor helsepersonellet står for den største delen av den sosiale kontakten i hverdagen. Dette viser viktigheten av at sykepleieren bruker tiden hun/han har til rådighet, slik at pasienten blir ivaretatt.

Det viser seg å variere ut i fra hvilken sykepleier som kommer på besøk om de har tid eller ikke, selv om de i utgangspunktet ikke har bedre/dårligere tid enn andre (Birkeland & Flovik, 2011, s. 73). Kalfoss (2010, s. 483) fremhever at en stor del av sykepleiere er redde for å samtale om vanskelige følelser og reaksjoner. Med dette utsagnet kan en lure på om mangelen på tid er noe pasientene er klar over, og at det derfor er lettere for helsepersonell å gjemme seg bak dette i praksis, for å unngå vanskelige samtaler med pasientene, eller om det bare skyldes at helsepersonell bruker tiden sin på ulik måte.

Ut i fra egen erfaring fra hjemmesykepleien er det gjenkjennbart at en har dårlig tid, og konsekvensen med at noen pasienter får mer tid enn angitt, er at andre pasienter får mindre. Hvis dette er et problem som sykepleierne opplever til stadighet og som fører til konsekvenser for tjenesteutøvelsen over tid, er det viktig å dokumentere dette, slik at vedtaket til pasienten blir revurdert (Birkeland & Flovik, 2011, s. 23). Busch og Hirsch (2008, s. 132) mener at å tydeliggjøre tiden en har til disposisjon kan også føre til gode samtaler hvor en raskt kommer til sakens kjerne. På denne måten mener de at sykepleierne kan gjøre en god jobb til tross for dårlig tid i en travel hverdag.

5.3 Lytteegenskaper hos sykepleier har betydning for håpet

Pasientene i studien til Stajduhar et al. (2010) ønsker at sykepleierne kommuniserer med dem, hvor de får mulighet til å snakke om sin frykt og andre bekymringer. Indirekte kan dette bety at sykepleierens evne til å lytte er en viktig del av kommunikasjonen med denne pasientgruppen. Becker (2010, s. 111) mener at aktiv lytting vil som regel alltid øke selvfølelsen til en person, og gi signaler om at han er viktig. Det er en aktiv og sammensatt prosess som krever at pasientene får sykepleieren sin fulle og udelte oppmerksomhet.

Travelbee (2001, s. 123) påpeker at en profesjonell sykepleier skal hjelpe den syke med å opprettholde håp, hvor tilgjengelighet og villighet til å lytte når den syke snakker om angst og frykt er en viktig del av yrke. Mange pasienter har behov for å snakke om det som er sårt og vanskelig, men opplever det krenkende når personalet forsøker å få dem til å åpne seg, uten at de føler for dette (Stajduhar et al., 2010). En skal være forsiktig med hvordan en går fram, hvor samtalen ikke blir et press (Madsen, 2001, s. 61). Videre legger Norås (2010, s. 341) vekt på at sykepleieren som lytter må være aksepterende og ikke bagatellisere frykten og sorgen som pasienten har. Dette kan vises i både handlinger og væremåte. Trøst og råd er viktig, men tilstedeværelse og dele sorgen med pasienten ved å lytte kan være av større betydning.

5.4 Samtale om døden har betydning for håpet

Både studien til Olsson et al. (2010), Appelin og Berterö (2004), og Clayton et al. (2008) sier noe om å kommunisere med pasientene om døden, og at pasientene har behov for å snakke med familie eller andre om dette. Med bakgrunn fra dette, viser det seg at pasientene har et eksistensielt behov og muligens et åndelig behov som de trenger å få dekket. I studien til Olsson et al. (2010) ser det ut til at flere av pasientene får dekket sitt behov ved å snakke med familie og venner. Derimot i studien til Appelin og Berterö (2004) er det flere som gir uttrykk for at familien ikke ønsker å ha denne samtalen med dem.

Manglende åpen kommunikasjon førte til følelsen av å måtte bære byrden alene, noe som reduserte håpet (Appelin & Berterö, 2004). Mangel på kommunikasjon rundt eksistensielle spørsmål kommer også tydelig fram hos Busch og Hirsch (2008, s. 132), som skriver at dette oppleves krenkende for de det gjelder, hvor de føler seg sviktet når det nærmer seg døden. Ut i fra praksiserfaring ser jeg at sykepleierne opptrer ulikt ved eventuell samtale rundt eksistensielle og åndelige spørsmål. Noen imøtekommer den syke, og er åpen for samtale, mens andre prøver å avlede denne type samtale. Det er nok mange som opplever usikkerhet på dette område, i forhold til eget livssyn og verdier, og hvordan en skal føre denne type samtale med pasienten. Helsedirektoratet (2010) påpeker at åndelige behov ikke blir møtt godt nok i dagens helsevesen, tiltross for pasientens behov. En kan derfor si at sykepleiere har en viktig oppgave ved å utøve sin profesjonsetikk i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg, når pasientene ikke får dekket dette på andre måter. Likevel skriver Busch og Hirsch (2008, s. 132) at en ikke skal trå over deres grenser, men la pasientene bestemme innholdet i samtalen. Dette blir også vektlagt blant deltakerne i studien til Olsson et al. (2010) hvor en ikke skal tvinge dem til å snakke om temaet når de ikke er klar. Dette førte til tap av håp, tro og tillit.

Busch og Hirsch (2008, 132) skriver at god relasjon til helsepersonellet er avgjørende for at pasientene tørr å åpne opp. Clayton et al. (2008) skriver også at en viktig ferdighet for helsepersonell er å skape tillit til å snakke om døden, samt vise empati og forståelse.

5.5 Informasjon har betydning for håpet

I studien til Appelin og Berterö (2004) fortalte alle informantene om usikkerheten rundt sykdommen og prognosen, noe som bidro til følelsen av maktesløshet. Selv om de hadde fått informasjon opplevde de å ikke ha nok kunnskap. Det kan være flere årsaker til dette. Noen av studiene sier at helsepersonell unngår ofte å gi informasjon for å fremme håpet til pasientene (Clayton et al., 2008 & Stajduhar et al., 2010). I Clayton et al. (2008) unngikk et mindretall av helsepersonellet å gi informasjon og å diskutere sykdom og prognose for å bevare håpet. Birkeland og Flovik (2011, s. 109) nevner en annen årsak. Helsepersonell gir ofte god informasjon, men at pasientene ikke oppfatter alt som blir sagt den første gangen og derfor opplever mangel på informasjon. Ofte trengs det tid for at informasjonen skal synke inn, og det blir derfor behov for å gjenta det som har blitt sagt flere ganger. Dette sammenfaller med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor en skal forsikre seg om at informasjonen blir forstått slik at pasientene kan ta selvstendige avgjørelser (Sykepleierforbundet, 2011).

I følge studien til Stajduhar et al. (2010) ønsker de fleste pasientene å få så mye informasjon som mulig, men samtidig ha mulighet til å bestemme selv hvor mye de hadde behov for å vite. Dette blir også nevnt av Reitan (2010, s. 115) og i studien til Clayton et al. (2008) hvor pasientene ønsker å bestemme hvor mye informasjon de ønsker, og at støtte, og samarbeid med helsepersonell var med på å pleie håpet, i motsetningen til unngående adferd. Birkeland og Flovik (2011, s. 109) skriver at informasjon er med på å redusere uro, øke trygghet og forebygge eventuell engstelse. For at pasientene skal få optimal informasjon kreves en løpende dialog mellom helsepersonell, pasient og pårørende, hvor en gir pasienten oppmerksomhet, gir informasjon og er mottakelig for spørsmål.

Flesteparten av helsepersonellet i studien til Clayton et al. (2008) gir informasjon til pasientene, og mener at informasjon som blir holdt igjen oppleves som falske forhåpninger. Reitan (2010, s.95) skriver at pasientrettighetsloven og helsepersonelloven sier at pasientene har rett til informasjon, og at det blant annet er sykepleierens ansvar, i samarbeid med lege, å informere pasienten om behandlingsforløpet. Dette gjør at pasientene er involvert i egen behandling, gir

pasientene mulighet til å ta egne valg, og gjøre det de må/vil i sin gjenværende tid, noe pasientene i Olsson et al. (2010) anser som viktig for å opprettholde meningen med livet. Sykepleierens faktakunnskap om pasientens sykdom og behandling er derfor en forutsetning for å kunne gi tilstrekkelig informasjon og møte deres informasjonsbehov. Likevel er ikke dette tilstrekkelig uten at sykepleieren tilpasser og utprøver kunnskapen i møte med pasienten og hans situasjon (Reitan, 2010, s. 117).

Det som kan føre til problemer er at helsepersonell skal gi tilpasset kunnskap til den enkeltes situasjon, og at sykepleieren vurderer forholdene forskjellig. Noen opplever kanskje at pasientene ikke ønsker all informasjon, og holder derfor igjen, mens pasientene på sin side opplever at de får for lite informasjon. En kan også snu det motsatt vei, hvor helsepersonell gir for mye informasjon i forhold til pasientens behov. Dette blir også underbygget i teorien hvor Reitan (2010, s. 95) skriver at det kan være vanskelig å vurdere hensikten med informasjonen, hva den skal inneholde og hvordan informasjonen skal formidles. Hun skriver videre at sykepleieren bør prøve å forstå om pasienten ønsker å vite hva som skjer, og om han/hun ønsker mer eller mindre informasjon om sykdomsutviklingen eller behandlingsopplegget (Reitan, 2010, s. 116). Travelbee (2001, s. 124) påpeker at det er sykepleierens oppgave å gi den hjelpen pasienten har behov for. Videre legger hun vekt på at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier er avgjørende for at sykepleieren skal kunne gi den hjelpen pasienten trenger. Hvis sykepleieren kjenner den hun har omsorg for vil det være lettere å gi informasjon som pasienten ønsker. Dette vil føre til at pasienten kan mestre sin sykdom og lidelse, og dermed opprettholde håpet (Travelbee, 2001, s. 140-141).

5.6 Bosituasjon har betydning for håpet

I studien til Appelin og Berteö (2004) var alle informantene tilfreds med å være hjemme, og ønsket å slippe sykehusinnleggelse hvis dette var mulig. Bakgrunnen for dette er at hjemmet er et sikkert sted med nærhet til familie, minner og det private. Reitan (2010, s. 88) skriver også at hjemmet er et trygt sted hvor en opplever kontroll og kan bestemme over eget liv. Hjemmet vil også bidra til å ivareta identiteten (Norås, 2010, s. 342). Til tross for dette vil uheldelig sykdom føre til forandringer i hverdagslivet, hvor det blir vanskeligere å ha kontroll og bestemme selv, noe som

fører til at pasienten får mindre mulighet til å fylle de rollene som betyr noe. På bakgrunn av dette vil det være viktig at helsepersonell har kunnskaper om hva som er av betydning for pasienten og tilrettelegge pleien ut ifra dette (Reitan, 2010, s. 88-89).

Noen av informatene i Appelin og Berterös (2004) studie ønsket å være hjemme, men trodde det var for mye å forvente fra hjemmesykepleien, på grunn av mangel på utstyr og kunnskaper i kommunen. For at denne pasientgruppen kan være hjemme, må det være en felles holdning om at pasientene skal få så god hjelp som mulig. Det som er verdt å nevne i denne sammenheng er at samhandlingsreformen legger vekt på at pasientene skal få hjelp i kommunen, i dette tilfellet fra hjemmesykepleien. Dette forutsetter at kommunen har kapasitet, kompetanse og bemanning slik at pasientene får lovhjemlet rett til helsehjelp (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette viser at både pasientene og kommunene ønsker at pasientene skal være hjemme, men at kommunene har ansvaret for å legge til rette for at dette er mulig. Norås (2010, s. 344) påpeker også at kommunen må satse på ekstra ressurser i forhold til sykepleiedekning, og med holdning og kultur som viser at denne oppgaven skal prioriteres og brukes tid på. Det forutsetter også at sykepleierne er faglig trygge og gir relevant informasjon som trygger pasienten og familien, slik at pasienten kan dø hjemme.

Pasienter som ønsker å være hjemme er avhengige av pårørende. Norås (2010, s. 344) påpeker at pårørende er en viktig ressurs både for pasienten og for hjemmesykepleien. Helsepersonellet skal tilby hjelp, men det er opptil pasient og pårørende å bestemme om de ønsker hjelpen, og eventuelt hvordan de ønsker å ha det. Videre skriver hun at en må ta seg tid til å høre hvordan de vil ha det, og hvordan en kan hjelpe uten å forandre på det trygge og hverdagslige livet.

I studien til Stajduhar et al. (2010) ønsket pasientene at det var én kjent omsorgsyter som var tilgjengelig og forpliktet til å følge dem opp. At en omsorgsyter kjente dem og visste om deres ønsker førte til trygghet i hjemmet. Helsedirektoratet (2010) legger vekt på viktigheten av å ha en ressursykepleier i kommunene som er tilgjengelig for kreftpasienter. Dette er sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet og for å øke kunnskapen om palliasjon i hjemmesykepleien.

6.0 Avslutning

Denne oppgaven har prøvd å belyse temaer som er sentrale for at håpet opprettholdes hos kreftpasienter i palliativ fase. Funnene viser at vanskelige situasjoner, lidelse og ensomhet truer håp og at håp er individuelt hvor pasientene har ulike behov. Å være uavhengig av andre, bo hjemme, og få sosiale behov dekket er noe man som frisk tar for gitt. Derimot vil dette være utfordringer kreftpasienter opplever når livet nærmer seg slutten.

Sykepleieren spiller her en viktig rolle og skal bidra til at håpet opprettholdes. Dette innebærer at sykepleieren har evne til å vise omsorg for pasienten ved hjelp av verbal og non-verbal kommunikasjon. Hvordan sykepleieren møter pasientene i form av holdninger og talemåte har innvirkning på pasientens håp. Empati og engasjement fra sykepleieren er avgjørende for å oppnå gode relasjoner til pasientene. Dette gir pasientene en positiv opplevelse av å være viktig og ha betydning, og vil gjøre det lettere for pasienten å åpne seg opp for helsepersonell.

Samtaleemner kan være så mangt, men det er tydelig at pasientens åndelige og eksistensielle behov er viktig. For å unngå krenkelse og redusere håp må sykepleieren være åpen for samtale, samtidig som en lar pasienten få bestemme om en ønsker å snakke om det og hva samtalen inneholder. For at dette skal være mulig er en avhengig av å sette av tid til pasienten. Dette spiller en avgjørende rolle for hvordan pasienten opplever sykepleieren og hvordan sykepleier-pasientforholdet utarter seg. Ved å rette sin fulle oppmerksomhet til pasienten og lytte til hans bekymringer vil selvfølelsen øke og sende signaler om at han er viktig.

Mange pasienter har et håp om å dø være hjemme. For at de skal få mulighet til dette må kommunen sørge for et helhetlig pasientforløp. Dette innebærer også at sykepleieren er faglig trygg og gir optimal pleie i hjemmet. En skal også sørge for at pasient og pårørende får informasjon som fører til trygghet. Informasjon er et viktig funn i denne oppgaven, hvor pasient kan oppleve å få for lite eller for mye informasjon noe som igjen påvirker håpet. Hvor mye den enkelte pasient ønsker å vite er noe sykepleieren må vurdere. Her er det viktig med gode relasjoner mellom pasient og sykepleiere, slik at en kjenner til pasientens behov.

Referanseliste

- Appelin, G. & Berterö, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: A phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing*, 27(1), 65-70.
- Becker, R. (2010). *Fundamental Aspects og Palliative Nursing: An evidence-based handbook for student nurses*. London: MA Healthcare Ltd
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe
- Busch, C. J. & Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon, nordisk lærebok* (s. 115-141). Oslo: Gyldedal akademisk
- Clayton, J., Hancock, K., Parker, S., Butow, P., Walder, S., Carrick, S., & ... Tattersall, M. (2008). Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 17(7), 641-659.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Nature och kultur.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1529/2010). Oslo: Direktoratet
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 15. Januar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Kaasa, S. (2008). Palliativ medisin – en introduksjon. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon, nordisk lærebok* (s. 31-47). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (475-499). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kreftregisteret. (2013, 5. September). Kreftregisteret - Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Hentet 15. Januar 2014 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 108-124). Oslo: Akribe
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk
- Madsen, L. D. (2001). Overvejelser i mødet med det uhelbredeligt syge og døende menneske. I: K. H. Madsen & L. D. Madsen (red.), *Sygeplejen i den palliative indsats* (s. 55-66). København: Munksgaard
- Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsjukepleie: Pasient-utfordring-handling* (s. 331-350). Oslo: Akribe
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Olsson, L., Östlund, G., Grassman, E., Friedrichsen, M., & Strang, P. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612.
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsjukepleie: pasient-utfordring-handling* (s. 102-120). Oslo: Akribe

- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I: A. M. Reitan & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (s. 72-101). Oslo: Akribe
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: -en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk
- Rønning, M., Strand, E. & Hjermsstad, M. J. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: S. Kaasa (red.), *Palliajon: nordisk lærebok* (s. 213-228). Oslo: Gyldendal akademisk
- Stajduhar, K., Thorne, S., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(13/14), 2039-2047.
doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- St. Meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra
<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Sykepleierforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 16. Januar 2014 fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

VEDLEGG 1. Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Olsson, Östlund, Strang, Grassman & Friedrichsen (2010). ”Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care”	Studien forsøkte å identifisere de psykososiale prosessene pasientene i hjemmebasert palliativ omsorg brukte for å opprettholde håpet.	Kvalitativ litteraturstudie hvor dataene ble samlet inn gjennom intervju og dagbøker. De brukte en intervjuguide som var basert på tidligere forskning med fokus på håp, og deltakerne ble tatt opp på bånd. Deltakerne brukte dagbøkene når de opplevde at håpet hadde endret seg.	Det var 11 deltakere i studien, fem kvinner og seks menn. Gjennomsnittsalderen var 58 år. Ni deltakere ble intervjuet to ganger med 6-7 ukers mellomrom og syv deltakere skrev dagbok.	Et tema som dukket opp fra materialet var at deltakerne opplevde at de var alene om ansvaret for å opprettholde håpet. Det var to parallelle bearbeidingsmetoder som gikk igjen blant deltakerne, dette var å opprettholde livet og forberede seg på døden. Pasientene forsøkte å opprettholde livet på ulike måter; ved å bevare meningen med livet, kommunisere med andre om livet og døden, involvere andre personer i sykdomsforløpet til vedkommende og endre fokus i situasjoner hvor håpet ble truet. Det var spesielt to måter deltakerne forberedte seg på døden, dette var; å ta ansvar for fremtiden med tanke på familien og å se muligheter for å leve, selv etter døden.

<p>Gunilla Appelin & Carina Berterö (2004). Patients' Experiences of Palliative Care in the Home</p>	<p>Studien utforsket hvordan kreftpasienter opplever palliativ behandling i hjemmet med hjelp fra kommunale sykepleiere.</p>	<p>Kvalitativ litteraturstudie hvor dataene ble samlet inn gjennom intervju. Fem av deltakerne ble intervjuet hjemme, mens en ble intervjuet på sykehuset. En intervjuguide ble brukt og samtalen ble tatt opp på bånd. I etterkant ble dataene analysert og transkribert.</p>	<p>Studien bestod av seks deltakere som hadde fått diagnosen kreft. Tre kvinner og tre menn deltok. Alder på deltaker varierte fra 54 til 85 år.</p>	<p>Funnene viser at den vesentlige opplevelsen pasientene hadde av palliativ behandling ble beskrevet som "utrygg sikkerhet". Dette er forklart med fire tema: "trygg, men utrygg hjemme" hvor samholdet og samtaler med familie og venner oppleves som trygghet. Oppførselen til sykepleierne førte også til trygghet. Alle ønsket å være hjemme, men var redde for sykehusinnleggelse. "Følelse av motløshet" var et tema som ble identifisert, på grunn av avhengighet av andre og mangel på kunnskap som førte til usikkerhet. Videre opplevde de "forandring av det hverdagslige livet". På grunn av sykdommen måtte de ta hensyn i hverdagen, hvor en måtte planlegge det som skulle gjøres. Mange opplevde også skyld i forhold til å bo hjemme, da pårørende måtte ta ansvar for det meste. Ellers hadde</p>
--	--	--	--	--

				de ”håp og tro på framtiden” hvor de kunne være hjemme, få bedre dager i nærmeste framtid, eller den neste dagen. De håpet på et normalt liv så lenge som mulig. Hvis smerte og lidelse var ute av kontroll håpet de at den siste fasen ble kort.
Clayton et al., (2008). ”Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review”	Studien har skaffet en oversikt over forskningsfelt som har undersøkt opprettholdelse av håp under samtale/diskusjon om prognoseutfall og livets siste fase, med pasienter og deres familier.	Det ble gjort omfattende søk i databaser (MEDLINE , EMBASE, CINAHL, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials) og manuelle søk fra 1985 til juni 2006. Mesteparten av studiene var kvalitative. To studier var kvantitative.	Av 123 treff i studier omhandlet 22 studier håp. Ved å avgrense til publikasjoner mellom 2004 og 2006 fant de fem studier til som omhandlet håp. 27 studier ble inkludert. Studiene omhandlet voksne pasienter med levetid på to eller færre år som mottok palliativ behandling. Den inkluderte også omsorgspersoner og helsepersonell. Alle studiene	Funnene viser at problemer rundt håp i denne sammenhengen er komplekse. Til tross for uenighet rundt definisjonen av håp, tyder funnene på at balansegangen mellom håp og ærlighet er en viktig ferdighet hos helsepersonell. Mange pasienter ser ut til å være i stand til å opprettholde en følelse av håp til tross for vissheten om deres uhelbredelige sykdom. Både pasienter og omsorgspersoner foretrekker ærlig og nøyaktig informasjon kombinert med empati og forståelse. Helsepersonell må kjenne til håpets

			unntatt en omhandlet kreftpasienter.	betydning og sette pris på at pasientene kan håpe på å bli kurert til tross for vissheten om alvorlig sykdom. Helsepersonell kan hjelpe pasienter til å takle de dårlige prognosene ved å utforske og fremme realistiske former for håp som er meningsfulle for den enkelte pasient og deres familie.
Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010). "Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer"	Studien har identifisert hva pasienter med framskreden kreft opplever som nyttig i kommunikasjon med helse- og omsorgsarbeidere.	Sekundær analyse, hvor de har brukt en stor kvalitativ studie som fokuserte på kommunikasjon innen kreftomsorg. Det ble utført individuelle intervjuer og fokusgrupper. De brukte en fortolkende og beskrivende metode som veiledning for innsamling av data og	Forfatterne av denne studien har tatt utgangspunkt i 18 deltakere som ble intervjuet individuelt og 16 som deltok i fokusgrupper. Studien omhandlet 8 menn og 26 kvinner med en gjennomsnittsalder på 59 år (34-79 år). Alle deltakerne hadde en kreftdiagnose og var i palliativ fase.	Funnene tyder på at det er særlig fire sentrale elementer som er viktige å vurdere i kommunikasjon med pasienter i en framskridende- eller palliativ fase. Respektere betydningen av tid, hvor sykepleierne brukte tiden sin til å sette seg ned å diskutere deres bekymringer tiltross for dårlig tid. Her blir det fremhevet viktigheten av kroppsspråk og talemåte. Det andre funnet er at sykepleierne viser omsorg ved å uttrykke empati, fysisk kontakt og gjensidig kommunikasjon. Pasientene satte også pris på

		analyse.		<p>å kunne erkjenne frykt i kommunikasjon med helsepersonell hvor de tillot dem å snakke om deres bekymringer. Det blir også fremhevet viktigheten av at helsepersonell som kommer kjenner til pasienten på forhånd. Det siste funnet går ut på å balansere håp og ærlighet ved formidling av informasjon. Pasientene ønsker å få informasjon, men at helsepersonell må vurdere hvor mye informasjon som blir gitt ut i fra pasientenes behov.</p>
--	--	----------	--	--

